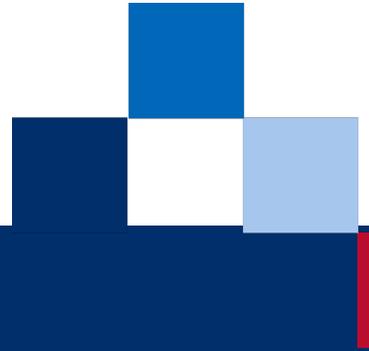




USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Hoja de Ruta para la optimización de recursos en el sistema de salud colombiano en el corto y mediano plazo

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Septiembre 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, 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: El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Septiembre 2023. *Hoja de Ruta detallada para la optimización de los recursos en el SGSSS en el corto y mediano plazo.* Rockville, MD: Abt Associates.

Fecha: Septiembre 2023

Presentado a: 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

Acrónimos	ii
Resumen ejecutivo	1
Metodología	1
Hallazgos principales y recomendaciones.....	1
Conclusiones y sostenibilidad	2
Introducción.....	4
Antecedentes.....	4
Aplicación de la guía de eficiencia técnica de usaid.....	4
Metodología de Priorización.....	5
Proceso de priorización de recomendaciones – Etapa I: Impactos sobre el sistema de salud y factibilidad política y legal.....	8
Dimensión: Prestación de servicios de salud	8
Dimensión: Talento humano en salud	13
Dimensión: Tecnologías en Salud.....	17
Dimensión: Financiamiento y gobernanza.....	23
Análisis factibilidad operacional – Etapa II.....	29
Dimensión: Prestación de servicios de salud	30
Dimensión: Talento humano en salud	32
Dimensión: Tecnologías en Salud.....	35
Dimensión: Financiamiento Y Gobernanza	37
Análisis de costos, beneficios y ahorros – Etapa III	39
Costo estimado, beneficios y ahorros potenciales de llevar a cabo las recomendaciones.....	40
Hoja de Ruta para la implementación de las recomendaciones de la GET	50
Conclusiones, sostenibilidad y transición.....	51
Conclusiones	51
Sostenibilidad y transición.....	52
Bibliografía	53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Recomendaciones priorizadas para la construcción de la Hoja de Ruta.....	2
Tabla 2. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Prestación de Servicios de Salud	12
Tabla 3. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Talento Humano en Salud.....	16
Tabla 4. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Tecnologías en Salud.....	22
Tabla 5. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Financiamiento y Gobernanza.....	28
Tabla 6. Resultado del análisis de factibilidad operativa. Fase II.....	29
Tabla 7. Resumen del análisis de costos, beneficios y ahorros potenciales.....	41
Tabla 8. Insumos para el costeo de la recomendación 1.1 (COP por mes).....	44
Tabla 9. Costos totales de la implementación de la recomendación 1.1. en millones de COP por año.....	44
Tabla 10. Recursos de rentas cedidas destinados a PPNA, COP por año	49
Tabla 11. Recomendaciones priorizadas para la construcción de Hojas de Ruta por dimensión	50

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de política desarrollado por el CDC.....	5
Figura 2. Proceso de implementación de la metodología en tres etapas.....	7
Figura 3. Preguntas trazadoras para el desarrollo de las dimensiones.....	7

ACRÓNIMOS

APP	Alianzas Público – Privadas
APS	Atención Primaria en Salud
CUS	Clasificación Única de Ocupaciones
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DTS	Dirección Territorial de Salud (Departamental, Distrital, Municipal)
EPS	Entidad Promotora de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
FUT	Formulario Único Territorial
GET	Guía de Eficiencia Técnica de USAID
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
LHSS	Local Health System Sustainability Project
MGC	Marco Global de Competencias
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MNC	Marco Nacional de Cualificaciones
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MinTrabajo	Ministerio de Trabajo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial para la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
RIPS	Registros individuales de prestación de servicios de salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGR	Sistema General de Regalías
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNRM	Sistema Nacional de Residencias Médicas
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SSO	Servicio Social Obligatorio
THS	Talento Humano en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
USAID	United States Agency for International Development

RESUMEN EJECUTIVO

El Programa Comunidades Saludables de USAID (en adelante Comunidades Saludables) proveyó asistencia técnica al Gobierno colombiano para identificar oportunidades de optimización de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) durante el año 2022, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Para este fin, este equipo adaptó y aplicó la Guía de Eficiencia Técnica de USAID (GET) al contexto colombiano.

La GET es una herramienta que permite analizar sistemáticamente las ineficiencias más comunes de los sistemas de salud. Esta herramienta fue construida a partir de una exploración amplia de las experiencias de los sistemas de salud a nivel global, lo cual permitió organizar las principales áreas de ineficiencia y los indicadores más apropiados para medir y priorizar acciones. Otro de los objetivos de la GET es facilitar el diálogo político y la consecución de consensos entre los actores del sector y los gobiernos locales y nacional.

En 2022 se realizó la primera etapa de aplicación de la GET en algunas ciudades priorizadas por Comunidades Saludables a través de una metodología participativa con expertos temáticos y actores relevantes del sector salud colombiano. En virtud de dicha aplicación, se presentaron una serie de recomendaciones que buscan mitigar las ineficiencias encontradas en el sistema de salud colombiano.

Conforme a lo anterior, el presente documento presenta la priorización de las recomendaciones derivadas de la aplicación a Colombia de la GET y una Hoja de Ruta de implementación para aquellas recomendaciones identificadas como prioritarias.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de construir una **Hoja de Ruta** para implementar las recomendaciones tendientes a mitigar ineficiencias en el sistema de salud colombiano, Comunidades Saludables utilizó como base la metodología propuesta para análisis de implementación de políticas públicas del *Centro de Control y Prevención de Enfermedades* (CDC por sus siglas en inglés) (Centers for Disease and Prevention, 2022). La metodología se ajustó y aplicó en tres etapas:

1. Primera Etapa: Análisis de *Impactos en el sistema de salud y Factibilidad política y legal*,
2. Segunda Etapa: Análisis de *Factibilidad operacional*,
3. Tercera Etapa: Análisis de *Impactos económicos y presupuestales* en términos de costos, beneficios y potenciales ahorros.

HALLAZGOS PRINCIPALES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se describirán los principales hallazgos y recomendaciones derivadas de la priorización.

HALLAZGOS

La tabla 1 presenta las recomendaciones priorizadas para la construcción de Hoja de Ruta, la entidad responsable de implementar cada recomendación y el aliado estratégico con quien deberá articular acciones para que la implementación sea exitosa. El detalle de la Hoja de Ruta se encuentra en Anexo 1.

Tabla 1. Recomendaciones priorizadas para la construcción de la Hoja de Ruta

Dimensión	Recomendación	Inicio de implementación	Entidad Responsable	Aliado estratégico
Prestación de Servicios de Salud	1.1. 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.	2023 - T4	MSPS	DNP
Talento Humano	2.1. 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.	2023 - T4	MSPS	Ministerio de Educación Nacional
	2.4. 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.	2023 - T4	MSPS	Ministerio de Educación Nacional
Tecnologías en salud	3.1., 3.2 y 3.3. Fortalecer el Sistema de Información de Precios de Medicamentos el cual hace parte integral del Sistema Integrado de Información de la Protección Social y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público, que permita la trazabilidad de toda la cadena de comercialización desde el productor primario hasta el consumidor final, en donde el reporte de variables abarque tanto el canal institucional como el canal comercial e incluya un módulo para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas (esta redacción incluye la unificación de tres recomendaciones)	2023 -T4	MSPS	INVIMA
	3.6. 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.	2024 - T4	MSPS	ADRES
Financiamiento y Gobernanza	4.2. 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.	2023 - T3	MSPS	ADRES
	4.5. y 4.3. 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. Así mismo, apoyar la generación 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 (esta redacción incluye la unificación de dos recomendaciones).	2023 - T3	MSPS	DNP

* T: Trimestre

CONCLUSIONES Y SOSTENIBILIDAD

Este documento presenta una propuesta de implementación de las recomendaciones derivadas de la aplicación en Colombia de la metodología GET. Este es un esfuerzo del Gobierno nacional, acompañado por la cooperación internacional, para movilizar recursos para la atención en salud de la población migrante venezolana, colombiana retornada y comunidades de acogida.

La priorización de recomendaciones de la GET en Colombia se basó en un proceso secuencial : 1) análisis de los impactos en el sistema de salud de cada recomendación, así como su viabilidad política y articulación con agenda del Gobierno, 2) análisis de la factibilidad operacional de las recomendaciones donde se analiza la posibilidad de implementar los cambios y se da prioridad a aquellas que se puedan constituir como victorias tempranas, y 3) análisis de costos, beneficios y ahorros potenciales de implementarse la recomendación planteada. Para cada una de estas fases de análisis se definieron criterios de priorización para seleccionar las recomendaciones con mayor factibilidad de ser implementadas. Por último, se diseñó para cada recomendación priorizada una Hoja de Ruta que muestra un conjunto de acciones que se recomienda seguir para materializar la opción de política pública.

La sostenibilidad de las iniciativas propuestas en este documento está basada en la construcción de la Hoja de Ruta que facilitará la implementación de cada una de las recomendaciones por parte del MSPS y DNP. La discusión entre los actores del sector salud que resultó por esta intervención ha servido para alinear las expectativas y definir sus roles en torno a que las iniciativas se concreten en el corto y mediano plazo, produciendo una mejora sostenible en la eficiencia del sistema de salud.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

Entre los años 2016 a 2021 la población venezolana en Colombia creció aproximadamente un 500% pasando de 370 000 personas en 2016 a 2,3 millones al cierre del 2022 (Barliza et al., 2023); lo anterior ha significado un desafío para el Gobierno y la sociedad colombiana pues ha implicado la adaptación de las estructuras y los servicios sociales del estado para garantizar el goce pleno de los derechos de la población migrante, los colombianos retornados y la población de acogida. Para el sector salud, la integración de la población migrante ha sido posible gracias a la ruta abreviada de regularización que se estableció a través del Estatuto Temporal de Protección al Migrante Venezolano (Decreto 216 de 2021) y que le permite a la población migrante acceder al Permiso por Protección Temporal, documento válido para realizar la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En este contexto migratorio, el Programa Comunidades Saludables de USAID (en adelante Comunidades Saludables) cuyo principal objetivo es fortalecer el sistema de salud colombiano para integrar a la población migrante venezolana, durante el año 2022, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), adaptó y aplicó la Guía de Eficiencia Técnica de USAID (GET) al contexto colombiano. Lo anterior con el objetivo de proveer asistencia técnica al Gobierno colombiano para identificar oportunidades de optimización de recursos en el SGSSS, y de esta forma, apoyar los aspectos financieros en el componente de sostenibilidad de recursos.

Este documento presenta la priorización de las recomendaciones derivadas de la aplicación a Colombia de la GET y una Hoja de Ruta de implementación para aquellas recomendaciones identificadas como prioritarias. El contenido del documento está organizado de la siguiente manera: la primera sección es esta introducción donde se presenta una mirada rápida de la GET y remite al lector interesado al documento denominado Informe Final: Estrategias para la optimización de recursos en el SGSSS (Barliza, et al 2023), primera fase de esta iniciativa. En esta sección se presenta también la metodología de priorización de recomendaciones y análisis propuesto que lleva al desarrollo de una Hoja de Ruta para cada una de las recomendaciones priorizadas. En la segunda sección se presenta la Etapa I del proceso de priorización que incluye el análisis de los impactos sobre el sistema de salud de las recomendaciones planteadas, así como el estudio de la factibilidad política. En la tercera sección se presenta el análisis de factibilidad operacional de cada recomendación propuesta para pasar al análisis de costo estimado, beneficios y ahorros potenciales en la cuarta sección de este documento. En la quinta sección se presentan las recomendaciones puntuales para la implementación de recomendaciones de la GET en formato de Hoja de Ruta. Los detalles de la Hoja de Ruta se elaboran en Anexo 1. Por último, se explica el uso previsto del documento para generar una mejora sostenible en la eficiencia del sistema de salud colombiano.

APLICACIÓN DE LA GUÍA DE EFICIENCIA TÉCNICA DE USAID

La GET de USAID es una herramienta analítica que de manera sistemática permite analizar los sistemas de salud en torno a las ineficiencias más comunes presentadas. Esta herramienta fue construida a partir de una exploración amplia de las experiencias de los sistemas de salud a nivel global, lo cual permitió organizar las principales áreas de ineficiencia y los indicadores más apropiados para medir y priorizar acciones. Otro de los objetivos de la GET es facilitar el diálogo político y la consecución de consensos entre los actores del sector y los gobiernos locales y nacional.

La GET de USAID propone una taxonomía de ineficiencias en los sistemas de salud organizadas en cuatro Dimensiones, que son: i) Prestación de Servicios, ii) Talento Humano en Salud (THS),

iii) Productos farmacéuticos y iv) Gobernanza y Financiamiento; en la adaptación al caso colombiano surgió una dimensión adicional denominada Sistemas de Información.

En el documento denominado *Anexo 2: Recomendaciones Etapa 1 de la implementación de la Guía de Eficiencia Técnica de USAID en Colombia* se presentan las recomendaciones alcanzadas en la primera etapa, proceso que involucró la participación de expertos temáticos y actores relevantes del sector salud colombiano a través de una metodología participativa que se desarrolló en algunas de las ciudades donde opera Comunidades Saludables. Para cada una de las recomendaciones se presentan los actores involucrados, las ineficiencias que buscan mitigar y los indicadores calculados para definir la magnitud de la ineficiencia. En esta nueva revisión del ejercicio de priorización de la GET no se incluyó la dimensión de “Sistemas de información” de forma separada, sino que se incluyó en el análisis de las recomendaciones de otras cuatro dimensiones.

METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN

METODOLOGÍA PARA ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

Con el objetivo de construir una **Hoja de Ruta** para las recomendaciones priorizadas por la adaptación de la GET para Colombia, se utiliza como base la metodología propuesta para análisis de implementación de políticas públicas propuesta por el *Centro de Control y Prevención de Enfermedades* (CDC por sus siglas en inglés). La metodología propuesta tiene cinco grandes dimensiones y para el análisis de la implementación de una política pública. De acuerdo con la **Figura 1**, este proceso comienza con la **identificación de un problema** y sus causas. En un segundo momento se realiza un **análisis de política** que consiste en la definición de las opciones de política y la selección de una de ellas. En un tercer momento se plantea la estrategia de **diseño de política** donde se planea cómo diseñar la ruta de implementación para la opción seleccionada. Posteriormente se hace el **proceso de aprobación** el cual corresponde al proceso oficial de aprobación por las autoridades responsables y finalmente se concluye con el proceso de **implementación**.

Figura 1. Proceso de política desarrollado por el CDC



Fuente: CDC (2022)

Derivado de la aplicación de la GET para Colombia, se surtió el proceso de identificación del problema, a través de la identificación de las ineficiencias aplicables al contexto colombiano

dentro de las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente. Dentro de esta primera fase se completó un proceso de socialización con actores del SGSSS y se priorizaron recomendaciones e indicadores propuestos para cada una de las ineficiencias de la Guía, lo que permitió dimensionar la importancia de cada una de ellas para Colombia.

Teniendo en cuenta que, en esta fase anterior se agotó la primera dimensión del ciclo de política, el presente documento se centra en el análisis de política que se define como el proceso de identificación de las opciones de política que pueden resolver un problema determinado y que a través de la comparación de estas alternativas se selecciona la opción más efectiva, eficiente y factible (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Para ello en la siguiente sección se discute los ajustes realizados a la metodología propuesta por el CDC con el fin de que se ajustara al análisis en el marco de las ineficiencias planteadas en la adaptación de la GET para Colombia y las recomendaciones propuestas para atacar dichas ineficiencias.

AJUSTE A LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

Dentro del análisis de política, la CDC propone cuatro aspectos para analizar correspondientes a: 1) impactos en salud pública, 2) factibilidad política, 3) factibilidad operacional y 4) impactos económicos y presupuestales.

Esta metodología se ajustó para capturar de manera amplia el impacto que tendría la superación de las ineficiencias priorizadas sobre el sistema de salud colombiano, entendiendo por impacto una mirada amplia que incluye no solo resultados en salud sino también, eficiencia en el uso de los recursos y ampliación de acciones del sistema sin necesariamente requerir nuevas fuentes.

Por lo anterior, se ajustó la dimensión de impactos en salud pública para incluir efectos sobre la eficiencia en el funcionamiento global del sistema. En la segunda dimensión, además de analizar la factibilidad política de las recomendaciones, también se incluye un análisis normativo que permitirá tener en cuenta el desarrollo normativo del país y la factibilidad para la implementación de la Hoja de Ruta en el corto plazo.

Estas cuatro dimensiones se aplicarán en tres etapas como lo muestra la Figura 2. La primera de ellas prioriza las recomendaciones basando el análisis en las dimensiones de impactos en el sistema de salud y la factibilidad política y legal. Posteriormente, para aquellas recomendaciones priorizadas, en la etapa dos se desarrolla las dimensiones de factibilidad operacional, con el fin de concluir el detalle de los insumos, actividades y productos requeridos para la implementación y, en una tercera y última etapa, para aquellas recomendaciones que fueron priorizadas y son operativamente factibles se realiza el análisis de impactos económicos y presupuestales.

