

Escuela de
**Finanzas, Economía
y Gobierno**

Logros y desafíos en el sistema de salud colombiano

Jesus Botero García Daniel Medina Gaspar

7 de Octubre de 2022

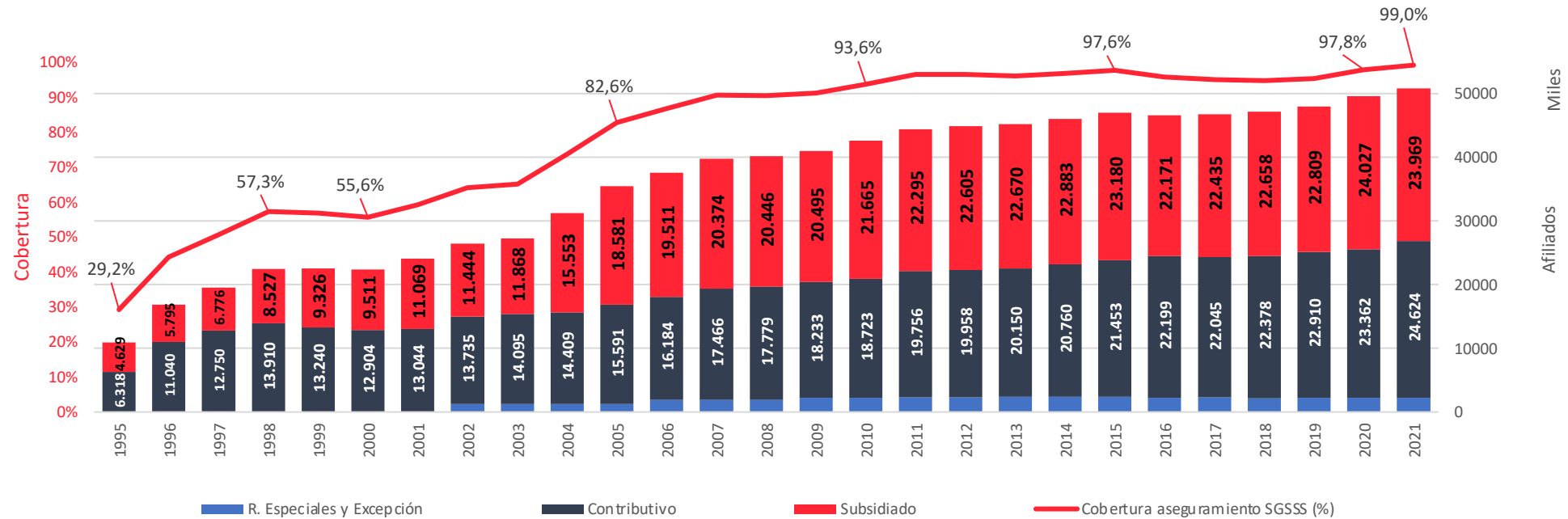
**Escuela de Finanzas, Economía y Gobierno
Universidad EAFIT**

Agenda

- Logros del sistema.
- Los grandes retos.
- Las tendencias.
- Oportunidades de mejora.
- Cómo aprovechar oportunidades de mejora.
- Aunando esfuerzos: el papel del Estado y las organizaciones empresariales.

Logros del sistema

Afiliación y cobertura total (1995-2021)

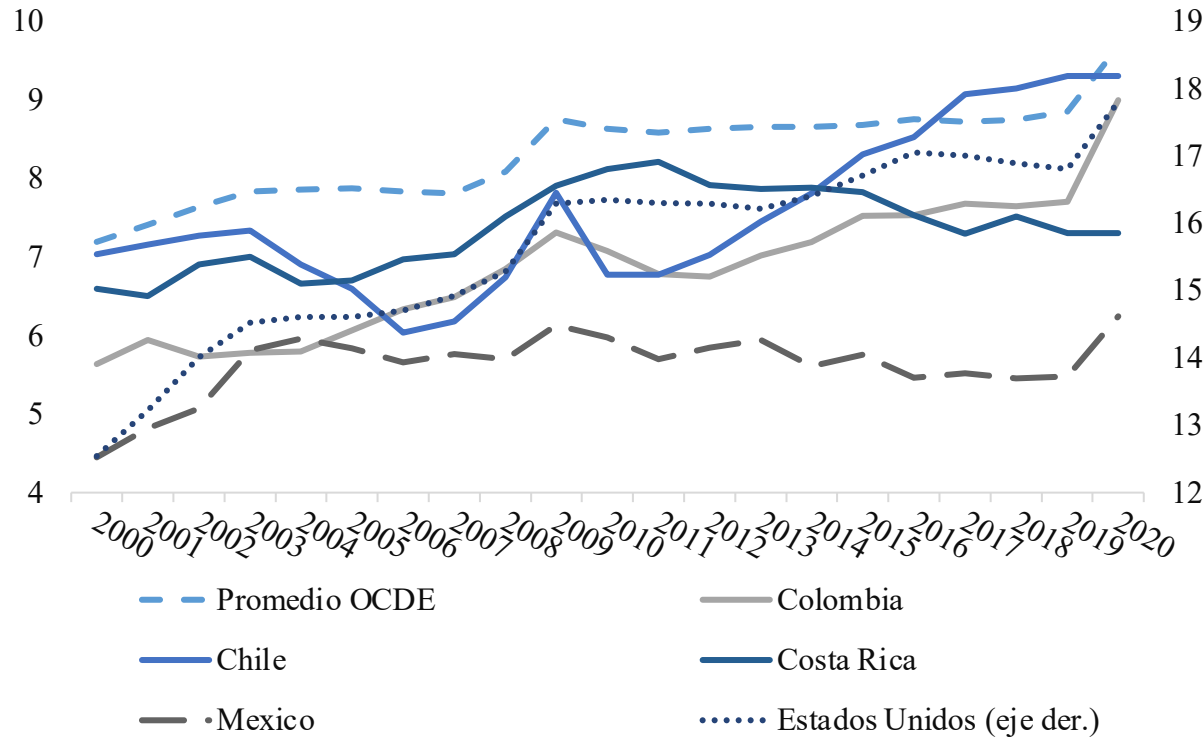


Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018).
Cálculos Dir. Aseguramiento - MSPS

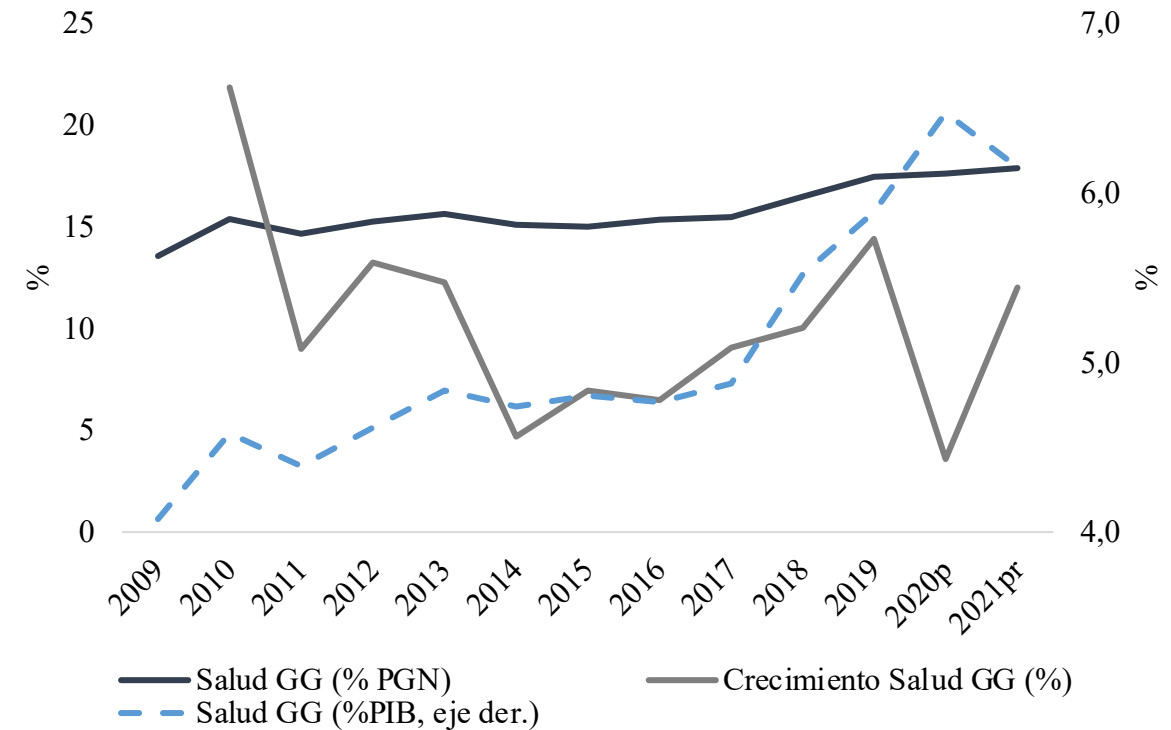
- Entre 2008-2021 el contributivo ha tenido un crecimiento del 38% en sus afiliados. Siendo Bogotá (9.7%), Antioquia (7.4%), Cundinamarca (4.8%) y Valle (2.9%) los departamentos que más han contribuido a este crecimiento.
- El régimen subsidiado ha tenido un menor crecimiento en el mismo periodo de tiempo, 17%. La región del norte del país es la de mayor peso en este crecimiento: Atlántico (2.5%), Bolívar (1.7%)
- La razón subsidiado/contributivo viene cayendo desde su mayor pico en 2006 (1.2), en 2020 se ubicó en 1.02.

Resultados del sistema: avances

Gasto en Salud como porcentaje del PIB en países de la OECD y evolución



Fuente: OECD.Stats.

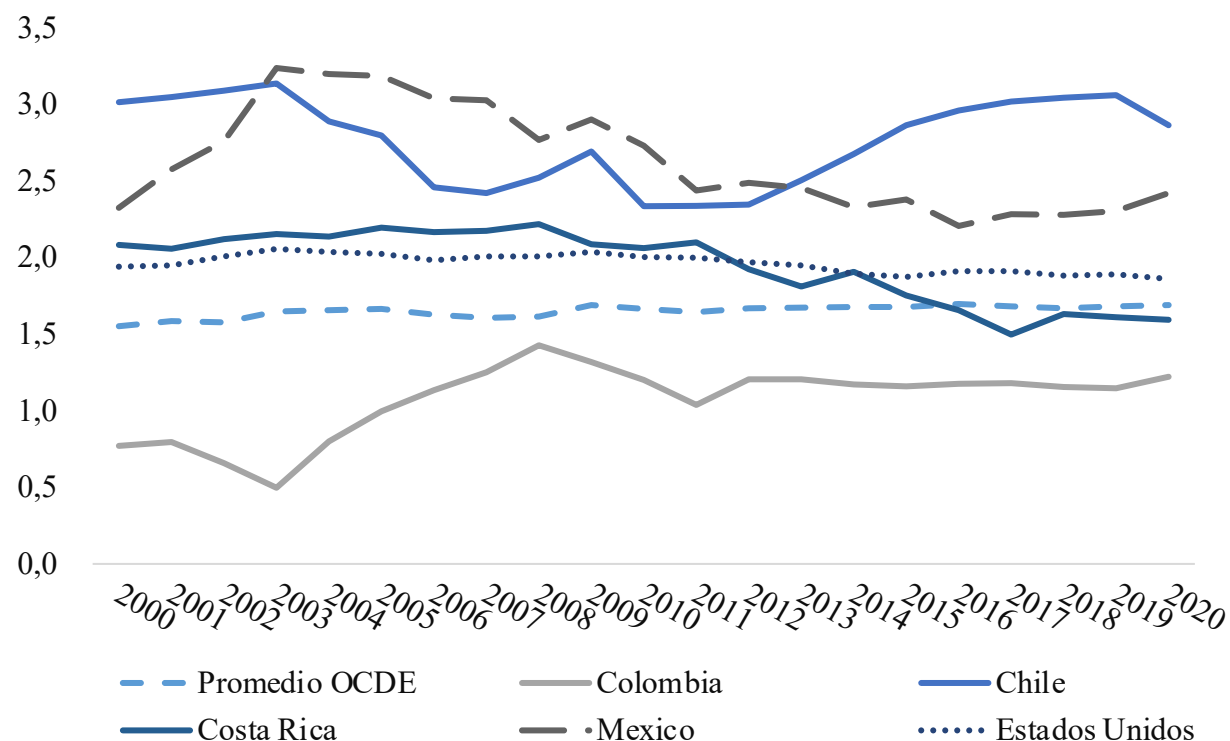


Fuente: Dane, cuentas nacionales.

- El gasto en salud (% PIB) comparado con OCDE, fue bajo antes de pandemia. Sin embargo, el ritmo de crecimiento ha sido relativamente alto en los últimos años, ganando 1 p.p. de 2012-2019 y 1.3 p.p. en 2029. En cuanto al gasto del GG (% PGN), este ha aumentado 2.2 p.p. entre 2012-2019 y 0.4 p.p. entre 2019-2021.

Logros del sistema

Gasto del Bolsillo en Salud como porcentaje del PIB en países de la OECD



Fuente: OECD.Stats.

- El gasto de bolsillo en Colombia es muy bajo comparado con la OCDE y otros pares. Esto implica que los usuarios están protegidos por el sistema financieramente ante la incertidumbre del gasto en salud.

Logros del sistema

Calidad vs costo per cápita (1995-2021)

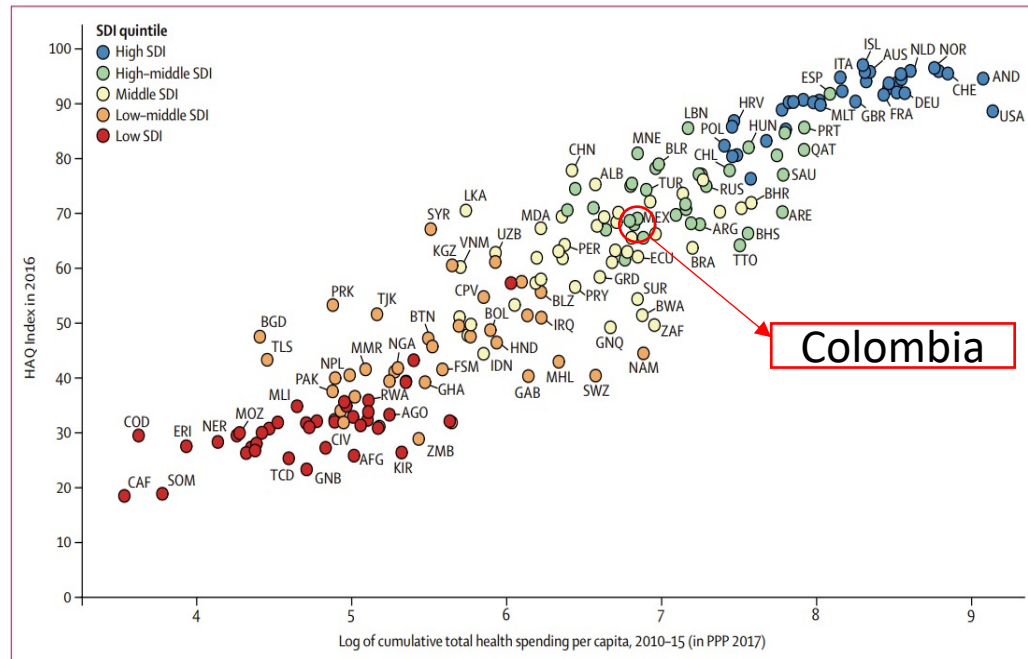
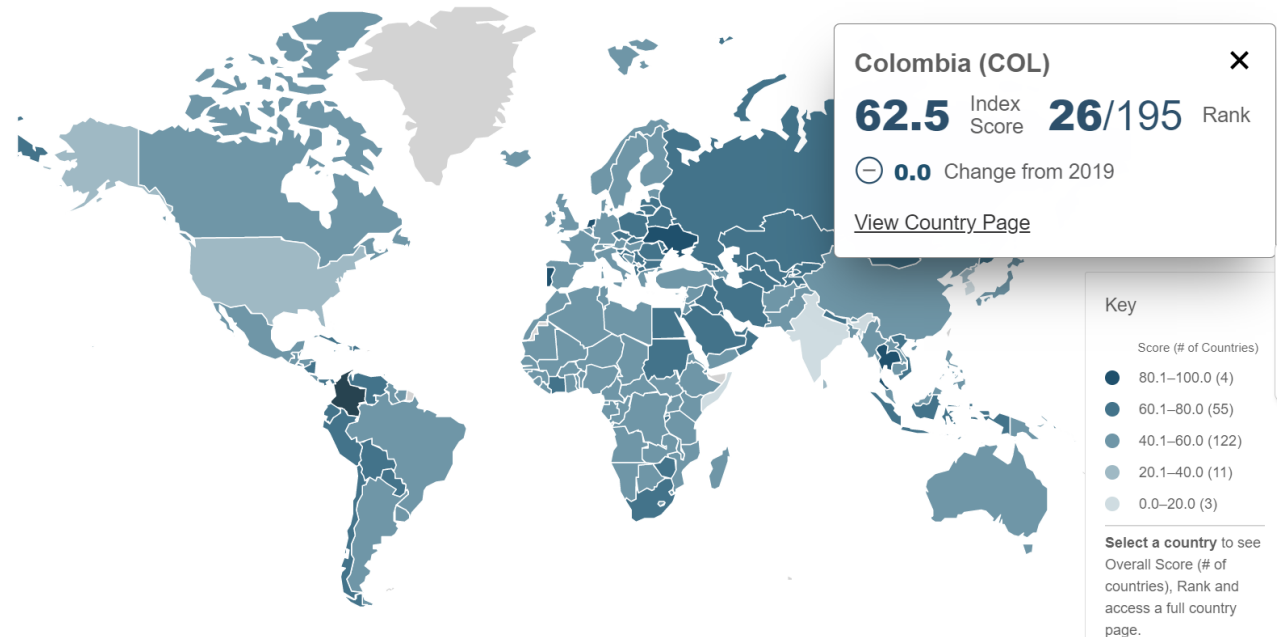


Figure 6: Comparing the HAQ Index in 2016 to the log of cumulative total health spending per capita, 2010-15

Total health spending per capita is based on the cumulative per capita spending from 2010 to 2015 in purchasing power parity (PPP) for 2017. Countries and territories are colour-coded by their SDI quintile, and are abbreviated according to their ISO3 codes, which are listed in the appendix (pp 90-95). HAQ Index=Healthcare Access and Quality Index. SDI=Socio-demographic Index.

Índice de acceso a salud

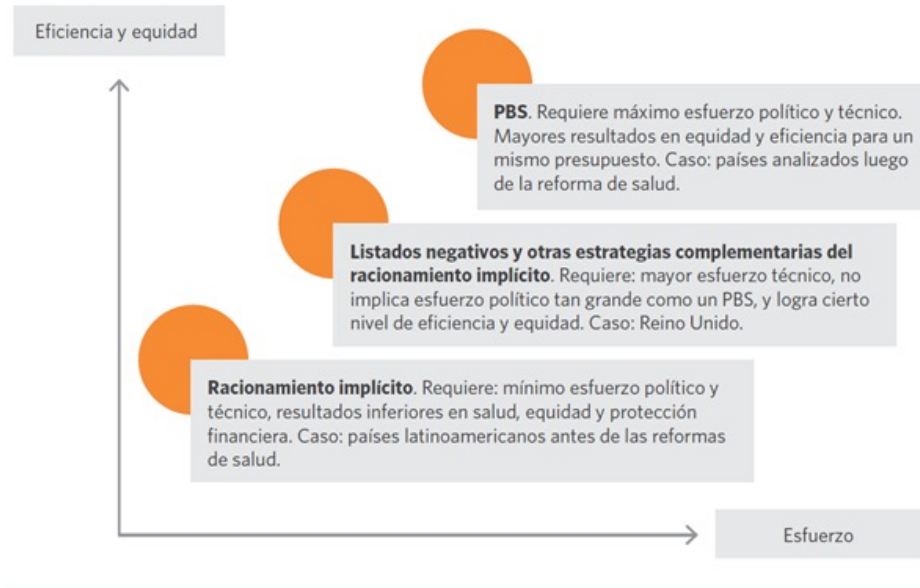


Fuente: <https://www.ghsindex.org/>

Fullman, N. et al (2018). Copyright © 2018 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license [Terms and Conditions](#)

Logros del sistema

Esquema 1.1 Dilemas entre esfuerzo y eficiencia-equidad



Fuente: Elaboración propia.