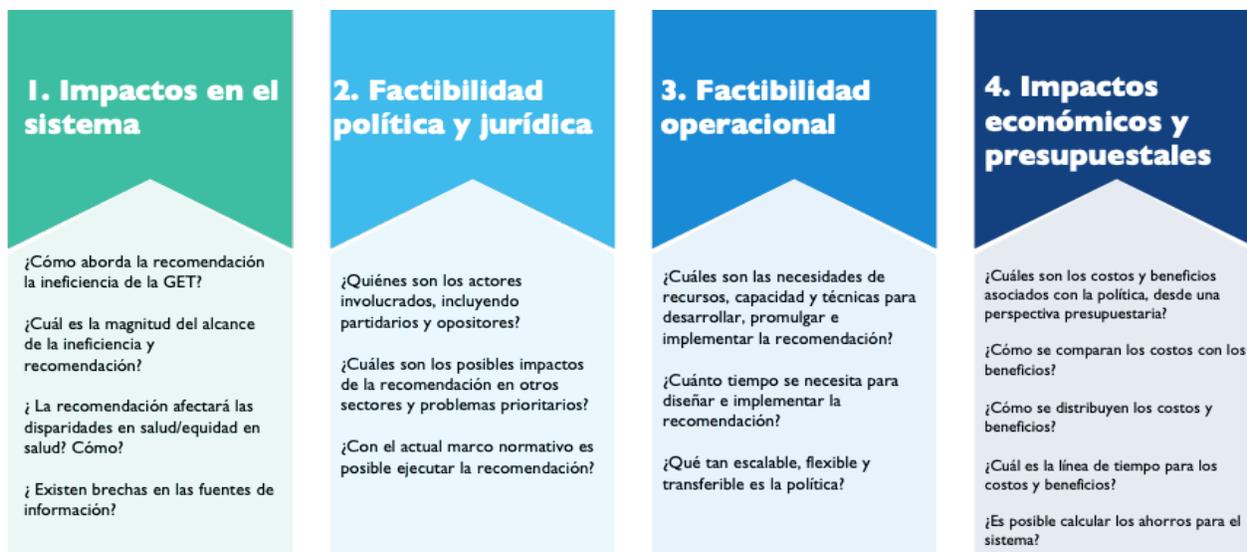
Figura 2. Proceso de implementación de la metodología en tres etapas



Fuente: Elaboración propia

Además de las dimensiones, la metodología de la CDC plantea preguntas que delimitan el alcance de las dimensiones. Estas preguntas se ajustaron para el análisis de las recomendaciones planteadas en el marco de la adaptación de la GET para Colombia y teniendo en cuenta las modificaciones en las dimensiones. En la Figura 3 se muestran las preguntas trazadoras que delimitan el alcance de cada una de las dimensiones que tendrán como resultado la aplicación de un modelo cualitativo multicriterio para la priorización de recomendaciones:

Figura 3. Preguntas trazadoras para el desarrollo de las dimensiones



Fuente: Elaboración Comunidades Saludables con base en la metodología de implementación de políticas públicas de CDC (2022).

En cuanto a la dimensión de **impactos en el sistema de salud**, esta se define como efecto que puede tener la recomendación sobre la salud de la población, el acceso, la calidad y su enfoque diferenciado para grupos poblacionales potencialmente vulnerables o de especial protección, tomando como base el desarrollo local e internacional.

Respecto de la dimensión de **factibilidad política y legal** esta se define como la probabilidad de que una recomendación sea implementada de acuerdo con las fuerzas políticas, históricas y actores claves. Dentro del análisis se observa el apoyo que tendría la recomendación por parte del implementador y de otros actores relevantes, su desarrollo en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, la existencia de leyes y decretos sectoriales, el nivel de incertidumbre respecto a posibles cambios en el alcance de la recomendación y los sectores involucrados que el Gobierno Nacional prevé desarrollar en el país.

PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES – ETAPA I: IMPACTOS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD Y FACTIBILIDAD POLÍTICA Y LEGAL

A continuación, se encontrará las recomendaciones que se priorizaron en la Fase I, por ser las mejor calificadas, y el análisis para las demás recomendaciones se encuentra en el documento denominado *Anexo 3: Impactos en el sistema de salud y factibilidad política*. En las Tablas 2, 3, 4 y 5 se encuentra un resumen del resultado de todas las recomendaciones analizadas. Se debe tener en cuenta que para las recomendaciones 1.2 y 1.4 se realizó el análisis a la luz de la metodología, pero se descartaron desde el inicio por ser recomendaciones que ya están siendo implementadas o contratadas por el gobierno nacional para su implementación en los próximos meses.

DIMENSIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Esta dimensión presenta recomendaciones relacionadas con mejoras en la efectividad y eficacia de las intervenciones, los sistemas de referencia y contrarreferencia y el uso e inversión de equipos de salud apropiados. En la Tabla 2 se presenta el resultado de la priorización. En esta fase quedan priorizadas las recomendaciones 1.1, 1.3 y 1.5.

RECOMENDACIÓN 1.1

La recomendación 1.1 engloba estrategias desarrolladas en el marco del enfoque de atención primaria en salud (APS) como estrategia para el cierre de brechas urbano-rurales, haciendo énfasis en la implementación de equipos extramurales. El desarrollo de esta recomendación consiste en avanzar en la implementación de un programa nacional de equipos extramurales, acompañado por una estrategia de trabajadores comunitarios de salud, de acuerdo con las guías de la OMS (2018) y la iniciativa de desempeño de la APS (PHCPI por sus siglas en inglés).

Impactos sobre el sistema de salud

En la revisión de literatura realizada (OMS, 2010), se encontraron brechas en la evidencia en temas como necesidades de los trabajadores comunitarios de salud, enfoques efectivos para su capacitación y supervisión, el rol de los trabajadores comunitarios, los impactos de la descentralización del sistema de salud, la retención de cuentas y la gobernanza. En dicha revisión, la mayoría de las recomendaciones fueron catalogadas como de *certeza baja* y como *recomendaciones débiles o condicionales*, esto relacionado con la calidad de la evidencia sobre la implementación de este tipo de intervenciones. A pesar de lo anterior, este tipo de intervenciones son implementadas por contribuir a aumentar acceso y efectividad en resultados de salud prioritarios para los gobiernos, así como avanzar en el cierre de las brechas urbano-rurales.

Factibilidad política y legal

En Colombia el MSPS es identificado como el líder de la implementación de la política y como partidario de esta, de acuerdo con lo consagrado en el PND 2022-2026. En particular, en la Ley 2243 de 2023, dentro de las bases del plan, se plantea que se debe avanzar hacia un modelo de salud preventivo y predictivo a través de **equipos interdisciplinarios territorializados**, redes integrales e integradas, fortalecimiento de la red pública hospitalaria, una política de THS y el fortalecimiento del aseguramiento social. Con el marco normativo actual, basado en las competencias de departamentos, distritos y municipios en materia de prestación de servicios, este tipo de política requeriría una implementación con carácter descentralizado y es considerada como una recomendación de alta incertidumbre en tanto su desarrollo ha sido contemplado en el marco del Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara de Representantes). Asimismo, en el trámite del proyecto de ley se ha visto consenso respecto a la estrategia, pero no necesariamente respecto a las acciones para su implementación.

Conclusión

De acuerdo con lo anterior, la presente recomendación se considera como de **prioridad media**, ya que ha sido identificada como central en el enfoque de APS, pero existe una falta de evidencia respecto a factores operativos de este programa, la aplicación de carácter descentralizado la hace compleja y la alta incertidumbre existente en el marco del proyecto de ley 339 de 2023 puede afectar el desarrollo de la Hoja de Ruta.

RECOMENDACIÓN 1.3

Avanzar en la implementación de un estándar de calidad diferenciado para promover la atención integral de pacientes en zonas rurales dispersas, y así lograr la desconcentración de los servicios a nivel nacional.

Impactos sobre el sistema de salud

Este tipo de aproximaciones relacionadas con la flexibilización de requisitos de calidad no son utilizadas a nivel internacional dado que la mayoría de los lineamientos plantean la necesidad del cierre de brechas de calidad entre las zonas urbanas y rurales, pero siempre intentando equiparar la calidad de la prestación a través de aumentos de la calidad en zonas rurales. En Colombia, por el contrario, al tener restricciones y estándares específicos y altos para la habilitación de servicios, se han desarrollado ajustes a la normatividad que permitan que, para ciertas especialidades puedan, en caso de extrema necesidad, prestar servicios con apoyos de colegas usando modalidades de telemedicina, sin tener el servicio habilitado. Se esperaría que la recomendación aumente el acceso al facilitar la prestación de servicios en zonas de muy difícil acceso.

En particular, se esperaría que la flexibilización de los estándares, en particular asociados al THS, permitiera aumentar el número de camas por cada 10 000 habitantes en los municipios rurales cercanos y rurales remotos, de acuerdo con la tipología de Subregiones Funcionales para Colombia de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Factibilidad política y legal

A pesar de la ausencia de evidencia sobre la recomendación, se considera que la misma tiene una alta factibilidad política y legal en tanto el MSPS, a través de la Dirección de Prestación de Servicios tiene la competencia de definir los criterios, requisitos y estándares de obligatorio cumplimiento para garantizar la calidad (decreto 4107/2011, artículo 23, numeral 9). Además, el implementador, en este caso el MSPS, manifestó su interés en avanzar con esta recomendación, en concordancia con la prioridad que tiene el plan de acción en zonas rurales en el corto plazo.

Conclusión

Por la prioridad de la recomendación para el MSPS, aumentando de manera importante su factibilidad y teniendo en cuenta que la factibilidad legal es alta, por ser una competencia exclusiva del MSPS, sin tener muchos actores intervinientes. Sin embargo, la falta de evidencia a nivel internacional lleva a darle una **prioridad media** en el ejercicio de priorización.

RECOMENDACIÓN 1.5

Se requiere promover ajustes en los currículos de los programas de ciencias de la salud para incluir enfoques de APS, así como el enfoque preventivo.

Impactos sobre el sistema de salud

Esta recomendación se centra en ajustes a los contenidos de la formación de los distintos núcleos de conocimiento y se relaciona con la recomendación 2.2 del componente de THS y la implementación del Sistema Nacional de Cualificaciones (SNC) donde se definen una serie de niveles de cualificación, generalmente numerados o nombrados, que representan diferentes grados de complejidad y especialización. Estos niveles suelen describirse en términos de conocimientos, habilidades, competencias y responsabilidades asociadas con un área determinada y promueven una estandarización de los programas de ciencias de la salud a nivel nacional. Además de lo anterior, la recomendación se enmarca en el **Marco Global de Competencias para la Cobertura Universal en Salud** (World Health Organization, 2022), donde la OMS ofrece esta herramienta para avanzar en la alineación de los enfoques de la educación del personal sanitario con las necesidades de salud de la población y las demandas del sistema sanitario. Estos dos instrumentos, uno con desarrollo local y otro correspondiente a un marco global, promueven la calidad de la formación requerida en el país.

Factibilidad política y legal

En cuanto a la factibilidad política y legal, es necesario resaltar que en las bases del PND, en la transformación de *seguridad humana y justicia social*, se establece que los equipos multidisciplinares promoverán la **promoción de la salud y prevención de la enfermedad**, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales. Por lo tanto, se puede inferir que avanzar en la formación, basada en competencias y con énfasis en atención primaria en salud, es una prioridad del Gobierno nacional. Asimismo, el Marco Nacional de Cualificaciones (MNC) se incluye en articulado del PND en el artículo 94 de la Ley 2294 de 2023, como una modificación al artículo del pasado PND 2018-2022 y que viene siendo implementado en cabeza del Ministerio de Educación Nacional (MEN) desde 2010. Por lo anterior, se considera que la factibilidad política es alta.

Sin embargo, al evaluar la factibilidad legal es necesario resaltar que la autonomía universitaria consagrado en la Constitución Política de Colombia y retomado en la Ley 30 de 1992, establece que las universidades tienen el derecho a crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, implicando que las Instituciones de Educación Superior tiene plena autonomía para definir los contenidos de formación. En este sentido, la factibilidad legal de la recomendación es baja ya que el regulador solo puede promover conversaciones respecto a los contenidos, pero será cada entidad la que aplique, en el marco de su autonomía, las modificaciones a los currículos.

Conclusión

Debido a la importancia de la recomendación se retoma como una actividad en el desarrollo de las siguientes fases de la recomendación 1.1 pero no se avanza en la aplicación de las siguientes

fases ya que existe una baja probabilidad de que esta pueda ser implementada en el corto plazo, pero se mantiene como una actividad trazadora que debe avanzar de manera transversal en el sector salud. Por lo anterior, se asigna una **prioridad media** en la fase 1 para esta recomendación.

Tabla 2. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Prestación de Servicios de Salud

Recomendaciones	IMPACTOS EN EL SISTEMA								FACTIBILIDAD POLÍTICA						PRIORIZACIÓN
	No. de ineficiencias relacionadas	¿Desarrollo Nacional?	¿Desarrollo Internacional?	¿Mejora Acceso?	¿Mejora Calidad?	¿Mejora Cobertura?	¿Alcances diferenciados en poblaciones de especial interés?	¿Cierre de brechas urbano vs. rural?	¿El líder que debe implementar está a favor de la recomendación?	Otros actores (a favor o en contra)	Se incluye en PND	¿Existen leyes o decretos sectoriales sobre el tema?	Incertidumbre	Número de sectores involucrados	
1.1. Desarrollar estrategias tales como conformación de equipos extramurales, fomento a la APS, para favorecer comunidades ubicadas en zonas dispersas o que cuentan con bajo número de instituciones prestadoras de servicios de salud.	2	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí, en las bases del PND	SI	Alta	1	Media
1.3. 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.	1	SI	No	SI	NO	NO	NO	SI	A favor	ND	NO	SI	Media	1	Media
1.5. Fortalecer la resolutivez 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 THS, así como el énfasis en los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	1	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	ND - No Disponible	ND	Sí, en el articulado	SI	Alta	2	Media

DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO EN SALUD

La dimensión de THS presenta recomendaciones relacionadas con mejoras en la alineación de capacidades y distribución del talento humano respecto a las necesidades en salud de la población, así como la afectación positiva de la productividad del talento humano y su eficiencia. La Tabla 3 presenta los resultados del ejercicio de priorización de la Fase I.

RECOMENDACIÓN 2.1

Aumentar la disponibilidad de trabajadores en las zonas rurales a través de esquemas de incentivos, especialmente enfocados en aquellas personas de estas zonas que tuvieron que trasladarse de sus lugares de origen para estudiar y que quieren regresar. Esta recomendación se acota a modificaciones en el marco del Sistema Social Obligatorio (SSO) y del Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM) a través de la generación de incentivos adicionales para lograr una redistribución del THS en el territorio.

Impactos sobre el sistema de salud

A nivel local, se han desarrollado incentivos en el marco del Sistema de Créditos del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (ICETEX) que cuentan con esquemas de condonación para graduandos que trabajen en áreas específicas o zonas de difícil acceso. En el sector salud, se cuenta con el SSO para egresados de educación superior del área de la salud, creado por la Ley 50 de 1981 y modificado por la Ley 1164 de 2007. Actualmente, la regulación de este sistema está definido por la Resolución 774 de 2022 en la cual se establecen las modalidades de SSO, las plazas y proceso de asignación. Adicionalmente, de acuerdo con la Ley 1917 de 2018, se cuenta con el SNRM en el cual se reconoce un apoyo al sostenimiento educativo mensual a los profesionales médicos que cursan un programa de especialización médico-quirúrgica. En ninguno de los dos esquemas se hace un trato diferenciado para aquellos que provienen de zonas rurales y quieran regresar a su lugar de origen.

Factibilidad política y legal

Teniendo en cuenta que la última modificación al SSO y al SNRM se realizó bajo la anterior administración, a través de la Resolución 774 de 2022 y Ley 1917 de 2018, y que no se incluye de manera explícita en el PND 2022-2026, solo fue posible concluir que el MSPS tiene contempladas modificaciones a estos sistemas en el marco de las reuniones con la entidad. Se podría esperar que, si se sugiere aumento en los tiempos del SSO o un sistema diferencial de pagos en el marco del SNRM, determinadas asociaciones médicas sean opositoras de la recomendación. En el caso de los incentivos a la formación a través de la condonación de becas, se esperaría que los actores involucrados como las Empresas Sociales del Estado (ESE), Secretarías de Salud, estudiantes y las Instituciones de Educación Superior (IES) se encuentren mayoritariamente a favor.

La incertidumbre para la aplicación de la recomendación es baja en tanto es liderada por el MSPS y no se encuentra afectada por las reformas propuestas por el Gobierno nacional. Además de lo anterior, el MSPS ya cuenta con la facultad reglamentaria en el caso de las modificaciones al SSO. Finalmente, se considera que la presente recomendación tiene sinergias con otras recomendaciones del componente de prestación de servicios en el marco de la estrategia de APS en tanto permite conciliar la necesidad de aumentar el acceso y calidad que se quiere implementar como pilar del PND 2022-2026.

Conclusión

De acuerdo con lo anterior, esta recomendación se considera de **prioridad alta** en tanto tiene una incertidumbre baja para su implementación, puede mejorar acceso, cobertura y calidad de la atención en zonas rurales, es liderada por el MSPS y tiene sinergias con otras recomendaciones en materia de prestación de servicios en el marco de la estrategia de APS.

Recomendación 2.4

Incentivar programas de educación técnica, tecnológica o profesional más alineados con la implementación del modelo de APS en Colombia, con particular interés de aumentar la oferta de THS en zonas con baja disponibilidad.

Impactos sobre el sistema de salud

Como se mencionó para la recomendación 2.1, en Colombia se han implementado diversas estrategias para incentivar el acceso de poblaciones vulnerables a la educación superior, identificando solo uno de ellos (los créditos ICETEX) con un componente que ayuda a dispersar el talento humano beneficiario, pero ninguno de ellos con un componente específico para THS. Esta recomendación puede mejorar el acceso, por su énfasis en zonas rurales y calidad por enfocarse en la orientación ocupacional pertinente y segura, centrando esfuerzos en lograr que el personal de salud regrese a sus lugares de origen.