Colombia hoy presenta un sistema de lista negativa en el marco de un PBS. Otros países que funcionan de manera similar son Reino Unido y parcialmente Holanda.

Según Giedion et al. (2014):

- Argentina, Chile, Guatemala, México, Perú y Uruguay utilizan listas positivas en sus PBS,
- Brasil, Colombia, Costa Rica son abiertos
- Si bien en Chile y Uruguay, hay lista positiva el sistema tiende a ser integral. México y Perú también, pero un poco más restringido.

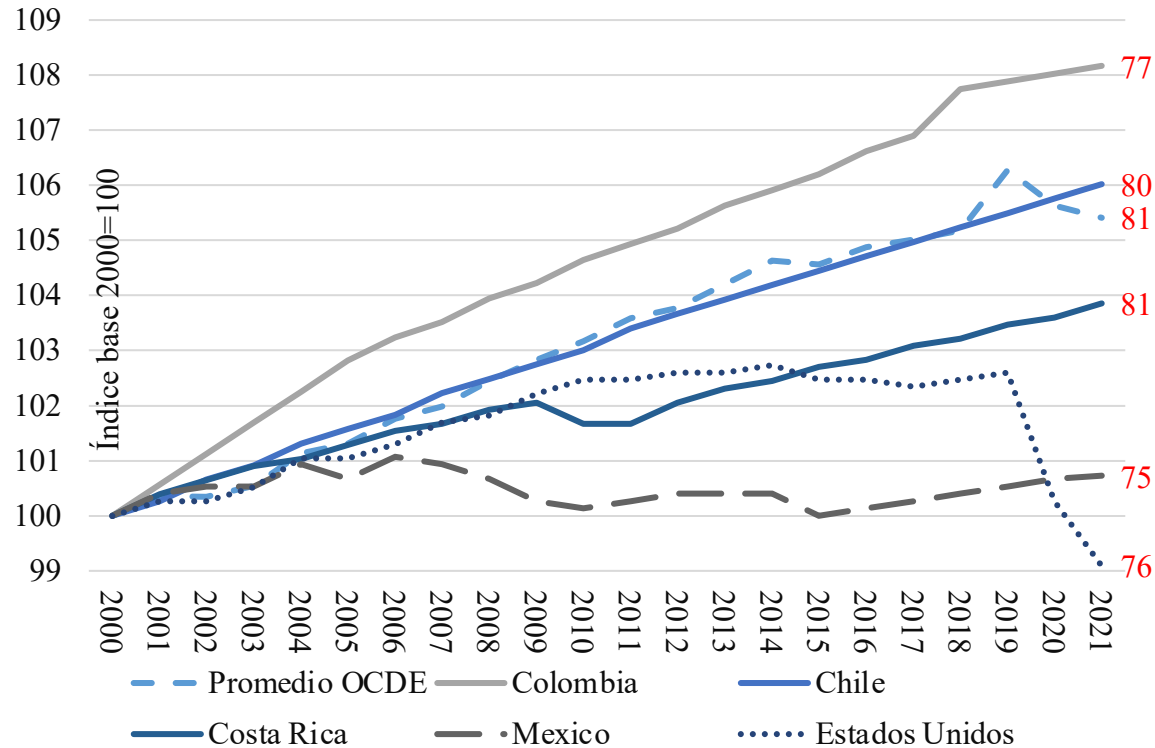
El sistema hacía que el converja Colombia si bien implica **un mayor esfuerzo, también implica mejores resultados en eficiencia y equidad.**

Giedion et al. (2014)

Logros del sistema

Índice de expectativa de vida

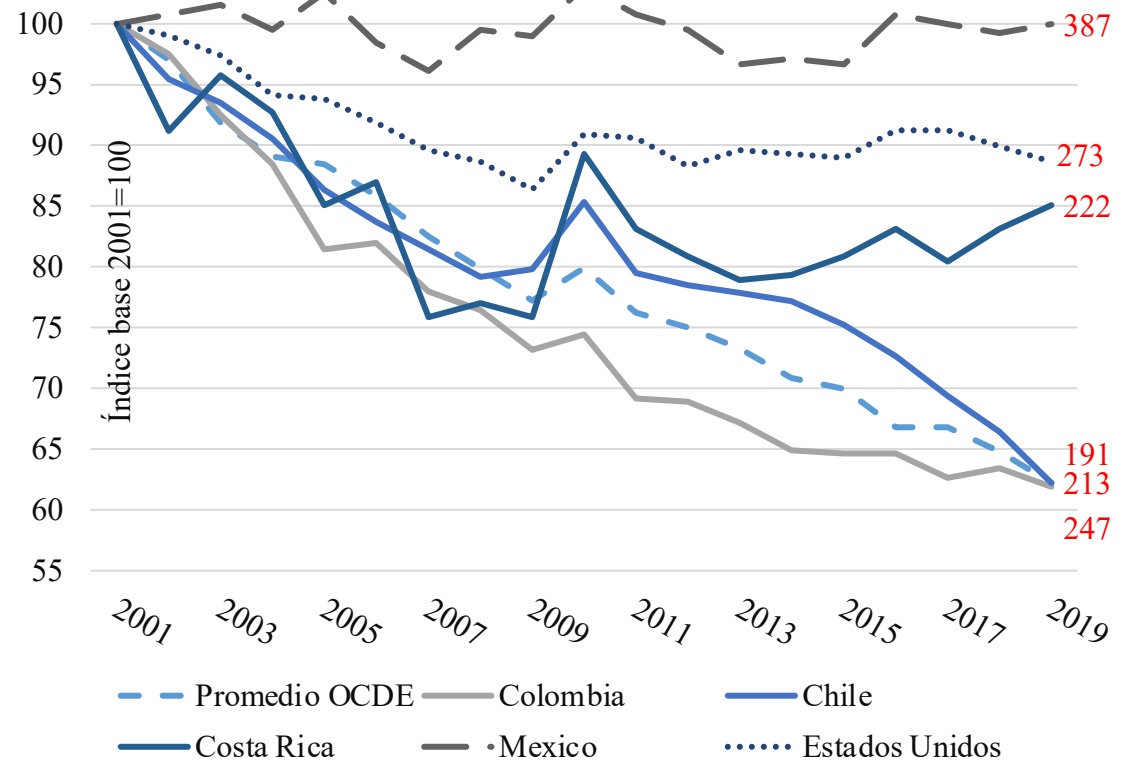
Años promedio desde el nacimiento (en rojo 2021)



Fuente: OECD.Stats.

Índice mortalidad evitable (prevenible + tratable)

Muertes por cada 100.000 habitantes (en rojo 2019)

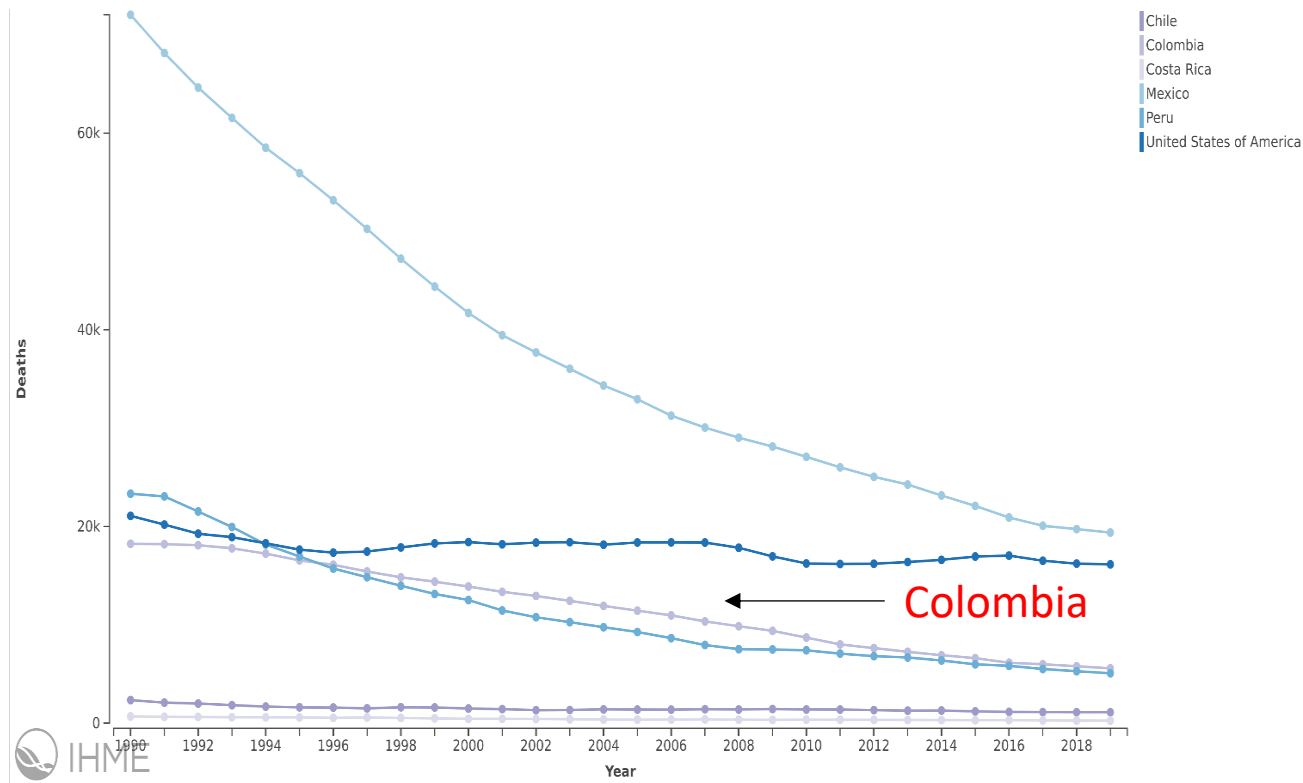


Fuente: OECD.Stats.

- En 21 años tiene mejor crecimiento en expectativa de vida (68 → 77 años, 6%) y la mortalidad evitable se ha reducido sustancialmente (389 → 247 m., -37%), con respecto al promedio OCDE, y algunos países – pares.

Logros del sistema

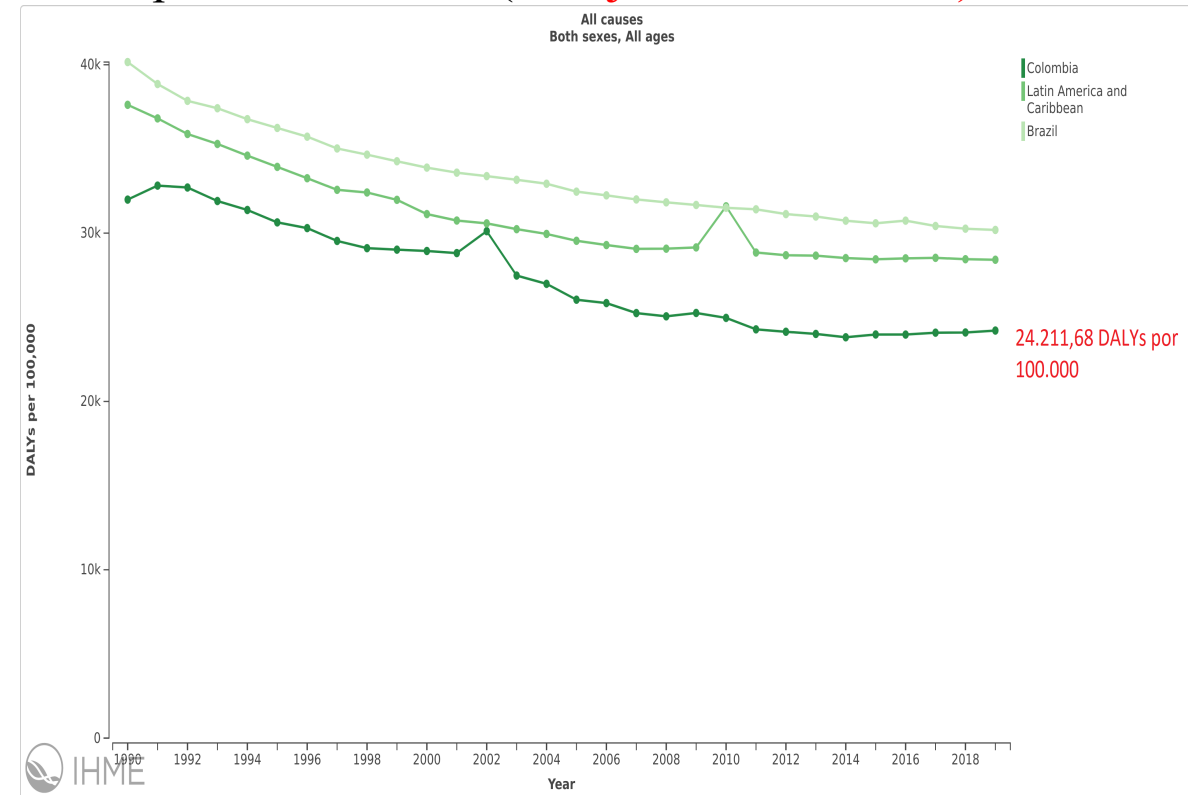
Muertes por malnutrición infantil y materna



Fuente: IHME.

Años de vida perdidos por incapacidad o enfermedad, DALY's.

Años por cada 100.000 (en rojo Colombia 2019)

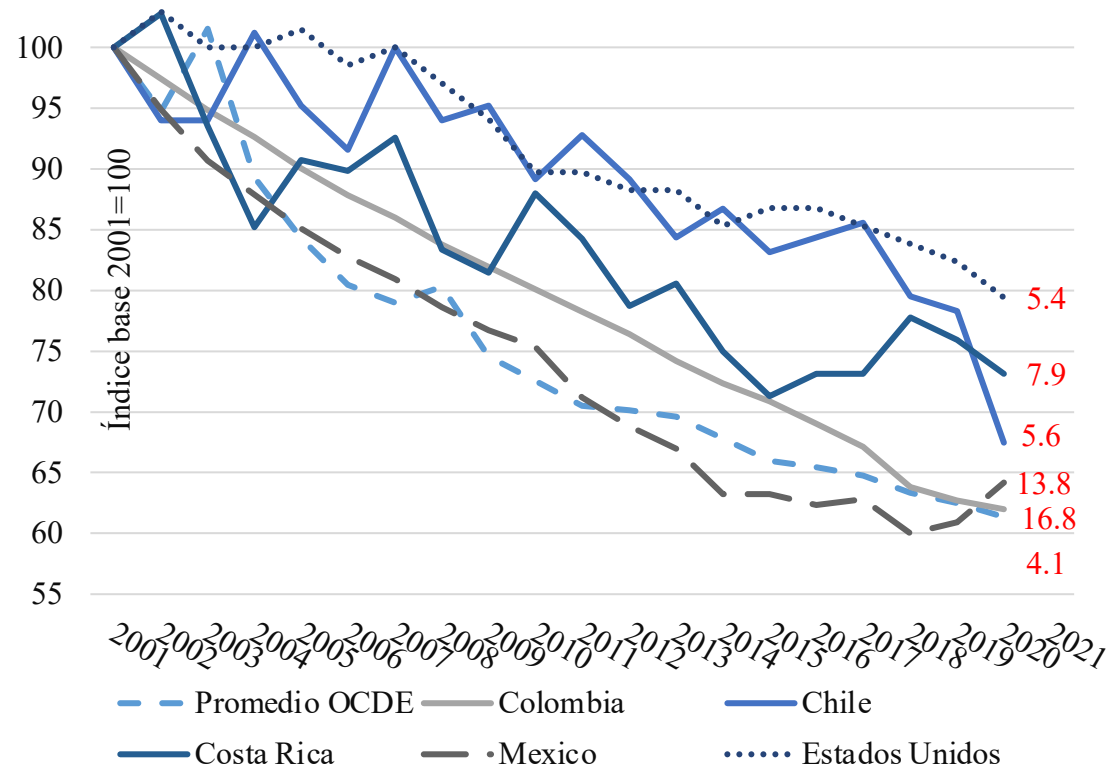


Fuente: IHME.

Logros del sistema

Índice de mortalidad infantil

Muertes por 1000 nacimientos (en rojo 2020)



Fuente: OECD.Stats.

- Asimismo, Colombia muestra uno de los mejores rendimientos en reducción de la mortalidad infantil y maternal. Sin embargo, los niveles son significativamente altos con respecto a este grupo de países.

Los grandes retos: Capital humano

Número de Médicos por cada mil habitantes en países de la OCDE (2017)

7,0

6,0

5,0

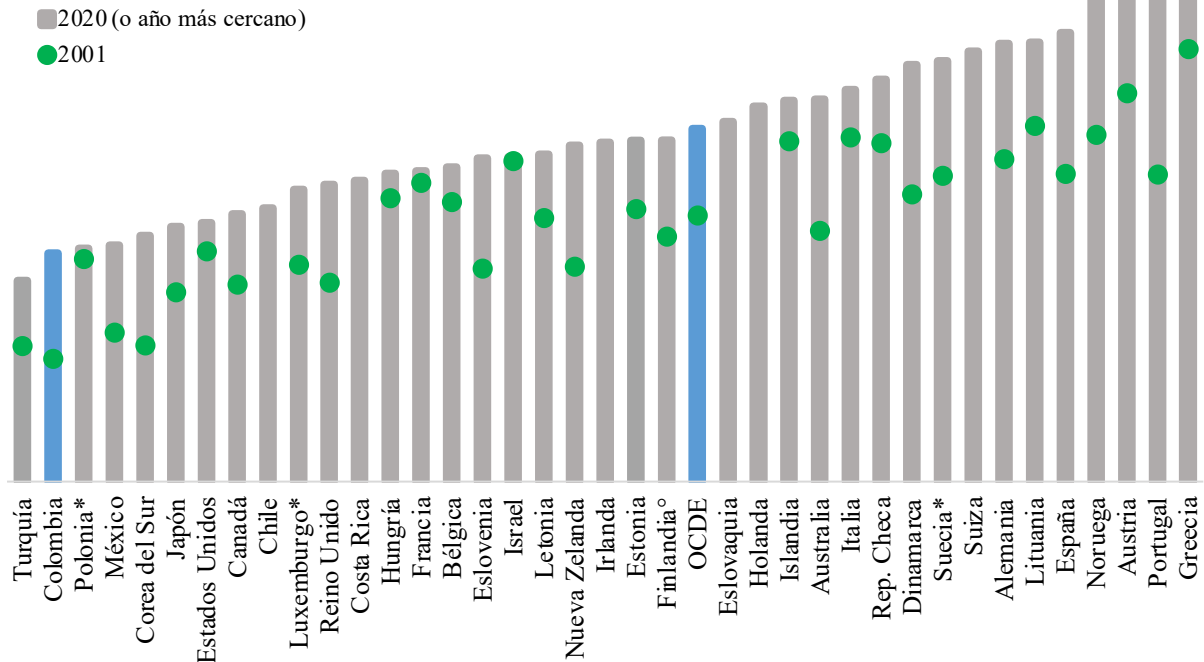
4,0

3,0

2,0

1,0

0,0



Número de personal de enfermería por cada mil habitantes en países de la OCDE (2017)

20,0

18,0

16,0

14,0

12,0

10,0

8,0

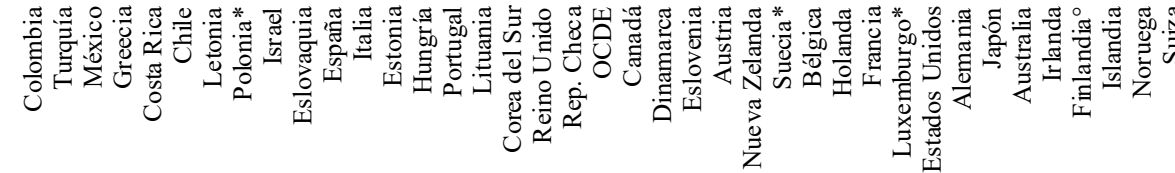
6,0

4,0

2,0

0,0

■ 2020 (o año más cercano)
● 2001



- Uno de los grandes retos que tiene el sistema es mejorar su personal disponible. Tanto en médicos como enfermería, Colombia se encuentra en los últimos lugares con Turquía. En 20 años no ha mejorado significativamente esta posición.