Además de lo anterior, se encuentra alineado con el Plan Nacional de Salud Rural que establece que el MSPS “orientará y acompañará a las entidades territoriales para que, en acuerdo con los demás actores del SGSSS y otros sectores, desarrollen estrategias o mecanismos para incrementar la disponibilidad y permanencia del THS en zonas rurales”. Asimismo, se menciona en las bases del PND 2022-2026 que se desarrollará una nueva Política de THS en salud con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución. Adicionalmente, dentro del Plan Cuatrienal de Implementación de Acuerdo de Paz con las FARC-EP se incluye la estrategia de “Avance en una política integral de trabajo digno y decente para el THS en todos sus niveles y áreas de conocimiento”.

Por la alineación con otros instrumentos de planeación, así como el potencial de mejorar indicadores trazadores como la tasa de médicos por cada 10 000 habitantes por departamento, la tasa de enfermeras y la tasa de técnicos y tecnólogos, esta recomendación se considera de prioridad alta en materia de impacto en el sistema.

Factibilidad política y legal

En cuanto a su factibilidad política y legal, se debe tener en cuenta que el líder natural de las intervenciones en materia de cualificaciones es el MEN. Se espera que este Ministerio esté a favor de la recomendación en cumplimiento del artículo 81 de la Ley 2294 de 2023, en el marco del desarrollo sectorial asociado al SNC. En este sentido, al igual que en otras recomendaciones donde se sugiere hacer cambios en contenidos y la creación de programas, el sector educativo es clave. Sin embargo, el MSPS en cabeza de la dirección de talento humano debería promover las mesas de trabajo para discutir las condiciones fijadas por el Decreto 2376 de 2010 respecto a los convenios de *docencia-servicio* como cuello de botella para ampliar cupos de programas de educación superior. Finalmente, son las IES las que deben firmar los convenios con las IPS privadas o públicas para las prácticas de sus estudiantes, por lo que se convierten en los implementadores de la recomendación. Por tener dos Ministerios involucrados y una implementación no vinculante desde las IES, se concluye que la recomendación tiene una factibilidad política y legal media.

Conclusión

A pesar de que la recomendación 2.4 puede tener una gobernabilidad compleja, se considera que avanzar en la concertación de cambios en los currículos de programas de ciencias de la salud es necesario y pertinente a la luz del SNC y del marco de competencias propuesto por la OMS. Al ser un tema que no se lidera desde el sector salud se considera que tiene una **factibilidad operativa media**, que se espera sea desarrollado en el mediano plazo y que se retoma como uno de los objetivos dentro de la integración de cualificaciones requeridas para la implementación de la recomendación 1.1, que trata de la implementación de los equipos extramurales y programa de trabajadores comunitarios.

Tabla 3. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Talento Humano en Salud

Recomendaciones	IMPACTOS EN EL SISTEMA								FACTIBILIDAD POLÍTICA						PRIORIZACIÓN
	No. de ineficiencias relacionadas	¿Desarrollo Nacional?	¿Desarrollo Internacional?	¿Mejora Acceso?	¿Mejora Calidad?	¿Mejora Cobertura?	¿Alcances diferenciados en poblaciones de especial interés?	¿Cierre de brechas urbano vs. rural?	¿El líder que debe implementar está a favor de la recomendación?	Otros actores (a favor o en contra)	Se incluye en PND	¿Existen leyes o decretos sectoriales sobre el tema?	Incertidumbre	Número de sectores involucrados	
2.1 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.	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	Sí	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí en el articulado	Sí	Baja	2	Alta
2.2 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.	1	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	NO	Sí	A favor	Totalmente a favor	Sí, en el articulado	Sí	Baja	3	Media
2.3 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.	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	Sí	No es posible determinar	Mayoritariamente a favor	Sí, en las bases del PND	Sí	Baja	2	Media
2.4 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.	1	Sí	Sí	Sí	NO	NO	NO	Sí	No es posible determinar	Totalmente a favor	Sí, en las bases del PND	Sí	Baja	2	Alta
2.5 Promover la estabilidad laboral y desarrollo continuo profesional como instrumento para mejorar la satisfacción del THS.	0	Sí	Sí	NO	Sí	NO	NO	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí, en articulado	Sí	Alta	3	Baja

DIMENSIÓN: TECNOLOGÍAS EN SALUD

En esta dimensión se presentan recomendaciones relacionadas con el uso, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, así como el uso racional de los mismos y los sistemas regulatorios usados para hacer monitoreo, seguimiento y control. La Tabla 4 presenta los resultados del ejercicio de priorización de la Fase I.

RECOMENDACIÓN 3.1

Implementar una unidad de análisis de información de los datos reportados en los sistemas de información conformada por un equipo multidisciplinario (científicos de datos, estadísticos, matemáticos, profesionales de la salud, entre otros) para el desarrollo e interpretación de modelos de analítica de datos e inteligencia artificial con el fin de buscar patrones predictivos y encontrar alertas tempranas que permitan la toma de decisiones informada y oportuna.

Impactos sobre el sistema de salud

En Colombia existen al menos tres experiencias relacionadas con la conformación de unidades de análisis de información: i) El Observatorio Nacional de Salud a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS)¹, ii) el Observatorio Nacional de Migración y Salud, y iii) el Estudio de la Situación de la Salud (ASIS) a cargo del MSPS y en el mundo, otro tanto se han consolidado como Observatorios de Salud promovidos por la WHO, la PAHO, entre otras. Sin embargo, los observatorios, registros y sistemas de seguimiento no mejoran por sí solos el acceso y la cobertura a servicios y tampoco resuelven o mitigan las brechas de salud o los enfoques diferenciados para poblaciones especiales, pero sí mejoran la oportunidad en la toma de decisiones ya que estas se toman con base en evidencias dadas por los datos.

Factibilidad política y Jurídica

La implementación de la recomendación, dadas sus competencias legales y marco normativo corresponde al MSPS en cooperación con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el INS, y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). En este sentido, los actores encargados de promoverla se encuentran a favor, no obstante, una unidad de análisis de la información no genera resultados para la toma de decisiones si no cuenta con un reporte de datos periódico, obligatorio y de calidad, por lo cual, si bien no hay pronunciamientos en contra, es manifestado por la SNS, que las IPS, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Operadores logísticos y gestores farmacéuticos no proporcionan los datos con la calidad y oportunidad requerida, además de ser enviado en formatos de difícil lectura¹.

Conclusión

Implementar una unidad de análisis de información se considera de **prioridad media** ya que los criterios evaluados muestran que existe un grado de madurez local para el desarrollo, en el ámbito internacional hay experiencias orientadoras por los organismos reguladores de políticas públicas en salud respecto de los parámetros que pueden tener estos observatorios, que la misma mejoraría la calidad de la prestación de servicios de salud, y que su factibilidad política y jurídica tienen un marco normativo amplio y alineado con las propuestas actuales, sin embargo, la implementación requiere un trabajo de sensibilización previo que motive la cultura de reporte.

¹ Tomado de la intervención realizada el 29 de marzo de 2023 por la Delegada de Operadores Logísticos y Gestores Farmacéuticos de la SNS respecto de los sistemas de monitoreo y control de calidad de medicamentos

RECOMENDACIÓN 3.2

Incluir en la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas tempranas de medicamentos un reporte, o bien fortalecer los sistemas de información actuales, en donde se definan las variables relevantes para el análisis de casos; que permita la visualización, trazabilidad e interoperabilidad desde el momento del reporte hasta el cierre de la gestión.

Impactos sobre el sistema de salud

Un reporte para gestionar el abastecimiento de medicamentos no mejora el acceso y la cobertura por sí solo, sin embargo, proporciona los datos necesarios para establecer la magnitud del problema. Ahora bien, la gestión basada en datos tendría un impacto positivo para realizar las estimaciones de oferta y demanda de productos con una mejor anticipación y en consecuencia beneficiar a la población de pacientes crónicos, con enfermedades graves o de alto costo, la población pediátrica y las maternas que requieran el uso de medicamentos permanente e indistintamente de ser urbana o rural.

En Colombia, solo se cuenta con un desarrollo local liderado por la Secretaría de Salud de Bogotá mediante el portal Salud Data, que monitorea la información de medicamentos en riesgo de desabastecimiento de la ciudad. En el mundo, agencias como la *European Medicines Agency*, la *US Food and Drug Administration*, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios reseñan experiencias² relacionadas con el intercambio de datos y reportes anuales a los entes gubernamentales sobre medicamentos en situación de escasez y posibles alternativas terapéuticas que permitirían superar la situación.

Factibilidad política y Jurídica

El MSPS y el INVIMA de forma articulada, de acuerdo con el marco normativo han dirigido sus esfuerzos al desarrollo del sistema de monitoreo de abastecimiento y la generación de alertas tempranas sobre problemas en la disponibilidad de medicamentos. Esta recomendación está prevista en las bases del PND 2022-2026 y en la Ley 2294 de 2023, no obstante, la SNS debe ejercer sus funciones ya que es necesaria la inspección, vigilancia y control respecto de la obligatoriedad, calidad de datos y periodicidad de los reportes de la información requerida.ⁱⁱ

Conclusión

La implementación de un reporte o el fortalecimiento de los sistemas de información existentes para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas tempranas de medicamentos, se considera de **prioridad media**, ya que cuenta con avance local e internacional, mejora la calidad de la prestación de servicios de salud entendida para este caso como suministro efectivo de medicamentos para grupos poblacionales especiales y adicionalmente tiene marco normativo vigente, aplicable y alineación conceptual con el propósito del gobierno actual.

RECOMENDACIÓN 3.3

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.

Impactos sobre el sistema de salud

Centralizar la información en un único reporte por sí solo no genera cambios, *“la utilidad real de la información depende del uso concreto que finalmente hagan de ella aquellos que deciden*

² EL DESABASTECIMIENTO Y LA ESCASEZ DE MEDICAMENTOS. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DE LA CAMPAÑA NO ES SANO. Octubre 2020. Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) para la campaña No es Sano

*usarla para confeccionar políticas y tomar decisiones*³, por lo tanto, el impacto en el sistema será positivo y mejorará el acceso y la cobertura solo si se toman de decisiones con tales datos.

Colombia avanzó en la creación del Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) el cual es una estrategia de salud pública cuyo principal objetivo es mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales, sin embargo, se observa que es susceptible de mejorarse para incorporar aspectos adicionales al reporte de precios. Así mismo, se observa que países como Perú, Argentina y Brasil cuentan con sistemas de información para gestionar el suministro y el uso racional de medicamentos y por su parte la OPS definió los parámetros de un Centro de Información de Medicamentos (CIM) como una unidad operacional que proporciona información técnica y científica sobre medicamentos, de una forma objetiva y oportuna, constituyendo una estrategia para atender las necesidades particulares de información.

Factibilidad política y jurídica

El desarrollo de un sistema de información o mejorar el existente, cuenta con un marco legal amplio, las competencias para su puesta en marcha están en cabeza del MSPS y el INVIMA. No obstante, los proponentes y desarrolladores del fortalecimiento de los sistemas de información no son suficientes para garantizar el éxito de una puesta en marcha como la recomendada, es preciso involucrar a sus reportantes, situación que en la actualidad tiene inconvenientes de acuerdo con lo informado por la SNS. Si bien implementar la recomendación corresponde a un único sector, se puede considerar que la multiplicidad de actores a los que cobijaría la recomendación ocasionaría retrasos ya que no se conoce el nivel de desarrollo o madurez tecnológica de todos los actores para el reporte de este tipo información.

Desde el punto de vista de voluntad política, el Gobierno Nacional en las bases del PND 2022 – 2026 contempla el uso de herramientas digitales para mejorar la gestión y desarrollar un sistema de información único e interoperable que permita la articulación de todos los actores del SGSSS. Así mismo, prevé en cuanto al acceso equitativo a medicamentos y dispositivos médicos implementar un sistema de consulta pública que le permita conocer la disponibilidad a corto y mediano plazo de la oferta de medicamentos e insumos.

Conclusión

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 se considera de **prioridad media**, cuenta con avances a nivel local e internacional, mejora la calidad entendida esta como el adecuado y oportuno acceso a la información en un sistema de salud, tiene marco normativo vigente y aplicable, y se encuentra conceptualmente alineada con los propósitos del Gobierno Nacional.

Conclusiones de la priorización de las recomendaciones 3.1./ 3.2./3.3

1. De acuerdo con la categorización realizada, **las recomendaciones 3.1., 3.2. y 3.3** han sido categorizadas **como prioridad media** y buscan contar con datos para el análisis de la situación farmacéutica en Colombia en cualquier momento de la cadena de comercialización, en este sentido. Las acciones allí propuestas dan como resultante los siguientes enfoques: i) contar con un sistema de información o varios ya que algunos se han desarrollado a través del tiempo y tienen potencial para ser mejorados y ii) el análisis de la información reportada, ya que esta última actividad es la que permite la toma de decisiones oportuna para mejorar el acceso, la cobertura y calidad de la atención médica.
2. En estas tres recomendaciones, se encontró que tener mejores sistemas de información y en consecuencia efectuar un análisis de datos con herramientas tecnológicas

³ Tomado de la Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (21): 85-100, julio-diciembre de 2011

innovadoras, interviene en tres de las ineficiencias planteadas por la GET, a saber: i) Almacenamiento, gestión de inventario y transporte subóptimos, ii) Procesos deficientes de cuantificación y adquisición y iii) Uso inapropiado de medicamentos; por lo tanto, en adelante y en lo que corresponde a 3.1, 3.2 y 3.3 se considerará una única recomendación, para continuar con el análisis de factibilidad operacional, así:

Recomendación para un sistema único de gestión farmacéutica

Fortalecer el SISMED el cual hace parte integral del SISPRO y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público, que permita la trazabilidad de toda la cadena de comercialización desde el productor primario hasta el consumidor final, en donde el reporte de variables abarque tanto el canal institucional como el canal comercial e incluya un módulo para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas. La información reportada podrá ser analizada mediante la implementación de una unidad de análisis conformada por un equipo multidisciplinario (científicos de datos, estadistas, matemáticos, profesionales de la salud, entre otros) que incorpore modelos de analítica de datos e inteligencia artificial con el fin de buscar patrones predictivos y encontrar alertas tempranas que permitan la toma de decisiones basadas en datos con mejor oportunidad y periodicidad.

RECOMENDACIÓN 3.6.

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.

Impactos sobre el sistema de salud

La recomendación planteada tiene un impacto positivo, no solo para los pacientes afectados sino para el sistema en general en términos de costos, genera un enfoque diferenciado para un grupo poblacional especial protegido de forma específica por la Ley, favorece el acceso, la calidad y la cobertura de estos usuarios y propende por una centralización de los datos para avanzar en mejores y nuevos modelos de negociación de medicamentos.

Factibilidad política y jurídica

La recomendación planteada, cuenta con marco normativo, se alinea con el Conpes 155 de política farmacéutica, aporta en el desarrollo de la regulación específica para el manejo de enfermedades huérfanas y cuenta con el enfoque de un sistema de salud garantista que busca el acceso equitativo a las tecnologías en salud. En este sentido, va en la misma línea de política del Gobierno Nacional en donde parte de la estrategia busca las compras públicas centralizadas bajo mecanismos eficientes de acuerdo con las bases del PND 2022 – 2026, por lo que se considera que es factible desde el punto de vista político y jurídico.

El desarrollo de la compra centralizada requiere no solo de la voluntad política para la negociación, sino que también requiere de los agentes externos como la industria farmacéutica. La industria es vigilada por la SIC y regulada por Industria y Comercio, por lo cual, es necesaria la manifestación positiva del sector para participar en el desarrollo de la recomendación. Se requiere en este sentido que las partes negociadoras tengan la apertura y disposición respecto de buscar nuevas formas de negociación y reconocimiento, ya que el alto costo de las tecnologías en cuestión lo amerita.

Ahora bien, el MSPS es partidario de la recomendación de acuerdo con lo descrito en el PND para efectuar la compra centralizada, sin embargo, otros actores manifiestan preocupación respecto a la reforma prevista de cara a los cambios estructurales que tienen relación con dichos

actores ya que los modelos de atención para la población afectada por enfermedades huérfanas se han ido desarrollando de forma conjunta entre aseguradores, operadores logísticos y prestadores. Por ello genera incertidumbre los cambios planteados en términos de atención médica y en consecuencia acceso a medicamentos, que no se superarían con la recomendación de la compra centralizada.

Conclusión

Aplicar el modelo de compra centralizada de medicamentos para enfermedades huérfanas, se categoriza como **prioridad media** de acuerdo con la metodología aplicada, ya que tiene un impacto positivo para el sistema en términos de ahorro, articulación de actores y mejora el acceso y cobertura a nuevas tecnologías para un grupo poblacional especialmente protegido. Sin embargo, su puesta en marcha y su viabilidad política y jurídica van más allá de la voluntad del Gobierno Nacional para tomar la iniciativa, pues se requiere de una visión distinta a la utilizada por parte de quienes ofertan los productos para hacerlo mediante mecanismos de contratación diferentes, un sistema de información que provea datos confiables para el seguimiento que hoy se propone en los modelos de reembolso por resultados, riesgo compartido y pago por valor terapéutico.