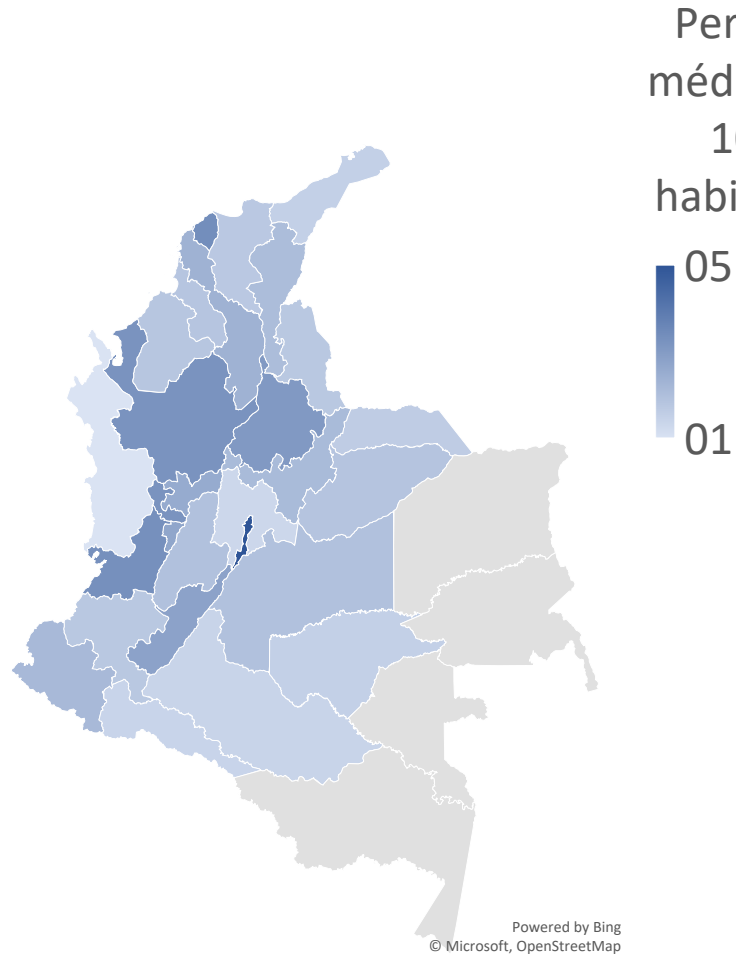
Fuente: OECD.Stats.

Inspira Crea Transforma

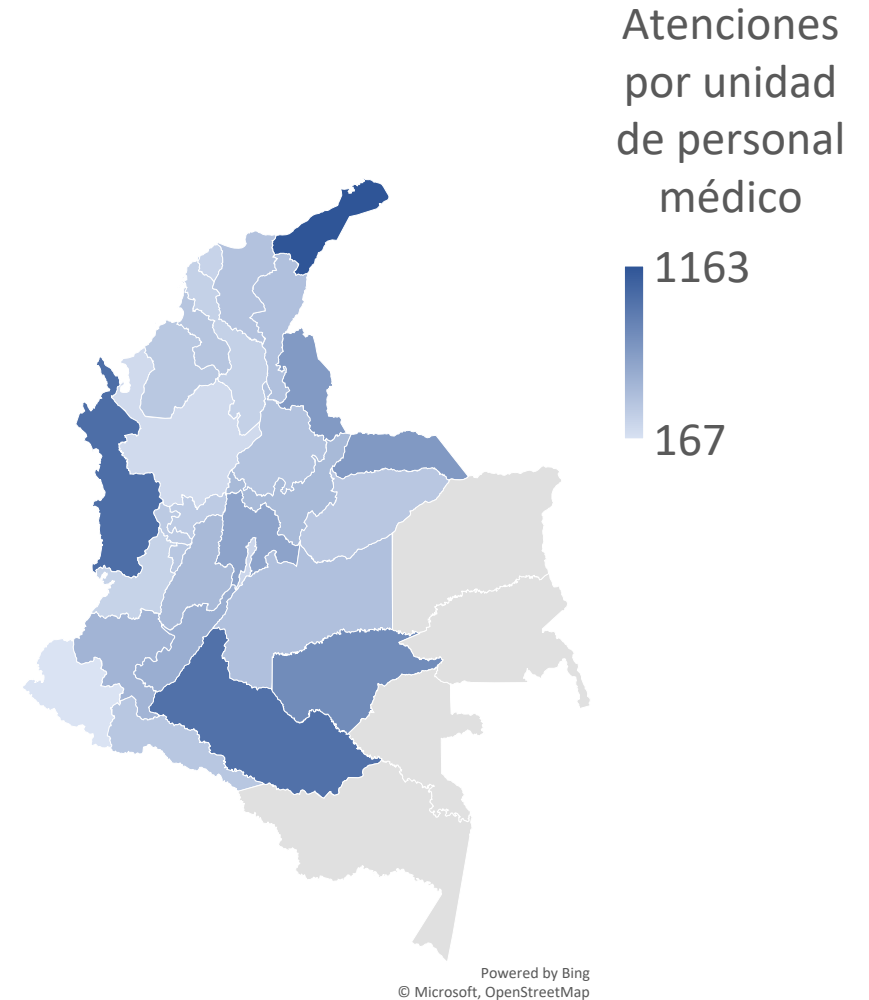
Vigilada Mineducación

UNIVERSIDAD
EAFIT

Los grandes retos: Personal médico por regiones

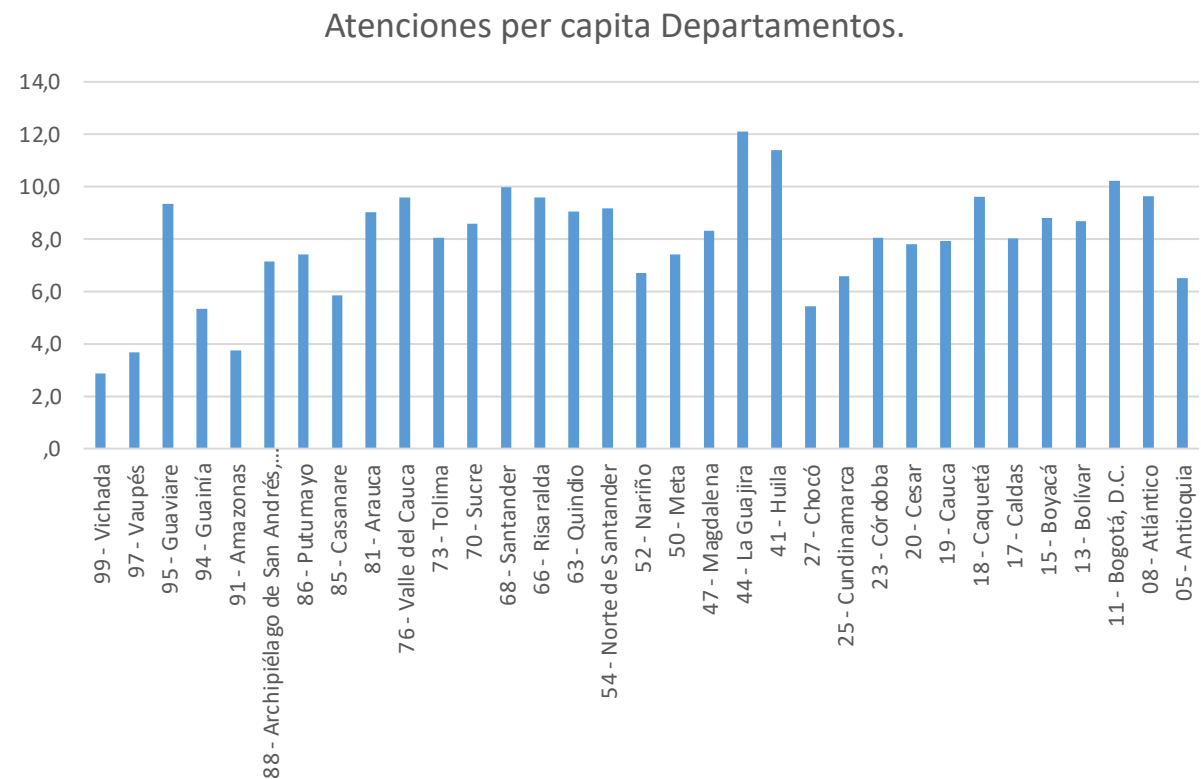


- Los departamentos con ciudades principales concentran más personal médico por 1000 habitantes.
- En cuanto atenciones, se evidencia una mayor intensidad por médico en estas zonas.



Los grandes retos: divergencias regionales

Diversidad regional. Atenciones per cápita

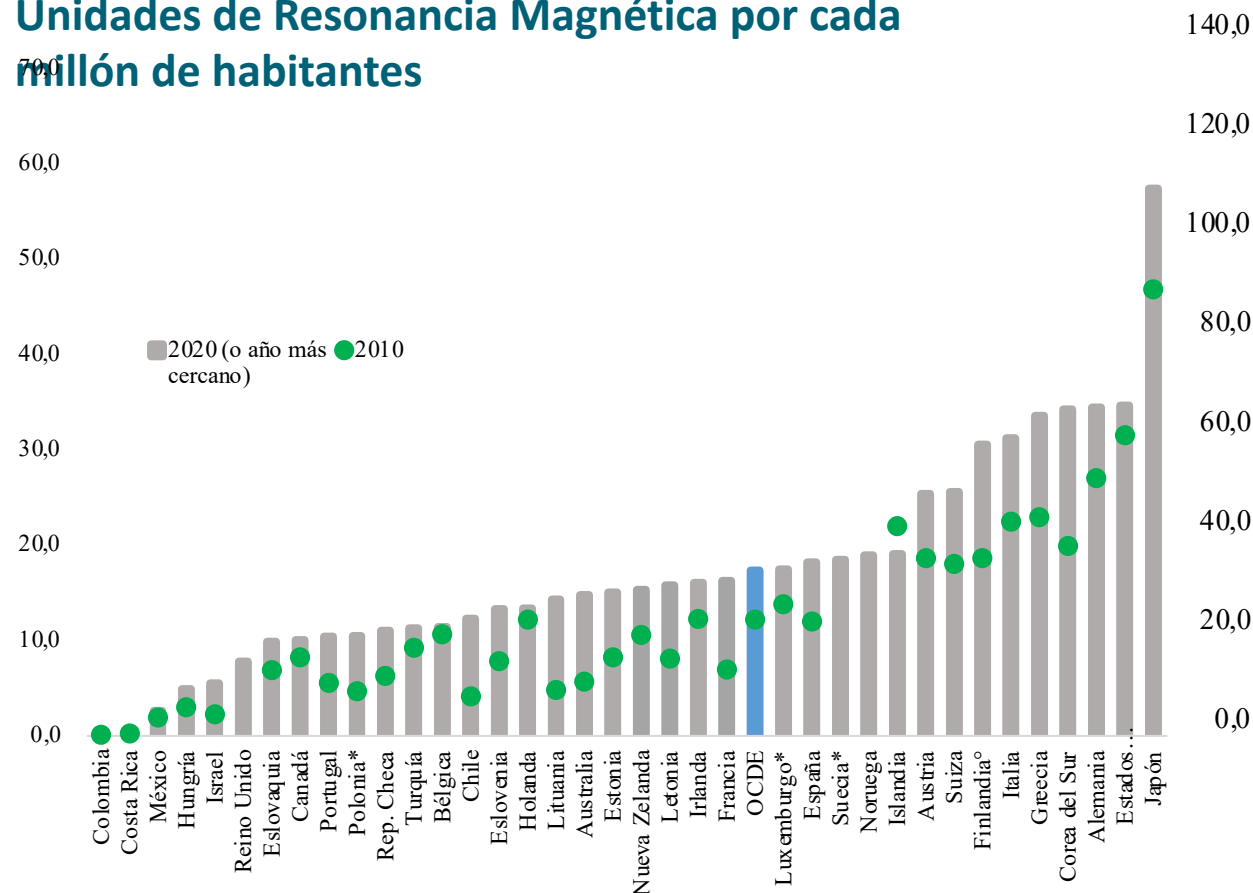


Fuente: SISPRO. DANE

Los grandes retos: capacidad instalada

Tomografías computarizadas por cada millón de habitantes

Unidades de Resonancia Magnética por cada millón de habitantes



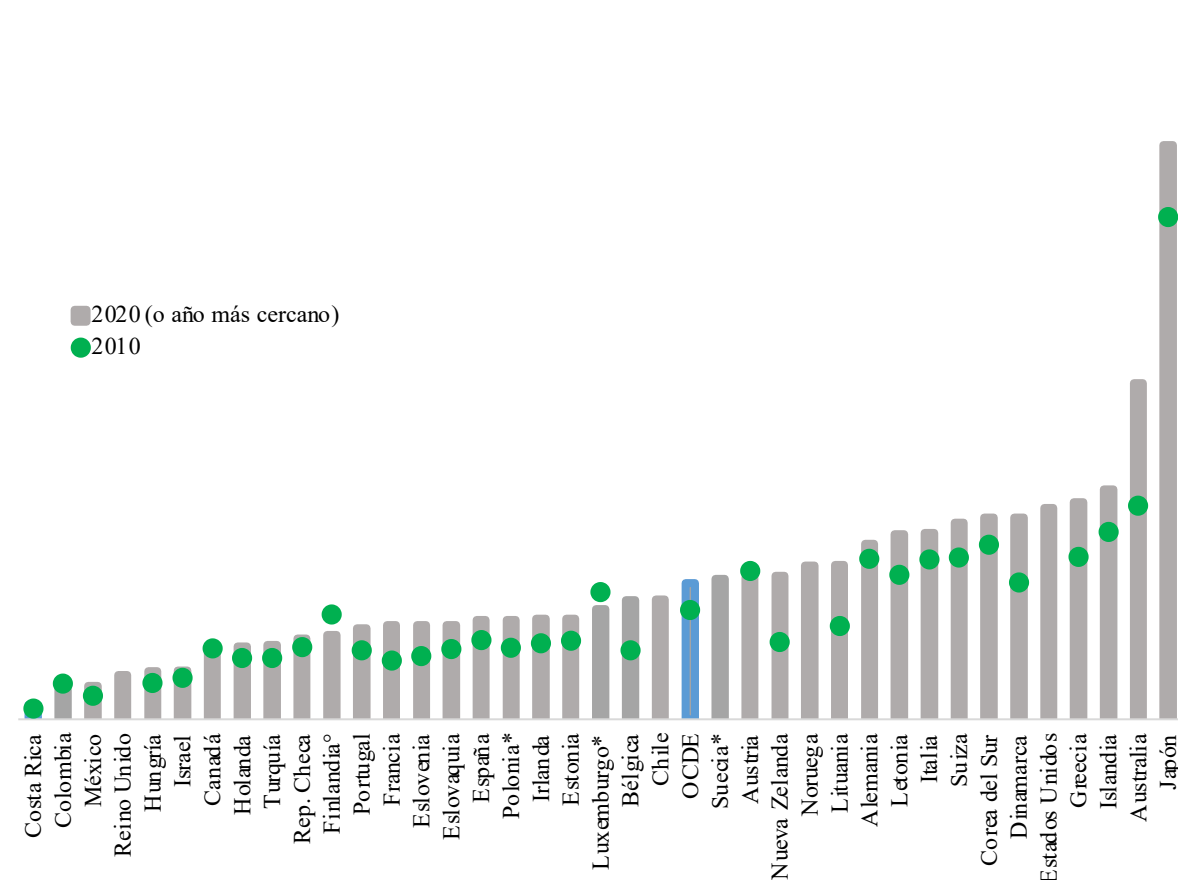
Fuente: OECD.Stats.

- Un dato similar se observa en capacidad instalada, donde Colombia nuevamente se encuentra en los países con menos recursos por cada millón de habitantes.

Inspira Crea Transforma

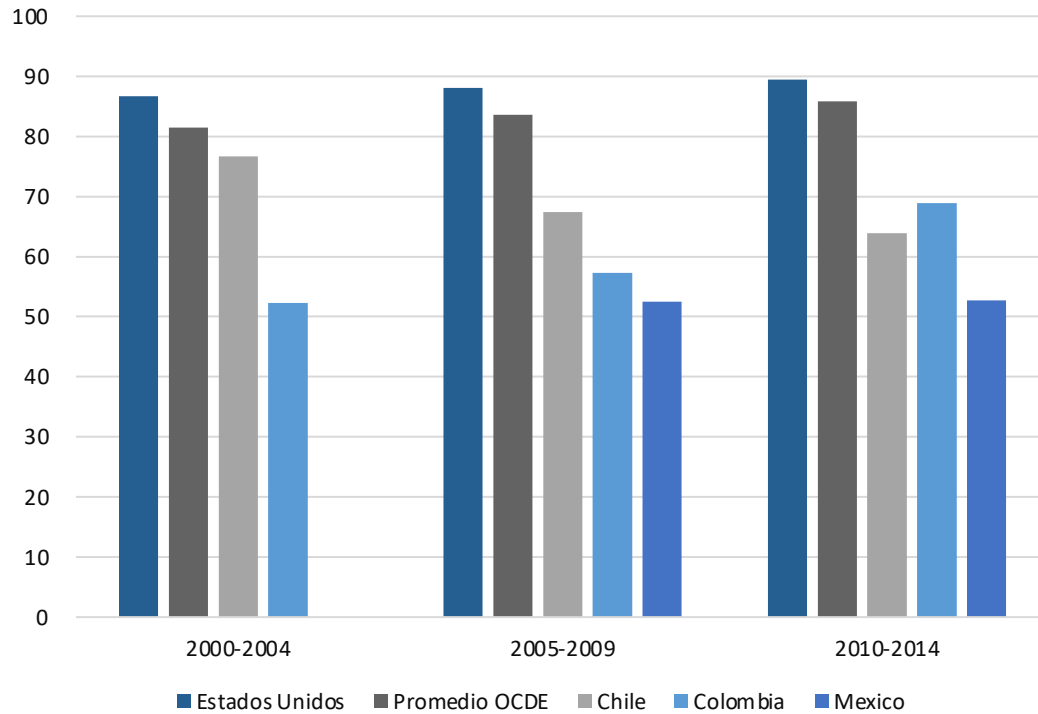
Vigilada Mineducación

Fuente: OECD.Stats.