Tabla 4. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Tecnologías en Salud

Recomendaciones	IMPACTOS EN EL SISTEMA							FACTIBILIDAD POLÍTICA							PRIORIZACIÓN
	No. de ineficiencias relacionadas	¿Desarrollo Nacional?	¿Desarrollo Internacional?	¿Mejora Acceso?	¿Mejora Calidad?	¿Mejora Cobertura?	¿Alcances diferenciados en poblaciones de especial interés?	¿Cierre de brechas urbano vs. rural?	¿El líder que debe implementar está a favor de la recomendación?	Otros actores (a favor o en contra)	Se incluye en PND	¿Existen leyes o decretos sectoriales sobre el tema?	Incertidumbre	Número de sectores involucrados	
3.1. Implementar una unidad de análisis de información de los datos reportados en los sistemas de información conformada por un equipo multidisciplinario (científicos de datos, estadistas, matemáticos, profesionales de la salud, entre otros) para el desarrollo e interpretación de modelos de analítica de datos e inteligencia artificial con el fin de buscar patrones predictivos y encontrar alertas tempranas que permitan la toma de decisiones informada y oportuna.	3	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	NO	A favor	A favor	Sí en las bases del PND	Si	Baja	1	MEDIA
3.2. 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.	2	SI	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí en las bases del PND	Si	Baja	1	MEDIA
3.3. 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.	3	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Si	Si	Baja	1	MEDIA
3.4. Replicar el modelo de entregas domiciliarias de medicamentos que se utilizó durante la gestión de la pandemia por COVID-19.	2	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	ND	ND	No	Si	Alta	1	BAJA
3.5. Implementar los sistemas móviles de dispensación de medicamentos de forma progresiva en todo el territorio.	2	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	ND	ND	No	No	Alta	1	BAJA
3.6. 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.	2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	A favor	ND	Si	Si	Baja	2	MEDIA
3.7. 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.	1	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	A favor	ND	Si	Si	Baja	2	BAJA

DIMENSIÓN: FINANCIAMIENTO Y GOBERNANZA

Esta dimensión presenta recomendaciones relacionadas con el uso de la información financiera del sector salud, la eficiencia de la asignación de recursos y generación de reportes e información para mejorar los procesos de seguimiento al uso de recursos. La Tabla 5 presenta los resultados del ejercicio de priorización de la Fase I.

RECOMENDACIÓN 4.1.

Continuar con el trabajo que viene desarrollando el MSPS en los ajustadores de riesgo de la prima, introduciendo ajustadores por condiciones de salud mejorando la asignación de recursos en función del riesgo de esta población, reconociendo las diferencias epidemiológicas de los territorios y las mayores necesidades de atender problemas de salud más críticos en algunas zonas particulares del país.

Impactos sobre el sistema de salud

En un mercado competitivo de aseguramiento en salud, siempre existirá el incentivo a seleccionar los riesgos, en la medida que se genera una tensión entre eficiencia y los objetivos de justicia de la sociedad (van de Ven y Ellis, 2000). La relevancia de un buen mecanismo de ajuste de riesgos viene dada por la capacidad de pagar adecuadamente cada uno de los factores de riesgo asociados, disminuyendo el dilema; entendiendo los mecanismos de ajuste de riesgo, como el uso de información para calcular el gasto esperado de los individuos en un periodo de tiempo, de acuerdo con unas características personales que provean eficacia y eficiencia. Cuando mejor están asignados los recursos, los aseguradores no tienen incentivos a seleccionar los riesgos, lo cual puede mejorar el acceso y calidad a los servicios de la población con las patologías definidas en el ajustador.

Factibilidad política y jurídica

Los actores involucrados son la Nación como el MSPS, DNP y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) y los aseguradores. El MSPS se cree que está a favor de la recomendación, en el sentido que introducen en las bases del *Plan de Desarrollo 2022-2026 Colombia, Potencia Mundial de la Vida* en el componente de sostenibilidad del sistema de salud (i) la revisión del gasto en salud, promoviendo una asignación de recursos más eficiente acorde con los riesgos en salud de la población, y en función de resultados medidos como mínimo, en términos de mortalidad y morbilidad prematura potencialmente evitable. Lo cual está acorde en términos generales con la recomendación, sin embargo, se deben hacer ajustes metodológicos a la propuesta en el año 2022. En el caso de los aseguradores, para la propuesta presentada por el MSPS en el año 2022 no estaban de acuerdo con los tiempos de implementación y la metodología empleada.

Conclusión

De acuerdo con el desarrollo metodológico se considera de **prioridad media**, cuenta con sustento internacional y nacional; sin embargo, la propuesta metodológica que había adelantado el MSPS en el año 2022 presenta alta incertidumbre en su implementación, en el sentido que la propuesta de reforma al SGSSS (proyecto de ley 339 de 2023) introduce ajuste de riesgo por variables socioeconómicas que no están consideradas en el ajuste actual o propuesta metodológica desarrollada. También, se deberá analizar el impacto en la metodología de suficiencia de la UPC por la implementación del Modelo de Atención Primaria, dado que se establece en el capítulo transitorio del proyecto de ley, que la UPC deberá distribuirse entre 1. Valor per cápita para la Atención Primaria Integral en Salud y 2. Valor per cápita para la atención

de mediana y alta complejidad, consideraciones que no contempla la metodología utilizada en este momento.

RECOMENDACIÓN 4.2.

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. Con la implementación de la recomendación se busca dar elementos técnicos para realizar una discusión a las competencias territoriales de salud, en particular en las restricciones en la atención y financiación de atención de la población migrante no regularizada al posibilitar el uso de recursos territoriales.

Impactos sobre el sistema de salud

Para revisar la magnitud en el sistema de salud Colombiano de la inflexibilidad en el gasto, se tomó la información de los años 2020 y 2021 de los reportes presupuestales de las entidades territoriales de los recursos destinados a salud a través de los Fondos Locales de Salud y se estableció la participación de las transferencias del Gobierno Nacional en los recursos en salud en las ET, en este sentido, se encontró que éstas representaron el 87,8% y 82,9%, respectivamente del ingreso en los territorios con diferencias en los niveles departamentales, distritales y municipal.⁴ Esta baja capacidad de decisión en el uso de los recursos se percibe en mayor medida ante choques como el presentado desde el año 2017 en Colombia con la llegada de población venezolana con necesidades de atención. En este contexto, el análisis de la recomendación se centrará en la atención de la población migrante con estatus irregular.

La política de atención a la población migrante ha estado centrada en la regularización de la población y con esto la afiliación al SGSSS; sin embargo, hay población que no tiene vocación de permanencia en el país, no quiere ser identificada, son población pendular o en tránsito, que en el evento, que tenga una urgencia médica debe ser atendida en el marco de la garantía de la atención en todo el territorio Colombiano, sin que sea exigible pago a la persona que no tiene capacidad de asumir el costo de la atención. Es así como la falta de flexibilidad en el uso de los recursos territoriales no permite realizar acuerdos de voluntades entre las ET y los prestadores, con lo cual se crea incertidumbre respecto al responsable del pago ocasionando potenciales barreras de acceso a los servicios de salud de esta población.

Con esta recomendación se busca mejorar el acceso a los servicios de la población migrante con estatus irregular definiendo las responsabilidades en el pago y gestión de la atención que disminuya la incertidumbre en los prestadores al momento de atender a esta población, promoviendo la inclusión y acercamiento de esta población al sistema de salud.

Factibilidad política y legal

Los actores involucrados son la Nación (MSPS, DNP), departamentos y distritos, así como los prestadores de servicios de salud que finalmente son los afectados por la falta de claridad en la responsabilidad en gestión y financiación de las atenciones. La implementación de la recomendación estaría liderada en discusión y trámite por el MSPS, quien se considera está a favor de definir la responsabilidad entre los actores y la cofinanciación de las atenciones bajo los principios de complementariedad, concurrencia y eficiencia.

La introducción de criterios de cofinanciación traerá tensiones con las entidades territoriales, en la medida que no se aclaran las competencias territoriales desde la responsabilidad de la gestión

⁴ Para el año 2020 la participación de las transferencias en los ingresos corrientes en las entidades territoriales fue: Municipios 94,4%, Distritos 89,9% y Departamentos 37,6% y para el año 2021 fue: Municipios 92,4%, Distritos 90,1% y Departamentos 31,6%. En el año 2020 se utilizó la información de 1.081 municipios y en 2021, 1.072 municipios.

y financiación de la atención. En esta recomendación, el lugar de las entidades territoriales no es claro, en la medida que estarán a favor de dar claridad en las competencias y fuentes de recursos, pero será opositoras en la medida que se utilice como criterio de cofinanciación el esfuerzo de las entidades territoriales.

Conclusión

De acuerdo con lo anterior expuesto, la discusión del ajuste a las competencias en los territorios en la atención de la población migrante tiene una **prioridad alta**, busca mejorar el acceso a los servicios de salud a esta población y presenta un marco normativo que permite aplicar los criterios de cofinanciación que busquen eficiencia en la asignación.

RECOMENDACIÓN 4.3 Y 4.5 UNIFICADAS

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. Así mismo, apoyar la generación 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.

Impactos sobre el sistema de salud

En esta recomendación se propone la armonización de los sistemas de información vigentes, con el objetivo de reducir costos administrativos y generar información pertinente para los distintos actores del sistema que permita contar con información de las transacciones contractuales y de pagos para todos los actores administrada por el MSPS y con esto, propender por restablecimiento de la confianza en las relaciones contractuales.

En experiencias nacionales, el MSPS realizó avances en los sistemas de reporte de información que buscaban aclarar las cuentas entre los actores. Para lo anterior, en el año 2013 se expidió la Circular 030 Conjunta con la SNS, en la cual las Entidades Responsables de Pago (EPS y ET) y las IPS deben reportar información de las facturas y pagos que se realizan. Sin embargo, la implementación de la Circular no tuvo el impacto esperado en el sentido que el reporte es fragmentado, el sistema no tiene interoperabilidad en la información y los actores no cumplen con los tiempos y calidad en el reporte.

La información pública en las relaciones contractuales y pagos entre los diferentes actores, por sí solo no mejoran el acceso, cobertura o calidad en los servicios de salud. Sin embargo, contar con información clara y oportuna sobre las relaciones permite tomar decisiones tanto a los organismos de control del sector como al MSPS como rector, respecto a oportunidades de mejora en los mecanismos de contratación y pagos empleados en el sistema o anticipar riesgos por deudas en la cadena de provisión de servicios de salud.

Análisis de Factibilidad Políticas y Jurídica

Los actores involucrados son el MSPS, los proveedores de servicios y tecnologías de salud, los aseguradores y Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC). El MSPS como implementador está a favor y se encuentra en desarrollo de la misma.

En cuanto el desarrollo normativo, la Ley 1966 de 2019 con el objeto de agilizar la transmisión y evaluación de la información financiera y aumentar la transparencia en las transacciones entre los agentes del sector, crea el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) que establece la responsabilidad en la definición de los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares de interoperabilidad de los sistemas de información de cada uno de los actores del sistema, en cabeza del MSPS con apoyo del MinTIC, en el proceso de garantía de conexión de todos los agentes del sector. Dicha ley también establece la obligatoriedad del

MSPS de crear un portal electrónico donde se registren los contratos de servicios y tecnología, así como la obligación de todos los prestadores de servicios y tecnologías en salud de la facturación electrónica

En las bases del Plan de Desarrollo 2022-2026 “*Colombia, Potencia Mundial de la Vida*” se estableció en el componente de salud c. Más gobernanza y gobernabilidad, mejores sistemas de información en salud la ampliación en la salud digital a través de la apropiación de tecnologías de información y fortalecimiento del sistema de pagos con transparencia e integridad. Sobre la recomendación no se tiene incertidumbre, en la medida que el MSPS está trabajando en la implementación y se ratifica a través de las bases del plan de desarrollo.

Conclusión

La implementación del SIIFA permitirá hacer trazabilidad a la información de los diferentes procesos financieros con información centralizada y pública, conforme con el desarrollo metodológico se considera de **prioridad alta**, en la medida que tiene un marco normativo vigente y enmarcada en las líneas del PND 2022-2026.

RECOMENDACIÓN 4.4

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.*

Impactos sobre el sistema de salud

La recomendación de esta sección se circunscribe a la actualización del Manual Tarifario tomando como referencia las tarifas definidas actualmente en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) con el que se reconocen las atenciones de víctimas de accidentes de tránsito en el sector salud. En este sentido, el impacto sobre el sistema de salud se espera se limite a este componente, sin desconocer los efectos que pueda tener como referente de la negociación comercial que se realiza en el aseguramiento en salud. La actualización del manual tarifario se espera que mejore la asignación de recursos del sector reconociendo las diferencias esfuerzo requerido para generar un servicio de salud y los costos de estos.

Análisis de Factibilidad Política y Jurídica

Es un mandato legal, según lo dispuesto en Decreto 056 de 2015 ajustar el manual tarifario para que reconozca la evolución de los diferentes costos y factores de producción de la economía. Adicionalmente, el Gobierno Nacional actual incluye una versión amplia de esta propuesta en la discusión de la Reforma al sector. Actualmente, es de amplio uso en la negociación comercial entre EPS e IPS la referencia a los valores SOAT. Para el caso de la atención a población migrante no regularizada, estos valores también se usan de referencia en el reconocimiento y pago de las atenciones de las autoridades locales a la red pública, con una amplia diversidad de acuerdos y formas de negociación que incluyen descuentos a los valores de referencia por pago anticipado, entre otros.

Conclusión

A pesar de la importancia estratégica para el sector salud contar con un Manual Tarifario reconocido y usado por los actores del sistema de salud, en el análisis de la recomendación se identifica un conjunto amplio y divergente de posturas de los actores del sector. Estas posturas divergentes se centran en la metodología que debe seguirse para desarrollo de un Manual Tarifario, la metodología de actualización y las herramientas legales disponibles para garantizar

su uso en el marco de la competencia y las normas de la negociación comercial vigentes. Por este motivo la recomendación se considera de **prioridad media**, se considera que el Gobierno Nacional debe avanzar en su implementación, pero no se prioriza para el desarrollo de un Hoja de Ruta.

Tabla 5. Resultados priorización Fase I. Dimensión: Financiamiento y Gobernanza

Recomendaciones	IMPACTOS EN EL SISTEMA								FACTIBILIDAD POLÍTICA						PRIORIZACIÓN
	No. de ineficiencias relacionadas	¿Desarrollo Nacional?	¿Desarrollo Internacional?	¿Mejora Acceso?	¿Mejora Calidad?	¿Mejora Cobertura?	¿Alcances diferenciados en poblaciones de especial interés?	¿Cierre de brechas urbano vs. rural?	¿El líder que debe implementar está a favor de la recomendación?	Otros actores (a favor o en contra)	Se incluye en PND	¿Existen leyes o decretos sectoriales sobre el tema?	Incertidumbre	Número de sectores involucrados	
4.1 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.	1	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	A favor	Mayoritariamente en contra	Sí, en las bases del PND	Sí	Alta	1	Media
4.2 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.	2	SI	ND	SI	SÍ	NO	SI	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí, en el articulado	Sí	Baja	1	Alta
4.3 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.	2	SÍ	SI	NO	NO	NO	NO	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí, en las bases del PND	Sí	Baja	2	Alta
4.4 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.	1	SÍ	SI	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	A favor	Mayoritariamente en contra	No	Si	Media	1	Media
4.5 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.	2	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	A favor	Mayoritariamente a favor	Sí, en las bases del PND	Sí	Baja	2	Alta

Análisis factibilidad operacional – Etapa II

De acuerdo con la metodología propuesta, en esta segunda etapa se evaluará la factibilidad operacional para las recomendaciones priorizadas, la cual se entiende como la probabilidad de una recomendación de ser implementada de acuerdo con las capacidades, recursos, requerimientos técnicos y de escalabilidad. La Tabla 6 presenta el consolidado del análisis de esta Fase II, por cada dimensión.

Tabla 6. Resultado del análisis de factibilidad operativa. Fase II

Componente	Recomendación	¿El líder cuenta con los recursos humanos para implementar la recomendación?	¿El líder de la implementación cuenta con las capacidades técnicas para desarrollar e implementar la recomendación?	¿Escalable?	¿Flexible?	¿Transferible?	Tiempo	Resultado
Prestación de Servicios de Salud	1.1. 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.	ND	SI	SI	SI	SI	MEDIANO PLAZO	ALTA
	1.3. 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.	SI	SI	SI	SI	SI	MEDIANO PLAZO	ALTA
Talento Humano	2.1. 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.	ND	SI	SI	SI	SI	MEDIANO PLAZO	ALTA
	2.4. 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.	DEPENDENDE	DEPENDENDE	SI	SI	SI	MEDIANO PLAZO	MEDIA
Tecnologías en salud	3.1. UNIFICADA. Fortalecer el SISMED el cual hace parte integral del SISPRO y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público, que permita la trazabilidad de toda la cadena de comercialización desde el productor primario hasta el consumidor final, en donde el reporte de variables abarque tanto el canal institucional como el canal comercial e incluya un módulo para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas	SI	SI	DEPENDENDE	SI	DEPENDENDE	MEDIANO PLAZO	MEDIA
	3.6 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.	SI	SI	SI	NO	SI	MEDIANO PLAZO	ALTA
	4.2. 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.	SI	SI	NO	NO	SI	MEDIANO PLAZO	MEDIA
Financiamiento y Gobernanza	4.3 y 4.5 Unificadas. 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. Así mismo, apoyar la generación de e 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.	SI	SI	SI	SI	SI	MEDIANO PLAZO	ALTA

DIMENSIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Se avanza con el análisis de las recomendaciones clasificadas como de prioridad media, teniendo en cuenta que ninguna de las propuestas quedó catalogada como de prioridad alta. Además de lo anterior, la recomendación 1.5 se incluye en el análisis de la recomendación 2.2 de la dimensión de THS, en tanto corresponde a ajustes en materia de formación que tiene impactos en la prestación del servicio.

RECOMENDACIÓN 1.1

Acotando la recomendación 1.1 a la implementación de equipos de atención extramural con participación de trabajadores comunitarios a la luz de las guías de la OMS (World Health Organization 2018) y PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative 2022), se aplicó la segunda etapa de la metodología de priorización, concerniente a la evaluación de la factibilidad operacional.

Debido a que no existe evidencia fuerte respecto a las características óptimas para la implementación de este tipo de programas, la presente evaluación se basó en la revisión de dos estudios de caso, la implementación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Costa Rica y el modelo de Equipos de atención primaria de salud basados en unidades territoriales de Sudáfrica.

Según lo observado, lo primero es evaluar los perfiles y cualificaciones requeridas para la implementación del programa. A continuación, es necesario además definir la remuneración de los trabajadores comunitarios y demás perfiles que harían parte de los equipos extramurales. La existencia de una remuneración para los trabajadores comunitarios mejora la adherencia al programa y la calidad de la atención. Se debe contemplar si es posible remunerar a estos incluso en el marco de su periodo formativo.

Posteriormente, se calculan los costos de la operación de los equipos, incluyendo el THS, los insumos requeridos para la atención, transporte, entre otros. Lo anterior requiere de un análisis de impacto presupuestal realizado por el MSPS, con participación de la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas y la Dirección de Prestación de Servicios. Bajo el esquema actual, se requeriría de un análisis sobre la suficiencia de recursos del Sistema General de Participaciones componente de Salud Pública, para el financiamiento de esta operación por parte de las entidades territoriales. Asimismo, sería necesaria la modificación de la Resolución 518 de 2015, modificada por la Resolución 295 de 2023, para estandarizar los perfiles de talento humano, hoy definidos por las entidades territoriales, de los llamados *equipos básicos de salud*. Además de lo anterior, con el fin de articular la atención individual y la colectiva, se requeriría de un mecanismo de pago por desempeño que incentivara a las EPS a aunar esfuerzos en torno a los equipos de salud, en particular ante la necesidad de remisión o tratamiento más allá de la captación inicial.

Para la implementación de un marco especial de remuneración, a cargo del Gobierno nacional, es necesario la expedición de un acto administrativo a nivel de decreto ya que se requiere la participación de los MEN, en cabeza del Viceministerio de Educación Superior y la Dirección de Fomento de la Educación Superior, y del MinTrabajo a través del Viceministerio de Empleo y Pensiones y la Dirección de Movilidad y Formación para el trabajo, como Ministerios líderes del MNC y, por requerir recursos adicionales, del MHCP, más aún cuando su implementación está sujeta a las disponibilidades presupuestales, al Marco Fiscal de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Finalmente, se estima la infraestructura asociada al funcionamiento de estos equipos extramurales. Esta infraestructura son centros de recepción de casos identificados por los equipos que requieren de atención médica básica, prescripción de medicamentos y/o toma de exámenes de laboratorio. Esta infraestructura debe ser definida en el marco del Plan Maestro de Infraestructura, Equipamiento y Dotación, definido por el artículo 65 de la Ley 2294 de 2023, pendiente de reglamentar por parte del MSPS, en cabeza de la Dirección de Prestación de Servicios y con participación de la Subdirección de Salud del DNP.

Conclusión

Sin embargo, debido a los resultados que se pueden tener en materia de coberturas de vacunación, lactancia materna, morbilidad y mortalidad en niños y materna, se consideran estrategias en general costo-efectivas, aunque para cada intervención es importante establecer un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación para concluir la magnitud del impacto acotado al contexto local. Por lo anterior, se considera que la presente recomendación tiene una **factibilidad operacional alta**, en tanto los tiempos de implementación y la complejidad de la operación es viable en el mediano plazo.

RECOMENDACIÓN 1.3

Acotando la recomendación 1.3 a implementar un estándar diferenciado de calidad para promover la desconcentración de los servicios a nivel nacional, se aplicó la segunda etapa de la metodología de priorización, concerniente a la evaluación de la factibilidad operacional.

De acuerdo al análisis de la normatividad asociada, se pudo establecer que a través de la Resolución 544 de 2023 *“Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud”*, se avanzó en la aplicación de un estándar diferenciado de calidad. En esta resolución se habilitó a los profesionales de medicina especializada, en particular medicina crítica y cuidado intensivo, que trabajaran en una IPS que tuviera los servicios de cuidado intensivo adultos y pediátrico en la modalidad de telemedicina, para prestar el servicio de telemedicina asincrónica sin requerir del profesional las 24 horas. Lo anterior aplica en los municipios establecidos como zonas especiales de dispersión geográfica según el Anexo 1 de la Resolución 2809 de 2022, es decir, las zonas especiales por dispersión geográfica. Esto flexibiliza las condiciones y permite que personal muy especializado pueda prestar asistencia a colegas de las zonas especiales de dispersión geográficas definidas para el cálculo de la UPC. Lo anterior implica que, la presente recomendación corresponde a una nueva modificación de la Resolución 3100 de 2019 para hacer compatible con lo propuesto.

De acuerdo con lo anterior, se requiere una revisión de la Resolución 3100 de 2019, en lo referente a los estándares de habilitación de servicios en modalidad extramural de baja complejidad a la luz del paquete de atenciones que se defina en la implementación de los equipos extramurales por lo que no se procede con la etapa 3 de análisis económicos y presupuestales, pero se incluye dentro de la Hoja de Ruta de la recomendación 1.1.

Conclusión

Derivado de este análisis y teniendo en cuenta que la implementación de un estándar diferenciado de calidad para prestadores cuenta con el apoyo líder del sector, es escalable, flexible y transferible y adicionalmente tiene un plazo temporal de implementación de mediano término, se concluye que es factible y se prioriza para la siguiente etapa de análisis por ser calificada con **factibilidad alta**.

DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO EN SALUD

RECOMENDACIÓN 2.1

Acotando la recomendación 2.1 a desarrollar un programa de **captación y retención** para egresados de programas de educación superior para que posterior a la realización de su SSO permanezcan en el sitio de su plaza, particularmente en ciudades intermedias o zonas rurales, se aplicó la segunda etapa de la metodología de priorización, concerniente a la evaluación de la factibilidad operacional.

En particular, la literatura propone abordar dos dimensiones, la primera asociada a las **condiciones del empleo**, relacionadas con los beneficios sociales, desarrollo profesional, la jornada laboral, la contratación y los salarios; la segunda asociada a las **condiciones de trabajo**, relacionados con la percepción del ambiente laboral en términos de la autonomía profesional, la dotación, la división del trabajo, el ritmo de trabajo, la confianza y el ambiente social. Dentro de estas dimensiones, las bonificaciones por permanencia al completar un periodo de tiempo determinado como un incentivo de retorno por servicio, el cual corresponde a un bono de retención ante la completitud de 2, 4 o 5 años de servicio. Asimismo, esto se puede combinar con incentivos del retorno de servicio donde el beneficiario recibe beneficios adicionales para permanecer en una zona particular, iniciativas de vivienda, acceso a capacitación adicional educación de los hijos, entre otros (WHO, 2020).

Para la implementación de esta recomendación es necesario, en primera medida, que el MSPS desarrolle un diagnóstico respecto a el tipo de desenlaces más relevantes (e.g. mortalidad materna, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad en menores de un año, etc.) y las zonas geográficas involucradas, para así hacer el acercamiento con determinadas entidades territoriales y el grupo poblacional objeto de intervención.

En segunda medida, se debe realizar una **revisión de los perfiles** a los que se les pide prestar el SSO. Actualmente la oferta comprende un total de 5409 plazas de SSO, distribuidas a lo largo del territorio nacional. Esto implica hacer una articulación entre las plazas del SSO y la estrategia a implementar con los equipos extramurales y los Centro de Atención Prioritaria en Salud que plantea el Gobierno nacional.

En tercer lugar, es necesario desarrollar intervenciones desde el ámbito educativo, regulatorio, incentivos financieros, soporte profesional y personal a través de:

- **Estrategias de enrolamiento de estudiantes que vienen de contextos rurales.** Esto se debe hacer en coordinación con el MEN y su estrategia de los Centros Regionales de Educación Superior que ha contribuido a desconcentrar la oferta y hacer el acceso más oportuno, así como mejorar la permanencia de estudiantes de zonas que históricamente no han contado con oferta de educación superior. Asimismo, se podrá contemplar prioridad en los cupos de carreras de ciencias de la salud en Universidades Públicas y a través de acuerdos de voluntades con universidades privadas. Para esto sería necesario la modificación de la Ley 1164 de 2007 para incluir un criterio obligatorio de priorización para estudiantes de zonas rurales cercanas y rurales remotas en el marco de los procesos de admisión en universidades públicas.
- **Priorización de ingreso a especialidades médico-quirúrgicas para aquellos que prestaron SSO en zonas rurales.** Esto es posible desarrollarlo en el marco del parágrafo 4 de la Ley 1164 de 2007, que dice que el personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas. Es necesario avanzar entonces

con las **mesas de concertación para que las Instituciones de Educación Superior-IES privadas implementen incentivos similares.**

- **Revisión de los currículos de formación para incluir módulos de salud rural.** Promover mesas de trabajo con las IES y SENA para la inclusión de módulos de salud rural en sus currículos. Esto es posible desarrollarlo en el marco del parágrafo 4 de la Ley 1164 de 2007, que dice que el personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas. En particular es necesario establecer mesas de trabajo permanentes con las IES para trabajar sobre la educación basada en competencias. Esto facilita la traducción de las necesidades del sistema de salud, en resultados por competencias y, en consecuencia, se materializa en cambios en el currículo (World Health Organization 2022).
- **Articulación del apoyo de sostenimiento** establecido en la Ley 2307 de 2023. Apoyo al sostenimiento focalizado para estudiantes que deben desplazarse de zonas rurales del país.
- Utilizar una combinación de incentivos financieros fiscalmente sostenibles, como subsidios por dificultades, **subvenciones para vivienda, transporte gratuito, vacaciones** remuneradas, etc., lo suficientemente significativos como para superar los costos de oportunidad asociados con el trabajo en áreas rurales, tal como los perciben los trabajadores de la salud, con el fin de mejorar la retención en estas zonas.
- Mejorar las condiciones de vida para los trabajadores de salud y sus familias en términos de infraestructura y servicios (acueducto, electricidad, telecomunicaciones, escuelas, etc.). Esta línea del plan de acción es la de más largo plazo ya que tiene un carácter intersectorial y depende de los equipamientos sociales desarrollados por MinTIC, Educación y las entidades territoriales. Sin embargo, se puede avanzar de manera particular en el programa de conectividad para hospitales iniciado en 2022. Esto partiendo del hecho de que solo el 28% de los habitantes en zonas rurales tienen acceso a internet.
- Desarrollar oportunidades de desarrollo profesional en zonas rurales a través de la implementación de programas de retención por tiempo de servicio.

Finalmente, un incentivo adicional debe ser contemplado desde la posibilidad de generar un incentivo por hacer SSO en zona rural cercano o rural remoto o ciudades intermedias, de acuerdo con la clasificación de OCDE, para entrada a programas de especialidades médico-quirúrgicas (World Health Organization, 2020), a través de mesas de trabajo con las IES. Para la implementación de este incentivo, es necesario hacer mesas de trabajo con IES, en particular con las facultades de medicina, enfermería, odontología y bacteriología.

Conclusión

La disponibilidad de recurso humano es condición necesaria para avanzar en la mejora de la calidad de las atenciones en salud que se prestan en el territorio nacional. Avanzar en la equidad y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud implica lograr retener el capital humano requerido para disponer de unos estándares mínimos de pertinencia médica y calidad. Así mismo, se considera que el implementador de la política esta decididamente a favor de la intervención y se encuentra realizando consensos al interior del sector sobre la necesidad de avanzar en la consolidación de los incentivos y garantizar la disponibilidad de profesionales en todo el país. Por lo anterior, esta recomendación se considera de **factibilidad alta**.

RECOMENDACIÓN 2.4

Acotando la recomendación 2.4 a *Incentivar programas de educación técnica, tecnológica o profesional más alineados con la implementación del modelo de APS en Colombia*, se aplicó la segunda etapa de la metodología de priorización, concerniente a la evaluación de la factibilidad operacional.

El proceso de acoplamiento de los perfiles del Talento Humano o en Salud con la estrategia de APS desde los equipos extramurales y los trabajadores comunitarios de salud como puerta de entrada al sistema de salud, requiere de un plan de acción explícito. En particular, como se mencionó en la Hoja de Ruta de la recomendación 1.1 las líneas de conocimiento requeridas con en:

1. Promoción de la salud
2. Prevención de la enfermedad
3. Estilos de vida saludable
4. Adherencia a programas de consejería de cambio de hábitos
5. Prevención secundaria

Por lo anterior, se requiere hacer **mesas de trabajo para revisar los contenidos de programas técnicos y tecnológicos con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)**, en particular en el corto plazo, los perfiles de acuerdo con la Clasificación Única de Ocupaciones (CUS) para Colombia (versión 2022), donde se incluyen: a) auxiliar administrativo en salud, b) técnico en salud ambiental, c) auxiliar en salud pública, d) promotor de salud pública (SENA, 2022), anteriormente mencionados en la recomendación 2.1.

Asimismo, se debe revisar la **articulación con la implementación del MNC y el MGC para la CUS**. Una de las áreas de cualificación dentro del Catálogo Nacional de Cualificaciones (CNC) corresponde a *salud y bienestar*. Este catálogo sectorial no se encuentra publicado por lo que se deberían realizar mesas de trabajo para desarrollar el continuo de cualificaciones en la formación de los trabajadores de salud comunitarios, que permitan una perspectiva de carrera.

Asociado a los perfiles que se desarrollen, se debe avanzar con un esquema de remuneración durante y posterior al periodo de capacitación y la estimación de cargas de acuerdo con la población y atenciones contemplados.

Además de lo anterior, en particular para la implementación de un programa de promotores o trabajadores de salud comunitaria se recomienda según la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization 2018), las siguientes actividades:

- **Seleccionar** a los Trabajadores de Salud Comunitaria (CHWs) para la educación previa al servicio, considerando niveles mínimos de educación apropiados para las tareas a realizar, pertenencia y aceptación por parte de la comunidad local, promoción de la equidad de género, y atributos personales y capacidad de los candidatos.
- **Determinar la duración de la formación** previa al servicio en el contexto local en función de las competencias requeridas según el rol, el conocimiento y las habilidades preexistentes, y las condiciones esperadas de práctica.
- Definición de los **contenidos de la formación** en servicios de promoción y prevención y habilidades interpersonales para la movilización de comunidades, desde un balance entre la formación teórica y práctica.
- Establecer una **forma de certificar las competencias** adquiridas por parte de los trabajadores de salud comunitarios.
- Proporcionar a los Trabajadores de Salud Comunitaria (CHWs) en ejercicio un **paquete financiero** acorde con las demandas del trabajo, la complejidad, el número de horas trabajadas, la capacitación y las funciones que desempeñan. Esto se debe realizar de

manera concertada con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debido a las restricciones existentes asociadas al Marco Fiscal de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.

- Proporcionar a los CHWs remunerados un **acuerdo por escrito** que especifique su rol y responsabilidades, condiciones laborales, remuneración y derechos laborales.

Conclusión

Por lo anterior, la recomendación 2.4 se considera de **factibilidad operativa media**, esto teniendo en cuenta que, al ser una recomendación que principalmente se lidera por IES y el MEN, no es posible concluir si el líder cuenta con los recursos humanos o de financiamiento para avanzar en la implementación del catálogo sectorial del MNC.

DIMENSIÓN: TECNOLOGÍAS EN SALUD

RECOMENDACIÓN 3.1. UNIFICADA

Fortalecer el sistema de información SISMED y convertirlo progresivamente en un único sistema de gestión farmacéutica para Colombia, de acuerdo con lo citado en la recomendación, requiere establecer la viabilidad respecto de su escalabilidad, flexibilidad y si es o no una política transferible, lo anterior con miras a determinar el grado de factibilidad operacional.

En este sentido, es preciso mencionar como antecedente que la OPS recibió en 2012 el mandato de implementar una política regional sobre gestión del conocimiento y comunicaciones en salud pública y en 2019 aprobó el plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023 y una política regional que apoya la implementación de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, por lo cual desde el punto de vista regional existen parámetros y cooperación para alcanzar el objetivo.

Por otra parte, la pandemia de COVID-19 demostró que la mayoría de los países de las Américas tienen problemas de gestión de datos de calidad, de captura y acceso, entre otros, razón por la cual es necesario seguir avanzando en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información para la salud; no obstante, de acuerdo con D'Agostino et al. 2022, la primera decisión importante para asegurar la sostenibilidad y viabilidad técnica en el desarrollo de sistemas de información es el acuerdo de avanzar sobre la base de las acciones preexistentes y no desconociendo los avances e inversiones realizadas⁵.

Teniendo en cuenta las anteriores premisas, la escalabilidad de la recomendación⁶ es decir la posibilidad de incorporar funcionalidades con el paso del tiempo e incrementar paulatinamente el número de usuarios que lo usan, y si la misma es o no transferible lo que implica que los sistemas de información se puedan aplicar en diferentes contextos y realidades, depende de una serie de variables tales como: i) la multiplicidad de actores para el reporte y su extensión a todo el país, ii) la variabilidad de las tecnologías que se utilizan por los distintos reportantes, iii) la estandarización de variables entre los actores, iv) una infraestructura tecnológica por parte del MSPS, v) garantizar que todas las iniciativas descritas se desarrollen y apoyen a nivel subregional, vi) el nivel de madurez tecnológica de los actores y vii) el nivel de desarrollo en telecomunicaciones, infraestructura y equipamiento, situaciones que solo podemos establecer hasta que se realicen los primeros acercamientos con los actores principales.