Los grandes retos

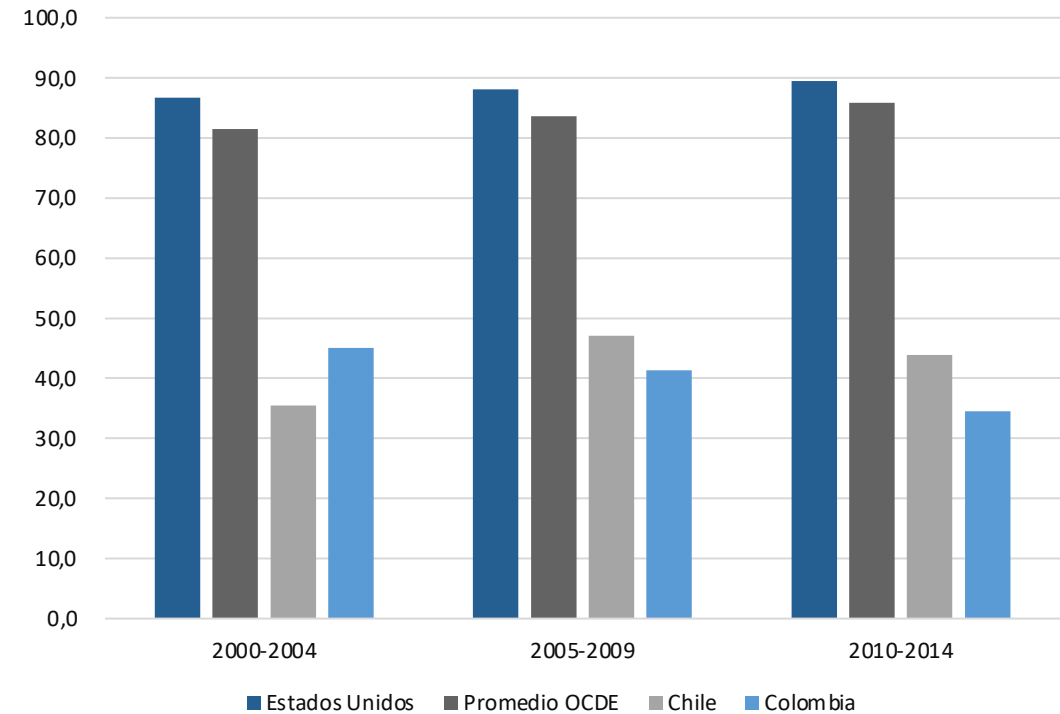
Supervivencia neta a cinco años de la leucemia linfoblástica aguda infantil (%) – 0-14 años



Fuente: OECD.Stats. Supervivencia estandarizada por edad.

- En Colombia la tasa de supervivencia después de 5 años de niños diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda infantil ha crecido de manera importante acercándose a promedio OCDE. Sin embargo, la de cáncer de Colón ha decrecido según cifras hasta el año 2014.

Supervivencia neta a cinco años del cáncer de colón (%) 15 años o más



Fuente: OECD.Stats. Supervivencia estandarizada por edad.

Los grandes retos

La esperanza de vida en Colombia está por debajo del promedio de la OCDE, aunque la salud autoevaluada es alta

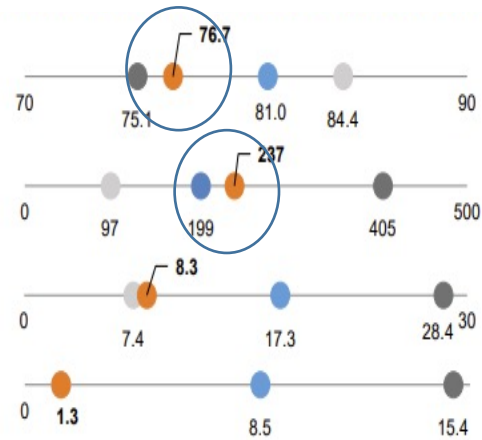
● Colombia ● Highest performer
● OECD ● Lowest performer

Esperanza de vida (2019 o año más cercano)
Años de vida al nacer

Mortalidad evitable (2019 o año más cercano)
Muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizado por edad)

Envejecimiento de la población (2019 o año más cercano)
Porcentaje de la población de 65 años o más

Salud auto evaluada (2019 o año más cercano)
Población con mala salud (% de la población mayor de 15 años)



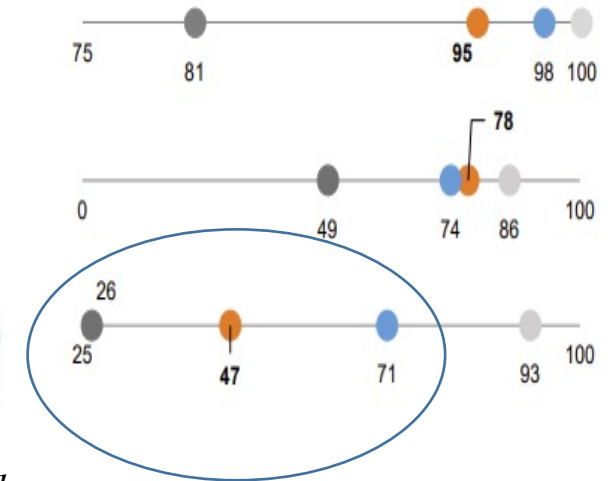
Fuente: OECD, Health at a Glance 2021.

La cobertura de salud y la satisfacción con la disponibilidad de atención médica de calidad están por debajo del promedio de la OCDE

Cobertura de población, elegibilidad (2019 o año más cercano)
Población elegible para recibir servicios básicos (porcentaje de la población)

Protección financiera (2019 o año más cercano)
Gastos cubiertos por prepago obligatorio (Porcentaje del gasto total)

Cobertura de la población, satisfacción (2019 o año más cercano)
Población satisfecha con la disponibilidad de atención de la salud de calidad (Porcentaje de la población)



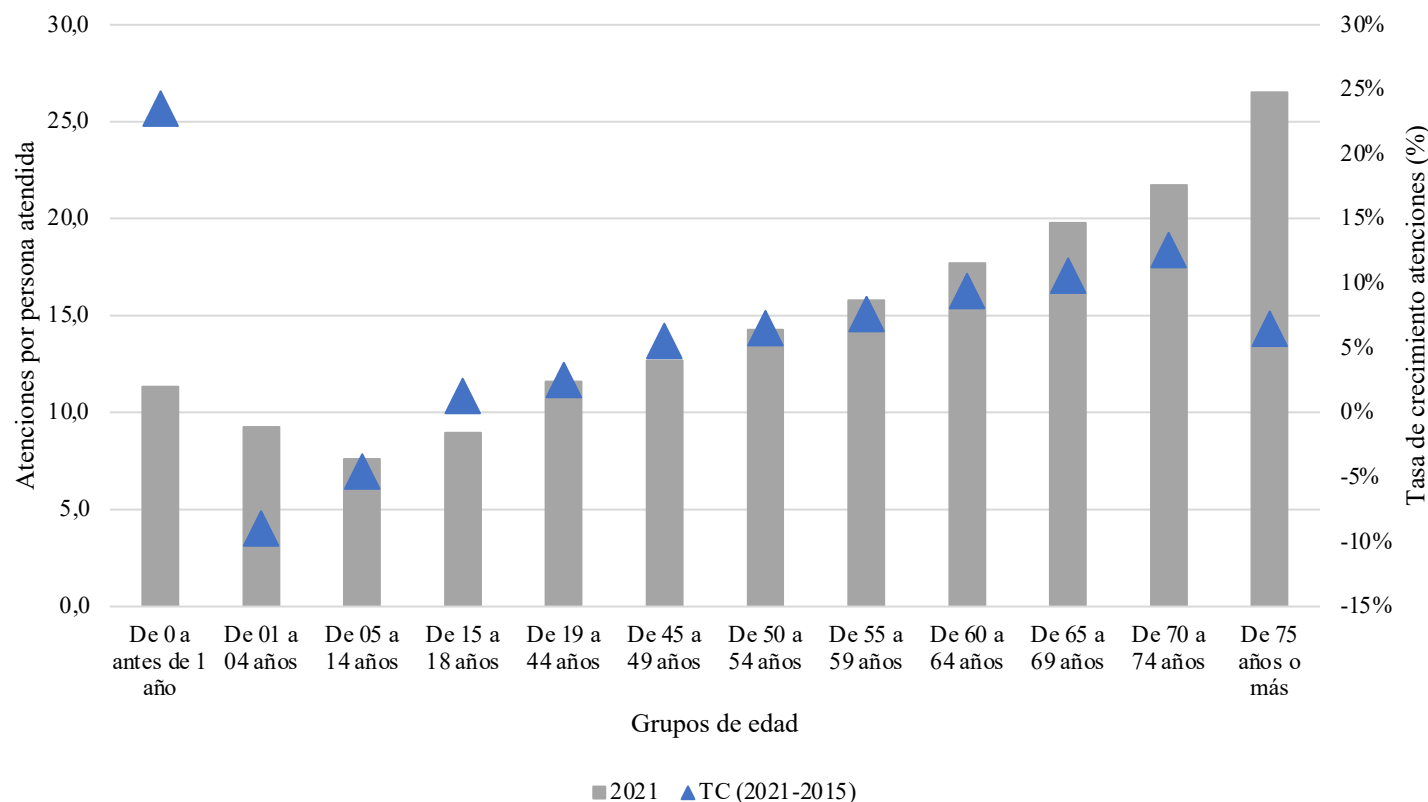
Fuente: OECD, Health at a Glance 2021.

Tendencias

- A los problemas que resultan de los retos mencionados, hay que sumar los problemas de sostenibilidad financiera, que gravitan sobre el sistema:
 - el envejecimiento de la población;
 - el aumento de la demanda de servicios, que se deriva del progresivo empoderamiento de la gente acerca del sistema;
 - la absorción tecnológica, que aumenta el acceso a nuevas tecnologías médicas y a nuevos tratamientos;
 - y las tendencias en los costos de los medicamentos, aún a pesar de los controles establecidos, generan presiones en el sistema, que amenazan sus sostenibilidad.