⁵ (D'Agostino M, Marti MC, Jaime F y Garcia Saiso S. Sistemas de información para la salud: Un análisis del diseño desde la perspectiva de las políticas públicas. Panam Salud Publica. 2022;46:e35. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.35>)

⁶ Plan de acción para fortalecer IS4H aprobado por el 57.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington D.C., 10 de octubre de 2019

En cuanto a la flexibilidad, esta implica tener la capacidad de adaptarse a las necesidades y procesos, así como a las demandas de los diferentes actores y contextos involucrados en el sector salud, razón por la cual es necesario considerar el diseño, la gobernabilidad, la interoperabilidad, la innovación y la gestión del riesgo. Lo anterior requiere trabajar mancomunadamente con los actores que estarán involucrados. Se necesitan diferentes momentos para realizar mesas de trabajo en las distintas fases de la intervención que recopilen las necesidades de cada actor y la incorporación de los sectores que hoy no están implicados.

Ahora bien, de conformidad con el análisis de la OPS de implementación de sistemas de información como una política pública y la experiencia relativamente reciente de implementación de MIPRES, el tiempo que puede tomar la etapa de diseño, la implementación inicial y su adopción y difusión es de tres años aproximadamente.

Conclusión

Fortalecer el SISMED y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, así como conformar una unidad de análisis que permita la toma de decisiones basadas en datos con oportunidad y periodicidad cuenta con una factibilidad operacional de **prioridad media**, ya que requiere incorporar múltiples actores para abarcar tanto el canal institucional como el comercial, estandarizar e incluir de manera preliminar variables que permitan la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas. Este implica conocer el nivel de madurez tecnológica de los actores, el nivel de desarrollo en telecomunicaciones, infraestructura y equipamiento y conocer la variabilidad de las tecnologías que utilizan los distintos reportantes. Se estima que su tiempo de implementación será no menor a tres años.

RECOMENDACIÓN 3.6

La implementación de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades huérfanas requiere en primera instancia del análisis de la data disponible de este grupo de pacientes. De este modo determina la incidencia y prevalencia a fin de priorizar la compra considerando dichos criterios, o si así lo determina el regulador, por el costo de los productos farmacéuticos con indicaciones específicas para este grupo de patologías. Ya que de cualquier manera se deben tener en cuenta los recursos disponibles, la capacidad de negociación y la concentración de barreras de acceso para los pacientes. Para lograr que la implementación de la recomendación sea eficiente, la segunda estancia debe establecer parámetros de compra. En este sentido algunos criterios de priorización de las moléculas a comprar según Neuroeconomix ⁷, pueden categorizarse teniendo en cuenta aspectos como: i) innovación y complementariedad del tratamiento, ii) potencial clínico, seguridad y eficacia, iii) potencial económico y financiero y iv) generar alto impacto en salud pública. En tercera instancia es necesario determinar las capacidades técnicas para la negociación, lo cual incluye evaluar aspectos como: i) cumplimiento de los proveedores, ii) tipos de contratación, iii) frecuencia de las compras y tiempos de entrega con base en los datos de la enfermedad y iv) manejo de las devoluciones⁸.

Por otra parte, es preciso analizar que el gasto farmacéutico es una proporción importante de los presupuestos de salud. En los países de la OCDE, uno de cada cinco dólares destinados a salud se gasta en medicamentos. En América Latina y el Caribe, este gasto ha aumentado cuatro veces más rápido que en América del Norte y seis veces más rápido que en Europa. En Colombia, de acuerdo con la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el gasto en salud como porcentaje del PIB ha sido del 7,2% en promedio durante los años previos

⁷ <https://neuroeconomix.com/es/5-preguntas-frecuentes-de-la-compra-centralizada-de-medicamentos/>

⁸ <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-la-planificacion-compras-farmacia-X0213932415442075>
<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-gestion-compras-13053081>

al 2020. De acuerdo con lo anterior, el centro de pensamiento de la Universidad Nacional⁹ indicó que *“tanto el nivel de gasto como su impacto en el bienestar de la ciudadanía hacen que el gasto del sector salud merezca ser entendido en profundidad para plantear y ejecutar nuevas estrategias de compra que permitan obtener mayor valor por dinero mientras se facilitan las acciones de control estatal y social para robustecer la integridad del gasto en salud.”*

De otro lado, la compra centralizada permitiría adaptar el volumen y la frecuencia de las adquisiciones a las necesidades y demandas de los usuarios, optimizando los recursos disponibles y garantizando la calidad y la seguridad de los productos, por lo tanto, se considera que la medida es escalable, si se planifica la estrategia. Sin embargo, la citada recomendación no necesariamente resulta flexible ya que la contratación debe contemplar aspectos que para el sector farmacéutico tienen particularidades, como la posibilidad de cambiar productos, renovar inventarios, disminuir los vencimientos, entre otras, y estas situaciones de acuerdo con el marco de contratación actual tienen aspectos que normativamente no son modificables.

De igual forma, la implementación del mencionado proceso debe estar marcada por nuevas formas de pago y en la actualidad no existe la suficiente confianza para avanzar en el pago por resultados, por riesgo compartido o valor terapéutico, pues faltan herramientas automatizadas de seguimiento que permitan un intercambio de información segura, trazable y que respete acuerdos de confidencialidad de forma razonable y así reducir la incertidumbre clínica y garantizar la financiación con datos confiables.

Ahora bien, la recomendación es transferible ya que permite adquirir medicamentos con el fin de aprovechar las economías de escala y obtener mejores precios y condiciones, es una forma de cooperación entre lo público y lo privado, tiene ventajas como reducir los costos de adquisición al negociar precios más bajos por mayores volúmenes, simplificar los procesos administrativos, reducir los tiempos de contratación, aumentar la transparencia y la competencia en el mercado farmacéutico y garantizar la disponibilidad y la calidad de los medicamentos.

En cuanto al tiempo de diseño, se estiman 18 meses para ejecutar las actividades enunciadas de acuerdo con la experiencia de Hepatitis C y lo establecido en el Manual Operativo de acuerdo de acceso administrado. Ahora bien, el suministro efectivo dependerá de la logística de entrega y el grupo de pacientes sobre el cual se está incidiendo, su ubicación, último tratamiento efectuado y necesidad de colocación intrahospitalaria o ambulatoria, entre otras.

Conclusión

Efectuar la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades huérfanas, en lo que corresponde a la factibilidad operacional se considera de **prioridad alta**, pues la recomendación es escalable, transferible y posible de implementar en el mediano plazo, cuenta con una experiencia positiva y exitosa demostrada con datos respecto del ahorro y las facilidades de acceso que proporciona.

DIMENSIÓN: FINANCIAMIENTO Y GOBERNANZA

RECOMENDACIÓN 4.2

La recomendación propone una discusión de competencias en las entidades territoriales y la adopción de mecanismos de cofinanciación por parte de la nación de las atenciones. En este sentido, la primera parte de la discusión se debe enfocar en dar claridad a la gestión de la

⁹ http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/DEF_Reporte_sobre_la_compra.pdf

atención, así como el uso de los recursos de rentas territoriales para la financiación de la atención. Una segunda parte consiste en la reglamentación de la cofinanciación de las entidades territoriales y finalmente, realización de auditorías de cuentas medicas por parte de los departamentos y distritos.

En la primera parte de la recomendación no es necesario desarrollar capacidades técnicas, se requiere un trabajo de concertación con las entidades territoriales en cuanto a la definición del uso de las rentas territoriales. La segunda parte de la propuesta, respecto la definición de la cofinanciación se requiere la construcción de la propuesta metodológica y la reglamentación por parte del Gobierno Nacional.

Ahora bien, las entidades territoriales vienen adelantando los procesos de auditoría de cuentas de los servicios prestados a la población migrante no asegurada; sin embargo, existen brechas en las capacidades para el desarrollo los procesos. Desde Comunidades Saludables, en el año 2021 en el diagnostico para la elaboración "*Metodología y Análisis de necesidades financieras de las entidades Territoriales para atender el fenómeno migratorio*", se evidenciaron diferencias significativas en el desarrollo de los procesos de cuentas médicas y en la sistematización de la información, donde algunas entidades aún se maneja la información en hojas de cálculo.

En este sentido, es necesario realizar acciones que busquen el fortalecimiento de las capacidades de las entidades territoriales, para esto el MSPS cuenta con el apoyo de Comunidades Saludables con el desarrollo de actividades y acciones concretas y del Programa LAIF de la Cooperación Española AECID. Se tienen varias estrategias:

1. En el tercer trimestre del año 2023, el diseño de talleres con herramientas prácticas que puedan utilizar en el desarrollo de los procesos de auditoría;
2. En el año 2024, el de software para la trazabilidad en el proceso de auditoría de cuentas, el cual cuenta con un diseño de arquitectura inicial trabajado en el año 2022;
3. Creación de una plataforma virtual de formación de los funcionarios de las entidades territoriales departamentales y distritales encargados del proceso de auditoría, conciliación, reconocimiento y pago de las cuentas por los servicios de salud prestados y
4. Construcción de los manuales de auditoría, con el propósito de estandarizar las etapas del proceso de auditoría, así como su seguimiento y controles internos que deban tener las entidades territoriales.

El impacto de la recomendación es limitado a las entidades territoriales que tienen la competencia en prestación de servicios de salud (departamentos y distritos certificados en salud), sin embargo, las actividades de fortalecimiento requeridas en las entidades para la implementación de la recomendación pueden ser transferidas a los territorios municipales y algunas IPS que se puedan incluir en los trabajos de acompañamiento realizados desde Comunidades Saludables.

Conclusión

La recomendación se considera que **tiene factibilidad media**, dado que implica cambios normativos que van más allá del Gobierno Nacional y deben convocar y generar consensos con el poder legislativo.

RECOMENDACIÓN 4.3. Y 4.5. UNIFICADAS.

La implementación del SIIFA se realizará en módulos y para cada uno de estos se debe desarrollar capacidades técnicas distintas en todos los actores.

En el primer módulo facturación electrónica y validación de los Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), el MSPS requiere terminar el diseño de las herramientas

tecnológicas, incluidas las aplicaciones a disponer a las IPS para la generación de los RIPS en compañía de la factura electrónica. En este sentido, el MSPS deberá desarrollar un sistema de información robusto con una capacidad de almacenamiento muy importante que permita recibir y validar los RIPS de los prestadores de servicios de salud, los cuales en este momento de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud son cerca de 11 370, con los documentos requeridos para la radicación de la factura electrónica. Así mismo, debe definir los flujos de información entre los módulos propuestos y establecer claramente las relaciones entre cada uno de estos, con las variables trazadoras.

Por su parte los diferentes agentes del sector como los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, entidades responsables de pago, compañías de seguros autorizadas para ofrecer pólizas SOAT, entidades que ofrecen planes voluntarios de salud, entre otros, deben ajustar la interoperabilidad de sus sistemas de facturación electrónica, ya que muchas empresas del sector salud tienen diferentes plataformas de gestión que pueden no ser compatibles con las disposiciones normativas, en particular, con la inclusión de los campos adicionales requeridos en la facturación electrónica que deberá iniciar en enero de 2024.

Un elemento fundamental en la implementación del SIIFA es la coordinación que realice el MSPS al interior con sus áreas misionales, la SNS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). En este contexto, se debe crear una instancia técnica (comisión asesora) entre las entidades; con la invitación a diferentes actores del sector que puedan dar cuenta de la posibilidad de implementación de las definiciones realizadas al interior de la instancia.

La implementación de los módulos Contratos, Glosas y Pagos, está expresado en el reporte de las operaciones que realizarán las entidades responsables de pago que son ostensiblemente menos que los prestadores de servicios de salud, estos agentes requerían un tiempo de adaptación de sus sistemas de financieros y de auditoría que les permitan entregar la información del resultado de las diferentes etapas de los procesos financieros de acuerdo a la estructura y tiempos definidos. Sobre el tiempo de implementación, no se tiene información clara dado que la ley no establece un periodo para la adopción de este, ni tampoco el MSPS ha publicado un cronograma de implementación que nos permita indicar tiempos de diseño o implementación. Sin embargo, tomaremos el módulo de facturación electrónica y validación RIPS como parámetro para definir tiempos; el cual se ha demorado cerca de dos años en su diseño e implementación, por lo cual se estima un tiempo similar para los modulos restantes.

Finalmente, es importante que el MSPS garantice en la implementación del SIIFA el cumplimiento de los principios rectores definidos por OPS en el año 2011 para la transformación digital del sector salud; en particular, la interoperabilidad de los sistemas de información para la salud, donde se garantice el acceso oportuno y desagregado de la información y que permita la integración de los sistemas nacionales y locales de los actores de sistema (OPS, s.f.).

Conclusión

La recomendación se considera que tiene **viabilidad operativa alta** en la medida que se pueden establecer las actividades, responsables y el tiempo de implementación en un plazo de dos años. Así mismo, con esta recomendación se focaliza en mejorar los sistemas de información y se construyen sobre procesos que ya adelanta el Gobierno Nacional.

Análisis de costos, beneficios y ahorros – Etapa III

El objetivo de esta sección es abordar de manera integral el efecto de las recomendaciones planteadas, y las potencialidades de mejora sobre las condiciones de operación del sistema de salud colombiano, la prestación de servicios de salud y el financiamiento sostenible. Recapitulando, el primer paso de la metodología planteada revisó la factibilidad política y el

impacto potencial de la recomendación en el sistema de salud; la segunda fase revisó la factibilidad operativa de implementar la recomendación. En esta sección se hace un análisis de ahorros, costos y beneficios de cada propuesta; el tipo de análisis ejecutado dependió de la disponibilidad de información para aproximar valores puntuales y la posibilidad de determinar efectos directos de cada medida. Por ejemplo, para el caso de la recomendación 1.1. relacionada con la conformación de equipos extramurales fue posible hacer una aproximación al costo de la medida, de acuerdo con valores tipo de los equipos que podrían conformarse; para el caso de la recomendación 3.1. relacionada con el desarrollo de un sistema de análisis de información de tecnologías en salud, el análisis se centra en los beneficios esperados de tener información que apoye la toma de decisiones, el aumento de la transparencia, entre otras. Por último, la recomendación 4.2. va encaminada a mejorar la eficiencia en el uso de recursos del sector modificando la distribución de competencias y la asignación de recursos.

COSTO ESTIMADO, BENEFICIOS Y AHORROS POTENCIALES DE LLEVAR A CABO LAS RECOMENDACIONES

A continuación, se presenta el análisis de costo estimado, beneficios y ahorros potenciales de llevar a cabo las recomendaciones planteadas. La Tabla 7 muestra un resumen del análisis practicado. Para cada recomendación se evaluó la posibilidad de calcular costos, beneficios y ahorros y se indagó por la disponibilidad de información para realizar los ejercicios.

Al final, para algunas recomendaciones fue posible realizar un análisis de costos de implementar la medida, mientras que para otras se realizó un análisis de beneficios que involucra la descripción de los aspectos esperados positivos de implementar las recomendaciones.

Tabla 7. Resumen del análisis de costos, beneficios y ahorros potenciales

Recomendación	Tipo de análisis			Justificación
	Costo	Ahorro	Beneficio	
1.1. Desarrollar estrategias tales como conformación de equipos extramurales, fomento a la APS, para favorecer comunidades ubicadas en zonas dispersas o que cuentan con bajo número de instituciones prestadoras de servicios de salud.	X			No se hace una estimación de los beneficios de la alternativa ya que estos dependerán de la línea de base que se encuentre en la caracterización de la población a intervenir. Además, al ser una recomendación que induce demanda, es posible que en el corto plazo podría empeorar ciertos indicadores en salud. A pesar de lo anterior, se espera mejorar indicadores como el acceso a cuidados prenatales o la tasa de enfermedades transmisibles en el mediano plazo, asociados a la búsqueda activa de población en riesgo.
2.1 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.	X			No se cuenta con la información con la disponibilidad de las Empresas Sociales del Estado para albergar las plazas, ya que es un proceso voluntario, por lo que la presente recomendación debería tener un efecto en la tasa de médicos, enfermeras, odontólogos y bacteriólogos por cada 10 000, con efecto diferencial en municipio y/o departamentos donde se puedan ubicar las plazas.
3.1, 3.2, 3.3 Fortalecer el SISMED, que hace parte integral del SISPRO y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público, que permita la trazabilidad de toda la cadena de comercialización desde el productor primario hasta el consumidor final, en donde el reporte de variables abarque tanto el canal institucional como el canal comercial e incluya un módulo para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas.			X	No es posible determinar el costo ni los posibles ahorros de la implementación de un sistema de información para salud ya que esto puede tener diversas formas de hacerlo y depende fundamentalmente de la infraestructura tecnológica, arquitectura y diseño del sistema, entre otros aspectos.
3.6. 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.			X	Teniendo en cuenta que en la actualidad se requiere de un análisis del grupo poblacional objeto de la recomendación y en consecuencia de las posibilidades de tratamiento que existen en el mundo para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades huérfanas, no es posible determinar el ahorro para el país con la implementación de la recomendación ya que para ello es necesario establecer de acuerdo con la priorización sugerida en la Hoja de Ruta, la enfermedad y los tratamientos a comprar para compararlos con las adquisiciones actuales y así determinar los potenciales ahorros para el sistema.
4.2 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.		X	X	La definición de las responsabilidades en la atención de la población migrante con estatus irregular no genera costos adicionales para el sistema de salud, en tal sentido, se presenta un análisis que busca establecer los beneficios de la implementación de la recomendación en dos sentidos, 1. Ahorros en los recursos del presupuesto general de la nación y 2. Beneficios en una mejor asignación de las rentas cedidas de los impuestos de los licores y cervezas disponibles.

<p>4.5 y 4.3. 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. 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.</p>			<p>X</p>	<p>La implementación del sistema que tenga la información estandarizada y disponible para todos los actores del sistema disminuirá los costos de transacción entre los diferentes, entre estos la duplicidad en el reporte al MSPS y Supersalud. Así mismo, con información pública de los contratos, estado de los procesos de auditoría y pagos, se busca reestablecer la confianza entre los actores en las relaciones contractuales.</p>
--	--	--	----------	--

RECOMENDACIÓN 1.1

Al haber sido catalogada como de prioridad media en las dos etapas anteriores, y sin tener otras recomendaciones con mayor fuerza que la propuesta, se considera como prioritaria para la aplicación de la etapa 3 de la metodología. Para la estimación de costos fue necesario hacer supuestos que responden a las actividades de la Hoja de Ruta, en particular, respecto a la población a atender, el plan de atenciones a ofrecer por los equipos extramurales, los costos de la operación y la conformación de los equipos.

En primera medida, se utilizaron las estimaciones de población del DANE. Estas proyecciones se basan en las estimaciones realizadas con base en el Censo (2018), actualizada post COVID 19 y calculada por área, sexo y edad. La unidad de observación es el municipio dado que se agregan las categorías OCDE definidas por BND y RIMISP (2018). Utilizando las categorías correspondientes a predominantemente urbano, intermedio, rural cercano y rural remoto, es posible segmentar la población objetivo. Teniendo en cuenta los resultados en salud diferenciales en el territorio, se plantea que la recomendación se centre en la población ubicada en los municipios clasificados como rurales remotos, correspondientes a 346 municipios que concentran 5,4 millones de habitantes.

La canasta de servicios a ofrecer se define por grupos de edad, para así responder a las necesidades de acuerdo con el momento en el curso de vida, siguiendo las directrices de la Resolución 3280 de 2018 del MSPS. Esta canasta de bienes y servicios no pretende solucionar todos los problemas de salud de la población, pero sí ofrecer una canasta que impacte de manera inmediata en la salud de la primera infancia (menores de cinco años), así como ofrecer pruebas de laboratorio y pruebas rápidas que permitan canalizar a los pacientes dentro del sistema de salud para que sea posible gestionar sus condiciones de salud. En particular, se definen seis canastas de servicios y tecnologías y se calcula un costo asociado. Estos costos además fueron proyectados usando el IPC total reportado en el Informe de Política Monetaria 2023 (Banco de la República, 2023).

Además de lo anterior, usando los dos casos de estudio, se pudo establecer que los equipos extramurales podían atender entre 1500 (Sudáfrica) y 1000 hogares (Costa Rica), acompañados de un trabajador comunitario por cada 96 hogares en zonas rurales dispersas (Schneider, H., et al, 2018). Por lo anterior, para el análisis se convierte la población de cada departamento, usando el número de personas por hogar calculado por el DANE (2022), en hogares y se estima que cada equipo podría atender 1000 hogares y se requeriría un promotor por cada 96 hogares en zonas rurales, de acuerdo con lo observado en Sudáfrica, que es el que tiene disponible esta tasa para trabajadores comunitarios.

Adicionalmente, para definir los perfiles de los equipos se utilizan las definiciones de ambos casos de estudio, definiendo que un equipo básico se compone de: un médico general, una enfermera como líder de los trabajadores comunitarios, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de APS y los trabajadores comunitarios. Para cada uno de los perfiles se estima el salario base, una prima por trabajo en zonas rurales, que sería diferencial en comparación con el que se debería definir para zonas urbanas, intermedias y rural cercano, el cual corresponde a 0.5 más de salario de acuerdo a la base y, finalmente, el aporte a seguridad social por parte del empleador. En la tabla a continuación se detallan los valores utilizados para la estimación de los costos mensuales del THS.

Tabla 8. Insumos para el costeo de la recomendación 1.1 (COP por mes)

Propuesta Colombia - Costeo	Salarios	Prima por trabajo en zonas rurales	Seguridad Social (empleador)	Total
Médico general	3 000 000	1 500 000	1 185 000	5 685 000
Enfermera (como líder de TC)	2 300 000	1 150 000	780 000	4 230 000
Auxiliar enfermería	2 000 000	1 000 000	729 200	3 729 200
Asistente técnico de APS	1 500 000	750 000	546 900	2 796 900
Trabajadores comunitarios-TC	1 160 000	580 000	342 200	2 082 200

Fuente: *Elaboración propia*

Finalmente, usando la población por grupos de edad (0 a 5 años, 6 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 28 años, 29 a 59 años y más de 60 años), se estima el valor de las atenciones (precios por cantidad), el talento humano agregado por año usando los valores de la Tabla 8 inmediatamente anterior, así como el número de equipos y trabajadores comunitarios de acuerdo al número de hogares en cada departamento. Se asume también un 13% de costos generales (overhead costs) de acuerdo con Vaughan et al. (2015) teniendo como base el valor de las atenciones y un 20% adicional para cubrir los costos de transporte.

A pesar de que la estimación de costos debería tener en cuenta lo asociado al entrenamiento y reclutamiento de los trabajadores comunitarios, no fue posible establecer los costos asociados en la revisión de literatura nacional o internacional por lo que no fue posible incluirlos en el análisis. De acuerdo con lo anterior, la operación del programa, sin tener en cuenta los costos de entrenamiento se estimaría en COP 1,4 billones (USD 357 millones), es decir, aproximadamente COP 272 000 (USD 69) por persona beneficiaria.

Tabla 9. Costos totales de la implementación de la recomendación 1.1. en millones de COP por año

Dimensión	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 28 años	29 a 59 años	60 años	
Atenciones	53 038	39 770	53 997	91 093	179 753	65 743	
Talento Humano							845 664
Costos generales	6895	5170	7020	11 842	23 368	8547	
Costos transporte	10 608	7954	10 799	18 219	35 951	13 149	
Entrenamiento	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	
	70 541	52 895	71 816	121 154	239 072	87 439	1 488 580
Costo per cápita							272 025

Fuente: *Elaboración propia*

Es importante mencionar que no se hace una estimación de los beneficios de la alternativa ya que estos dependerán de la línea de base que se encuentre en la caracterización de la población a intervenir. Además de lo anterior, al ser una recomendación que induce demanda, es posible que se detecten una mayor cantidad de casos que, en el corto plazo, podrían empeorar ciertos indicadores en salud. A pesar de lo anterior, se espera mejorar indicadores como el acceso a cuidados prenatales o la tasa de enfermedades transmisibles mejoren en el mediano plazo, asociados a la búsqueda activa de población en riesgo.

RECOMENDACIÓN 2.1

Para el análisis de los costos, es posible únicamente estimar los costos directos de la intervención, en particular aquellos asociados al aumento en el número de plazas de Servicio Social Obligatorio.

En segunda medida, se debe realizar una revisión de los perfiles a los que se les pide prestar el sistema social obligatorio. Actualmente la oferta comprende un total de 5409 plazas de Servicio Social, y se exoneraron 60 profesionales en medicina, 884 profesionales de enfermería, 422 de odontología y 149 de bacteriología, por falta de plazas en el cuarto proceso de asignación de 2022. De acuerdo con estimaciones encontradas, un médico general puede estar ganando entre COP 3 y 3,5 millones mensualmente (USD 766 a 894). Si todos estos fueran trabajadores formales, el aporte a la seguridad social se estimaría en 1.8 millones (USD 460) adicionales para el empleador. Por lo anterior, los salarios alcanzarían un valor de COP 210 millones (USD 53 654), más los aportes a seguridad social un total de COP 71 millones (USD 18 140). En el caso de los profesionales en enfermería, se estima un salario de COP 2,3 millones y la seguridad social a cargo del empleador en COP 780 000 (USD 199), correspondiente a un total de COP 2 722 millones (USD 6954). En el caso de los odontólogos, se estima un salario de COP 2 millones (USD 500) y un aporte por parte del empleador a seguridad social de COP 677 000 (USD 173), lo que da un total de COP 1129 millones (USD 288 452) para la creación de todas las plazas requeridas. Finalmente, en el caso de las plazas de bacteriología, se estima en un valor similar al de los odontólogos, por lo que el total correspondería a COP 398 millones (USD 101 686). Todas estas estimaciones son mensuales por lo que la implementación de la creación de plazas a través de un subsidio centralizado, centrado en zonas rurales, correspondería a:

$$\text{Costo subsidio plazas vacantes} = \sum_{i=1}^{12} \text{medicina}_i + \text{Enfermería}_i + \text{Odontología}_i + \text{Bacteriología}_i$$

$$\text{Costo subsidio plazas vacantes} = \text{COP 714 000 millones al año (USD 182,4 millones)}$$

Las estrategias de enrolamiento a estudiantes de zonas rurales y la revisión de currículos no tienen un costo asociado, en términos que se tratan de acuerdos con actores del sistema que constituyen costos hundidos para cada una de las partes. En el caso de las subvenciones para vivienda, transporte o vacaciones requerirían un estudio con mayor detalle.

No se cuenta con la información con la disponibilidad de las Empresas Sociales del Estado para albergar las plazas, ya que es un proceso voluntario, por lo que la presente recomendación debería tener un efecto en la tasa de médicos, enfermeras, odontólogos y bacteriólogos por cada 10 000, con efecto diferencial en municipio y/o departamentos donde se puedan ubicar las plazas.

RECOMENDACIÓN 3.1. UNIFICADA

Medir los costos de implementación de un sistema de información para salud como el que se plantea en la recomendación, puede tener diversas formas de hacerlo, pero depende de varios factores, como el tipo de sistema que se quiere y necesita desarrollar, el alcance y objetivos finales del proyecto, es decir la propuesta concertada y definitiva que se plantea en la Hoja de Ruta, y los recursos disponibles para así ajustarse al presupuesto ya que el mismo es a cuenta de los recursos propios del sector, aspectos sobre los cuales se tendría certeza una vez se tome la decisión de incursionar en este cambio.

Existen algunos aspectos, que se enuncian a continuación, que no son cuantificables en esta etapa del proceso, pero sobre los cuales se considera relevante hacer mención, pues de ellos dependerá el análisis de costos de la recomendación una vez se decida su implementación:

- i. Gobernanza y gestión multisectorial de los sistemas de información para la salud ya que implica la definición de roles, responsabilidades, normas, estándares y mecanismos de coordinación entre los actores involucrados;¹⁰
- ii. Infraestructura tecnológica e interoperabilidad de los sistemas de información para salud, que requiere el uso de herramientas TIC efectivas, seguras y adaptadas a las necesidades y garantizar la, seguridad y protección de datos en relación con el acceso, uso y divulgación de la información de medicamentos;
- iii. Procesamiento de los datos, lo cual implica el uso de técnicas estadísticas, analíticas y predictivas para generar información estratégica y conocimiento útil para la toma de decisiones y la mejora continua.

Dicho lo anterior, en esta fase de la aplicación de la metodología se hará énfasis en los beneficios potenciales para el sector, así:

Transformación digital

Fortalecer el actual SISMED, como parte integral del SISPRO, y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público es sin duda un avance hacia la transformación digital. No es dable mantener la misma infraestructura tecnológica, con un reporte de variables, que para este caso solo es de precios de medicamentos, cuando se han detectado aspectos relevantes que van desde la compra, pasan por el almacenamiento y la distribución, posibles casos de desabastecimiento o escasez y terminan en el uso propiamente dicho. En este sentido, el beneficio potencial esta dado por la trazabilidad de las actividades que se registrarían para garantizar un acceso efectivo y seguro y en consecuencia una mejor oportunidad en la detección de puntos críticos de la cadena.

En este sentido la OMS¹¹ ha reconocido la importancia de fortalecer los sistemas de información para la salud con el fin de tomar decisiones basadas en la evidencia y por ello invita a que la transformación digital del sector haga parte del plan de cualquier gobierno y con ello se contribuya de manera significativa en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que en conjunto conducen a una cobertura eficaz.

Acciones oportunas en materia de políticas públicas para acceso y cobertura

La información como un bien de salud pública debe considerar el máximo aprovechamiento de los datos en relación con su análisis, estos deben incorporar tecnologías emergentes como el uso de inteligencia artificial, a cargo de equipos interdisciplinarios con visiones de distintas ciencias que aporten en el procesamiento de grandes volúmenes de datos de manera rápida, lo que trae consigo resultados consolidados para tomar decisiones de política pública, basadas en la evidencia que otorga la información y en modelos de análisis que propendan más por la gestión que la descripción.

Uno de los determinantes de accesibilidad a los servicios de salud y con ello a lograr la prestación efectiva corresponde a que los sistemas de salud cuenten con información clara, suficiente y oportuna, que esté al alcance de quienes lo requieran, sin embargo, contar con los datos no es suficiente, por lo cual el potencial beneficio de una unidad de análisis es que el acceso a la

¹⁰ Sistemas de información para la salud (is4h) - OPS/OMS - PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h>.

¹¹ 59ª. Consejo directivo 73ª. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Sesión Virtual, DEL 20 AL 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2021. Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la región de las Américas.

información debe resultar en la toma de decisiones que para el caso en cuestión, se relacionan con datos que hasta ahora el sistema no tiene y en consecuencia permitirán descubrir situaciones no vistas antes y anticiparse a ellas.

En el análisis efectuado se determinó de acuerdo con la metodología aplicada que los sistemas de información por sí solos no mejoran el acceso ni la cobertura, de hecho, mejorar estas condiciones son un beneficio que se da con el tiempo y con la recopilación de los datos; estos últimos siempre y cuando se analicen en pro de los citados atributos¹². Así las cosas, tener un sistema de información de medicamentos fortalecido, se convierte en un beneficio de mediano plazo para el sistema de salud ya que sistemas interconectados e interoperables que garanticen el acceso eficaz y eficiente a datos de calidad, e información estratégica para la toma de decisiones y el bienestar favorece el acceso y la cobertura, pues "la utilidad real de la información depende del uso concreto que finalmente hagan de ella aquellos que deciden usarla para confeccionar políticas y tomar decisiones"¹³. Un sistema de información competente no basta por sí solo, debe ir acompañado de una cultura adecuada de generación, procesamiento y utilización de la información.

Mejorar la evaluación y el seguimiento de toda la cadena de comercialización de medicamentos

"El sector de la salud en Colombia cuenta con varios sistemas de información, los cuales frecuentemente no se encuentran integrados; esta situación ha llevado a una duplicación de esfuerzos para la generación de los reportes y, por tanto, a la baja calidad de la información recogida"¹⁴. De acuerdo con lo citado, es preciso mencionar que otro beneficio potencial de la recomendación está dado por el hecho de que en la medida que la información surja de un sistema de datos del mercado farmacéutico, este se convierte en un instrumento de control social para hacer seguimientos en todos los tramos de la cadena comercial e institucional.

RECOMENDACIÓN 3.6

Medir los potenciales ahorros que tendría el sistema de salud con la compra centralizada de medicamentos requiere determinar la enfermedad huérfana sobre la cual se trabajará y el tipo de tratamiento a adquirir, lo cual solo es posible hasta tanto se analice en el contexto colombiano la incidencia, prevalencia o costo de tratamiento, de acuerdo con la decisión del regulador, en este caso el MSPS.

Ahora bien, en el mundo hay múltiples experiencias exitosas, solo por citar algunas, el caso de Argentina en su reciente implementación de financiamiento mediante la estrategia de riesgo compartido para el tratamiento de atrofia muscular espinal, Brasil que desde el año 2010 efectúa la compra de productos estratégicos como medida de ahorro de recursos públicos respecto de medicamentos que representan un alto impacto en los costos para el sistema de salud y España que reguló desde 2010 este proceso y sobre el cual ha dado progresivamente lineamientos normativos para su cumplimiento que involucran aspectos técnicos, operativos y jurídicos necesarios para efectuar las compras.

En este sentido, los beneficios para el sistema de salud con la implementación de la compra centralizada para enfermedades huérfanas, en el contexto colombiano son:

1. Aprovechar las economías de escala para obtener mejores precios con la industria farmacéutica, operadores logísticos de medicamentos, gestores farmacéuticos e

¹² OPS/OMS - PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h>.

¹³ Tomado de Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (21): 85-100, julio-diciembre de 2011,

¹⁴ Figueredo De Pérez, D. A., & Vargas-Chaves, I. (2020). El acceso a medicamentos en Colombia y los contornos de un derecho y una política farmacéutica a medio camino. Justicia, 25(37), 125-150. <https://doi.org/10.17081/just.25.37.3528>,

instituciones prestadoras de servicios de salud, para favorecer las condiciones de negociación y disminuir la intermediación ya que se pueden simplificar los procesos administrativos y de logística en términos de almacenamiento, transporte, distribución y administración.

2. Concertar con las sociedades científicas los medicamentos que deben ser utilizados en el tratamiento de las enfermedades huérfanas, de tal manera que se garantice previo al inicio de cada tratamiento médico el cumplimiento de los protocolos de vigilancia en salud pública de acuerdo con los lineamientos dados por el INS, lo cual incluye la certeza diagnóstica e idoneidad de los especialistas médicos facultados para realizar este tipo de diagnósticos dada la complejidad de este grupo de enfermedades, reduciendo la variabilidad terapéutica y garantizando estándares de calidad comunes.
3. Asegurar la disponibilidad y el abastecimiento de los medicamentos en un grupo poblacional especialmente protegido por la Ley, así como el acceso oportuno una vez realizado el diagnóstico, reduciendo las barreras actuales para el suministro efectivo y en consecuencia los costos asociados a las complicaciones por falta de tratamiento, adherencia y seguimiento.

RECOMENDACIÓN 4.2

La definición de las responsabilidades en la atención de la población migrante con estatus irregular no genera costos adicionales para el sistema de salud, sin embargo, por la inflexibilidad en la destinación en los recursos del sector, la posibilidad del uso de las rentas cedidas de los impuestos de los licores y cervezas generará ahorros en los recursos del presupuesto general de la nación y beneficios en una mejor asignación de las rentas disponibles.

De acuerdo con la normatividad vigente los recursos de los impuestos de los licores y cervezas se destinan un 25% al funcionamiento de las secretarías de salud, 50% al aseguramiento a través del régimen subsidiado y el 25% a la atención de la población colombiana no afiliada (PPNA). En este sentido, la propuesta busca hacer uso de las rentas generadas por los impuestos de licores de las entidades territoriales que no están siendo empleadas en la atención de PPNA y en tal sentido, por la destinación específica hoy no tienen uso, permitiendo asignar dichos recursos a la atención de la población migrante no afiliada.

Para el efecto, se analizó la información de registros presupuestales de los años 2020 y 2021 de las fuentes de financiación utilizadas en el pago de la PPNA¹⁵ y una vez comparado con el recaudo del impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos y la cerveza se encuentra que solo se destinó el 12,08% y 7,96% del recaudo, respectivamente, con lo que obtenemos un margen entre el recaudo y uso de 13 o 17 puntos porcentuales que podrían ser destinados a la atención de urgencias de población migrante. Esto se da debido a las inflexibilidades en el uso de las rentas, de esta forma, las entidades territoriales más conservadoras tienen los recursos en los fondos locales de salud dado que no existe marco jurídico donde se haga la destinación exclusiva para el pago de atenciones a población migrante.

¹⁵ En el año 2022 se realizó la implementación de un nuevo catálogo presupuestal y a la fecha no se ha incluido el reporte del sector salud que permita identificar la destinación de los recursos por subcuentas presupuestales para extender el análisis al año 2022.

Tabla 10. Recursos de rentas cedidas destinados a PPNA, COP por año

Año	Recaudo Rentas de impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos y cerveza destinados a Salud.	Recursos destinados a PPNA de rentas cedidas	% Participación de recursos destinados a PPNA
2020	614 012	74 185	12,08%
2021	828 453	65 965	7,96%

Fuente: Cálculos propios. FUT. Fondo Local de salud años 2020-2021

En este sentido la propuesta de destinación del 15% de los recursos de las rentas territoriales del impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos y cerveza destinados a salud equivalen acerca de COP 120 000 millones anuales (USD 30,6 millones). Vale la pena señalar que, las entidades territoriales del orden distrital, salvo el distrito capital, no cuenta con recursos de las rentas de licores, por lo cual es indispensable implementar la recomendación acompañada de una cofinanciación por parte de la nación.

El MSPS mediante la Circular 29 de 2017, requiere mensualmente a las IPS la información de los RIPS de las atenciones brindadas a la población extranjera atendida en cada mes. En particular, para el año 2022 el valor de las atenciones a la población que informó provenir de Venezuela estuvo cerca a los COP 206 670 millones (USD 105,6 millones), con lo cual se puede indicar que se podría atender el pago de una parte importante de las prestaciones¹⁶.

RECOMENDACIÓN 4.3. Y 4.5

La implementación del sistema de información que disponga datos de manera estandarizada para todos los actores del sistema disminuirá los costos de transacción; disminuirá la duplicidad en el reporte al MSPS y Supersalud. Así mismo, con información pública de los contratos, estado de los procesos de auditoría y pagos, se busca reestablecer la confianza entre los actores en las relaciones contractuales.

Por su parte, el costo de desarrollo del SIIFA y facturación electrónica para el MSPS, se están cubriendo con recursos de funcionamiento de la entidad o con proyecto de inversión que se encuentran en ejecución. Por su parte, en los actores (EPS e IPS), el gasto en la implementación de la facturación electrónica ya fue efectuado por los diferentes actores en el año anterior. Ahora bien, los ajustes a la generación de los RIPS dependerá en gran medida de las condiciones de cada IPS y de las condiciones contractuales que tengan con los proveedores de sus soluciones tecnológicas de facturación y generación de los RIPS.

Por último, el reporte de información en los módulos de contratación, glosas y pagos estará en cabeza de las entidades responsables de pago. En los demás módulos de información, no se puede definir un costo, en la medida que aún no se ha presentado por parte del MSPS, la estructura del reporte. Sin embargo, se puede indicar que, en este momento, las diferentes entidades responsables de pago realizan reportes de información tanto a la SNS como al MSPS sobre la contratación de los servicios, reconocimientos y pagos, por lo cual estandarizar los reportes en un solo sistema de información disminuirá los costos asociados.

¹⁶ No se puede establecer el valor final por entidad territorial, toda vez que el reporte de la IPS se hace por ubicación geográfica del prestador y no necesariamente coincide con la entidad territorial responsable del pago.

Hoja de Ruta para la implementación de las recomendaciones de la GET

Esta sección presenta de manera general las recomendaciones que, después de completar el proceso de priorización de políticas públicas propuesto en este documento, superaron los análisis de factibilidad política y operacional y los análisis de relevancia para el sistema de salud y beneficios esperados de cada medida. La Tabla 11 presenta el resumen de recomendaciones para las cuales se completó el proceso de construcción de Hoja de Ruta detallada, después de surtido el proceso completo de priorización. En el documento denominado *Anexo 1: Detalle de la Hoja de Ruta* presenta los detalles de cada una de las propuestas realizadas.

Tabla 11. Recomendaciones priorizadas para la construcción de Hojas de Ruta por dimensión

Dimensión	Recomendación	Inicio	Responsable	Aliado
Prestación de Servicios de Salud	1.1. Desarrollar estrategias tales como conformación de equipos extramurales, fomento a la APS, para favorecer comunidades ubicadas en zonas dispersas o que cuentan con bajo número de instituciones prestadoras de servicios de salud.	2023 - T4	MSPS	DNP
Talento Humano	2.1. 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.	2023 - T4	MSPS	MEN
	2.4. 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.	2023 - T4	MSPS	MEN
Tecnologías en salud	3.1, 3.2 y 3.3. Unificadas. Fortalecer el SISMED, que hace parte integral del SISPRO y convertirlo de manera progresiva en un único sistema de gestión farmacéutica, de carácter público, que permita la trazabilidad de toda la cadena de comercialización desde el productor primario hasta el consumidor final, en donde el reporte de variables abarque tanto el canal institucional como el canal comercial e incluya un módulo para la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas.	2023 -T4	MSPS	INVIMA
	3.6. 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.	2024 - T4	MSPS	ADRES
Financiamiento y Gobernanza	4.2. 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	2023 - T3	MSPS	ADRES

Dimensión	Recomendación	Inicio	Responsable	Aliado
	en el tema de atención a población migrante no regularizada y población no asegurada.			
	4.3. y 4.5. Unificadas. 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. Así mismo, apoyar la generación de e 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.	2023 - T3	MSPS	DNP

*T: Trimestre

Es importante resaltar que la lógica que guió la construcción de cada recomendación de Hoja Ruta fue la identificación de acciones puntuales que, de manera secuencial, permitieran alcanzar el objetivo de política y el despliegue de instrumentos para su consecución por parte del responsable y sus aliados.

Conclusiones, sostenibilidad y transición

CONCLUSIONES

- En general la aplicación de la GET en Colombia ha permitido ampliar la discusión técnica y política alrededor de la pregunta ¿cómo optimizar los recursos del sistema de salud colombiano para que se pueda ampliar el rango de acción del sector sin necesariamente requerir mayores esfuerzos financieros? Al mismo tiempo, la metodología propone una manera sistemática de responder la pregunta anteriormente enunciada y organizar acciones específicas que resuelvan problemas concretos identificados.
- El proceso de adaptación e implementación de la GET en Colombia contempló desde un comienzo la necesidad de plantear recomendaciones de política pública que tuvieran un fuerte énfasis en el componente de operación y puesta en marcha de las acciones. En este sentido, tanto en la Fase I, con actores del sector y el acompañamiento del Gobierno Nacional, así como en la Fase II donde se realiza la priorización de las recomendaciones, los factores asociados al tiempo, capacidad requerida y ambiente político de las recomendaciones fueron insumos importantes para al final construir la propuesta de plan de acción puntual denominada Hoja de Ruta.
- La primera fase de la implementación de la GET en Colombia derivó en 22 recomendaciones agrupadas en las dimensiones de Prestación de Servicios de Salud, Talento Humano en Salud, Tecnologías en Salud y Financiamiento y Gobernanza. Entendiendo la importancia de hacer operativa la implementación de recomendaciones, esta segunda fase de la implementación de la GET en Colombia desarrolló una metodología de priorización de opciones de política pública y la aplicó a las recomendaciones planteadas en la fase I.
- La priorización de recomendaciones de la GET en Colombia se basó en un proceso secuencial de análisis que tuvo el siguiente orden: etapa 1) análisis de los impactos en el sistema de salud de cada recomendación, así como su viabilidad política y articulación con agenda del Gobierno; etapa 2) análisis de la factibilidad operacional de las recomendaciones donde se analiza la posibilidad de implementar los cambios y se da prioridad a aquellas que tenga ganancias tempranas. Por último, análisis de costos,

beneficios y ahorros potenciales de implementarse la recomendación planteada. Para cada una de estas fases de análisis se definieron criterios de priorización para seleccionar las recomendaciones con mayor factibilidad de ser implementadas. Por último, se diseñó para cada recomendación priorizada una Hoja de Ruta que muestra un el conjunto de acciones que se recomienda seguir para materializar la opción de política pública.

- Se hace evidente la necesidad de avanzar en la articulación de las políticas públicas de salud y la educación basada en competencias. Es recurrente en las dimensiones de prestación de servicios que sea necesario desarrollar estrategias en el marco del Sistema Nacional de Cualificaciones y del Marco de Competencias para la Cobertura Universal en Salud.
- Las modificaciones a contenidos de los currículos de carreras profesionales son necesarias, pero operativamente complejas, en tanto, recaen en cabeza de la IES. Sin embargo, constituye una prioridad avanzar en las mesas de discusión con estos actores privados y públicos que permitan alinear la producción del THS a las necesidades en salud.
- Es necesario hacer más énfasis en las discusiones al respecto de los perfiles técnicos y tecnológicos ya que son un THS complementario que es menos costoso de formar, en términos de tiempo y recursos, y que, en consecuencia, pueden ayudar a cerrar brechas en un contexto de escasez de THS profesional.
- En la dimensión de Financiamiento y Gobernanza del sector las recomendaciones van encaminadas a la optimización del uso de los recursos a través de dos intervenciones generales: primero, mejorar el uso de la información para dar cuenta de los procesos de relacionamiento contractual entre los actores y, de esta manera, incrementar la transparencia de las transacciones del sector. Segundo, avanzar en la generación de consensos alrededor de la distribución de competencias territoriales y de la nación en lo relacionado a la atención de población migrante no asegurada, las fuentes de recursos destinadas para su cobertura y los usos permitidos de los mismos.

SOSTENIBILIDAD Y TRANSICIÓN

- La implementación de la metodología GET amplía el acervo de herramientas de política con las que cuenta el MSPS para analizar cambios y desarrollos en el sistema de salud; en este sentido, esta es una metodología replicable que puede ser usada para impulsar cambios en el sector y generar consensos con los actores del mismo.
- La construcción de la Hoja de Ruta propuesta en este documento facilitará la implementación de cada una de las recomendaciones por parte del MSPS y DNP. La discusión entre los actores del sector salud que resultó por esta intervención ha servido para alinear las expectativas y definir sus roles en torno a que las iniciativas se concreten en el corto y mediano plazo, produciendo una mejora sostenible en la eficiencia del sistema de salud.

Bibliografía

- Ahmad, Ehtisham; García-Escribano. (2010). "Economía política de la descentralización y gobernabilidad", *La alternativa local. Descentralización y desarrollo económico*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo – BID. p. 203.
- Álvarez, C; JAramillo, C; Giraldo, A. (2018). Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. *Educ Med*. 19(S2): 179-186
- Assegaai, T., Reagon, G., & Schneider, H. (2018). Evaluating the effect of ward-based outreach teams on primary healthcare performance in North West Province, South Africa: A plausibility design using routine data. *SAMJ*, 108(4), 329-335.
- 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. 2023. *Informe final: Estrategias para la optimización de recursos en el SGSSS*. Rockville, MD: Abt Associates.
- Baron-Leguizamon, Gilberto. (2022). Composición y evolución del gasto en salud de Colombia y su financiamiento en el periodo 2013-2018. *Rev. salud pública* [online]. 2022, vol.24, n.1, pp.1-. Epub Aug 19, 2022. ISSN 0124-0064. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n1/0124-0064-rsap-24-01-e303.pdf>
- Bonet, J. Perez, G, Ayala, J)2014). Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. *Documentos de trabajo sobre economía regional*, No. 205 Banco de la República.
- Center for Disease Control and Prevention. (2022). *Office of Policy, Performance and Evaluation*. Retrieved July 2023, from Policy Analysis: <https://www.cdc.gov/policy/polaris/policyprocess/policyanalysis/index.html>
- Colombia Aprende. (s.f.). *Marco Nacional de Cualificaciones*. Retrieved July 2023, from Sobre el MNC: <https://especiales.colombiaaprende.edu.co/mnc/index.html>
- Cuccia, L., Chadwick, J., Hassan, A., Kim, A., Sivarajan, R., & Wong, V. (2020, September 19). Costa Rica's Health Care Reform: Impact and Success of the EBAIS Model. *McGill Journal of Global Health*, 8.
- Goula A. Rizopoulos T, Stamouli MA, Kelesi M, Kaba E, Soulis S. Internal Quality and Job Satisfaction in Health Care Services. *Int J Environ Res Public Heal*. 22 Jan 28; 19(3):1496. doi: 10.3390/ijerph19031496. PMID: 35162517; PMCID: PMC8835078
- Europea, e. U. (2017). *Herramientas de Europass*. Retrieved July 2023, from El Marco Europeo de Cualificaciones (MEC): <https://europa.eu/europass/es/herramientas-de-europass/el-marco-europeo-de-cualificaciones>
- Ministerio de Educación de Colombia. (2022, June). *Marco Nacional de Cualificaciones*. Retrieved July 2023, from Marco Nacional de Cualificaciones" apuesta de país por los aprendizajes pertinentes y las trayectorias educativas y laborales (nota técnica): https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-363488_recurso_31.pdf

- Ministerio de Salud de Chile. (5 de Agosto de 2015). Información para Becarios. Santiago de Chile, Chile.
- OECD. (2007, April 13). Retrieved July 2023, from Education and Training Policy: <https://www.oecd.org/education/innovation-education/33977045.pdf>
- OCDE. (2020, May 30). *OECD iLibrary*. Retrieved August 2022, from OECD: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en
- OECD. (2017). *OECD Review of Health Systems: Costa Rica 2017*. Paris: OECD Publishing.
- Organización Internacional del Trabajo. (2012, September 18). Retrieved July 2023, from ¿Qué es el análisis ocupacional?: <https://www.oitcinterfor.org/p%C3%A1gina-libro/7-%C2%BFqu%C3%A9-an%C3%A1lisis-ocupacional#:~:text=La%20OIT%20en%20su%20glosario,t%C3%A9cnicos%20que%20constituyen%20una%20ocupaci%C3%B3n>.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado Septiembre 2023, desde 8 Principios para la transformación digital del sector salud: <https://www.paho.org/es/8-principios-para-transformacion-digital-sector-salud>.
- Scottish credit and qualifications framework. (2017). Retrieved July 2023, from The SCQF interactive framework: <https://scqf.org.uk/about-the-framework/interactive-framework/>
- Schneider, H., Besada, D., Sanders, D. (2018). Ward-based primary health care outreach teams in South Africa: developments, challenges and future directions.
- Suarez, R., Zamora, S., Conte, G., Olarte, & Fernanda, M. (2012). *Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de Atención Primaria en Salud y redes integradas de servicios de salud en los niveles territoriales*. Informe final Convenio 485 OPS/OMS, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.
- Tangcharoensathien, V., Mills, A., Bordia Das, M., Patcharanarumol, W., Buntan, M., & Johns, J. (2018, October 25). Addressing the health of vulnerable populations: social inclusion and universal health coverage. *Journal of global health*, 8(2).
- UNESCO. (2016). Retrieved July 2023, from Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the implementation of Sustainable Development Goal 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656>
- USAID (s.f). The Health Systems Technical Efficiency Guide. <https://www.hfgproject.org/technical-efficiency-guide/>
- Vaughan, k., Kok, M., Witter, S., Dieleman, M (2015). Cost and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review.
- World Health Organization. (2018). Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes. World Health Organization.

ANEXOS

A continuación, se presentan la lista de anexos técnicos que contiene detalle sobre las recomendaciones priorizadas, impactos en el sistema de salud y factibilidad política, así como el detalle de la Hoja de Ruta propuesta:

Anexo 1: Detalle de la Hoja de Ruta

Anexo 2: Recomendaciones Etapa 1 de la implementación de la Guía de Eficiencia Técnica de USAID en Colombia

Anexo 3: Impactos en el sistema de salud y factibilidad política