Tendencias: Factores de presión del gasto en salud

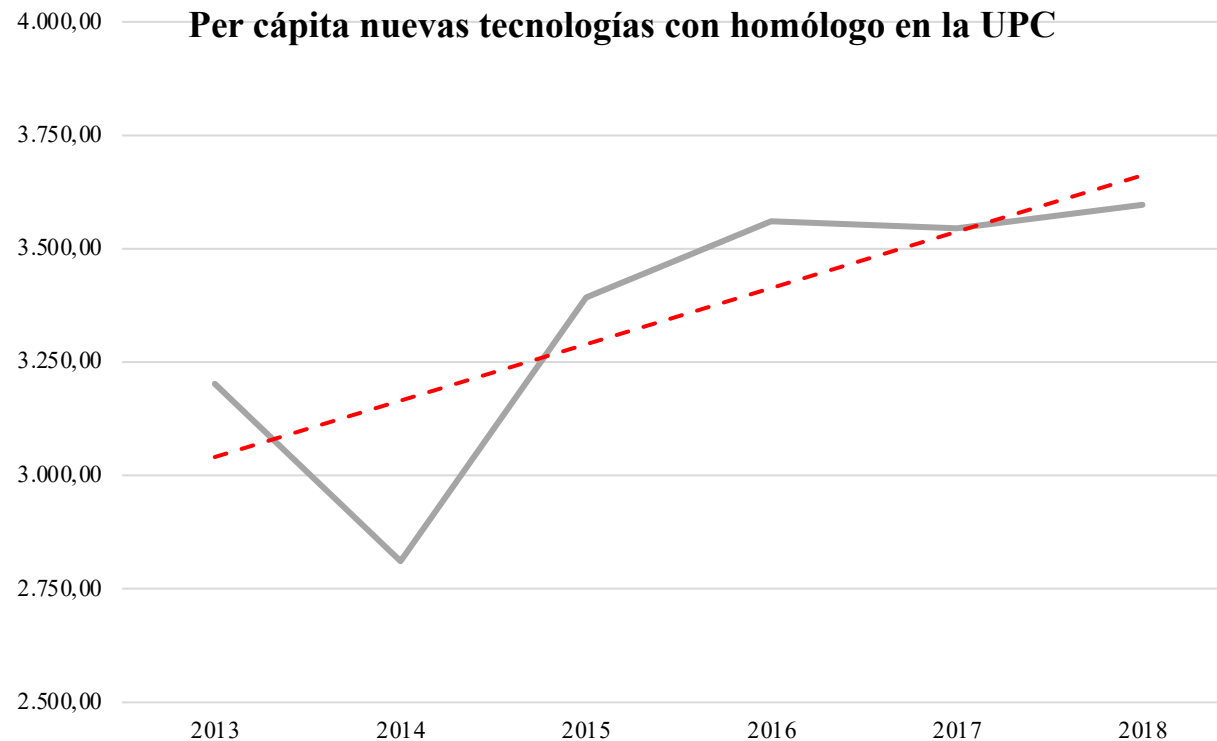
Demanda y crecimiento de la demanda de atenciones - Contributivo (2015-2021)



La población de mayor edad se caracteriza por tener una mayor demanda de atenciones en el sistema y al mismo tiempo presentan las mayores tasas de crecimiento, elemento que sin duda presionará el gasto significativamente dado el crecimiento de este grupo poblacional en la pirámide demográfica.

Fuente: Sispro-RIPS.

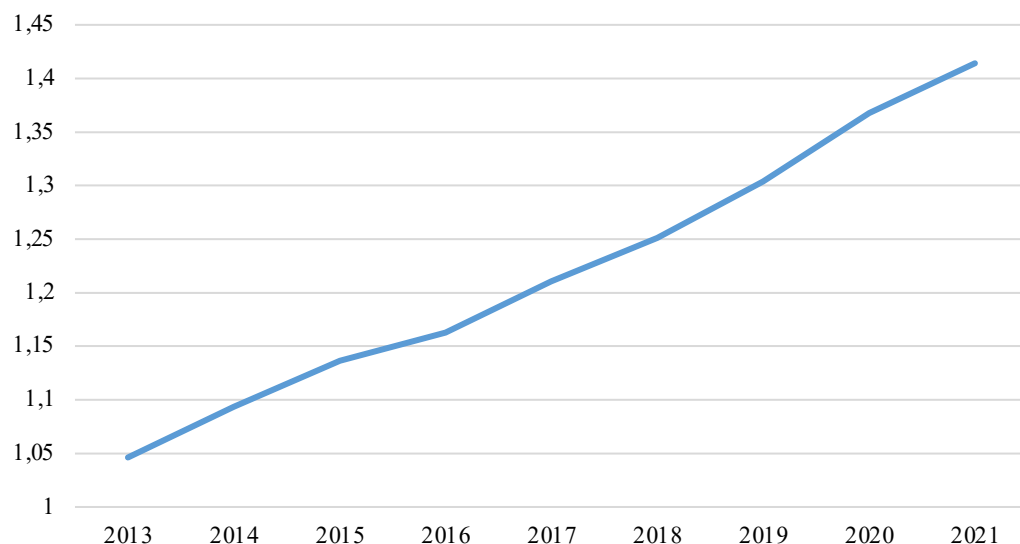
Tendencias: Factores de presión del gasto en salud



Hasta el 2018, según la información que se reporta en los informes de suficiencia, el gasto en tecnología no incluidas en la UPC crecía año a año. Esto podría indicar mayor gasto por su inclusión posterior en el plan básico.

Tendencias: Factores de presión del gasto en salud

Índice de costo de servicios por frecuencias y factores no inflacionarios (2013==100)

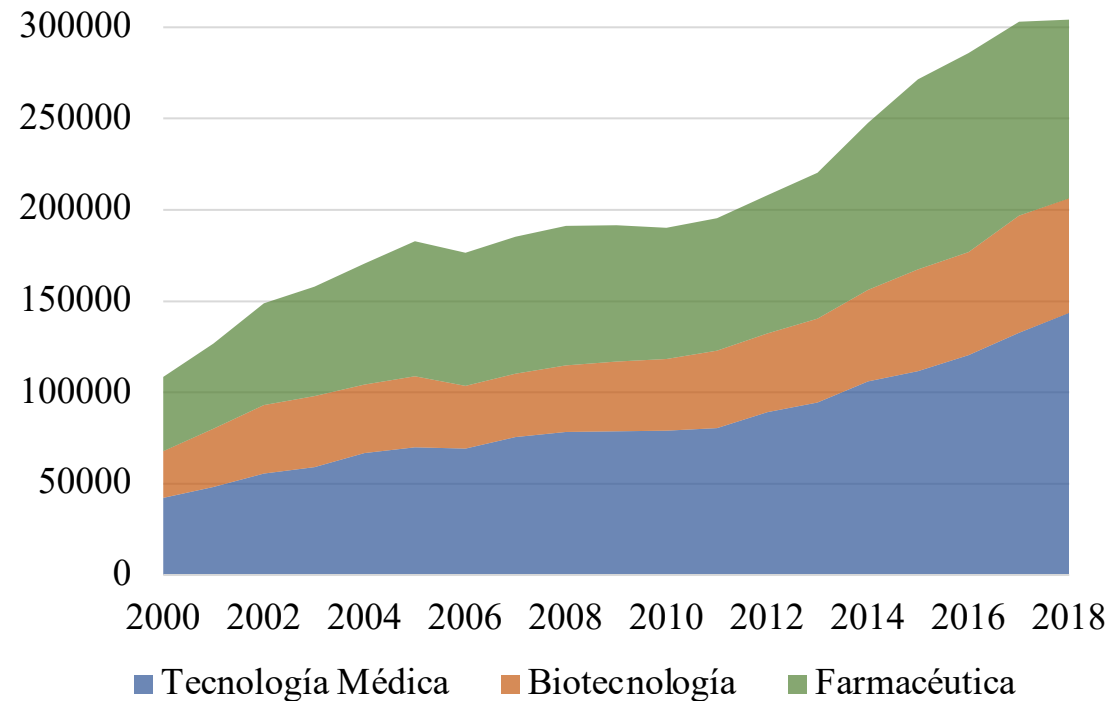


Las proyecciones que anualmente hace el ministerio para el cálculo de la UPC en cuanto al registro de actividades es creciente año a año (sin tener en cuenta la caída de 2020).

Fuente: Informes de suficiencia UPC, cálculos propios.

Tendencias: Factores de presión del gasto en salud

Número de patentes según el Tratado de Cooperación en materia de Patentes (PCT)

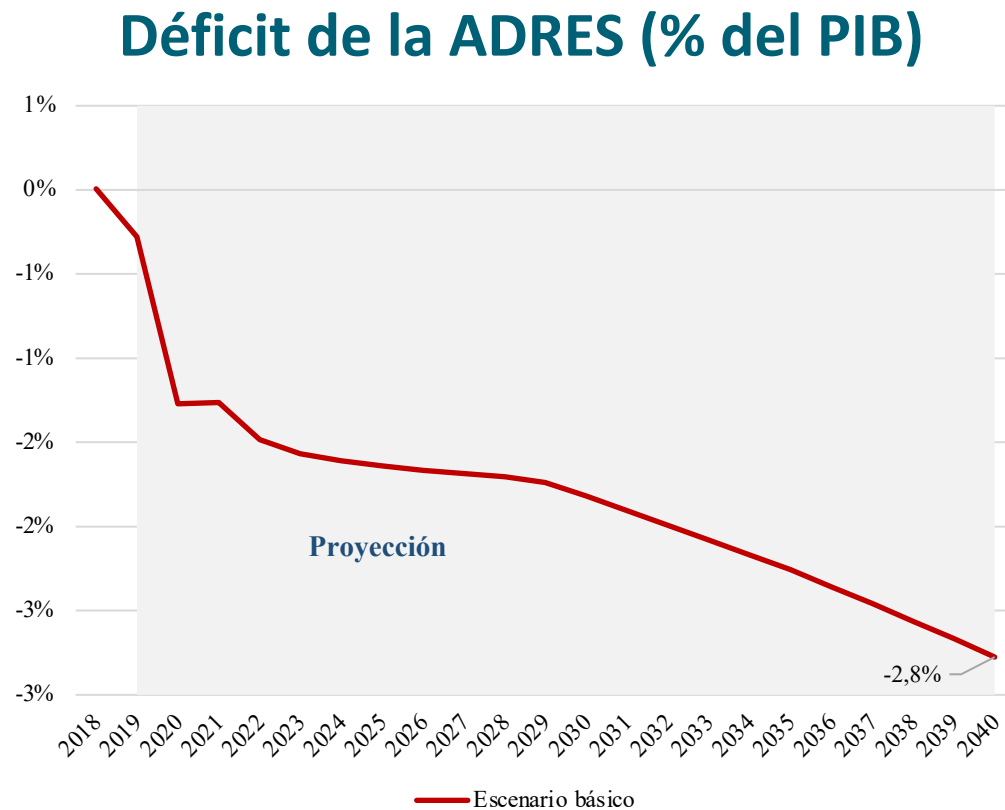


Las patentes asociadas a asuntos del sector, tienen un crecimiento sostenido según el PCT. Esto es un componente de presión importante para el sistema pues su inclusión podría implicar un mayor gasto, teniendo en cuenta además que en sus primeros años de implementación normalmente las innovaciones en tecnología tienden a tener un costo mayor dada la exclusividad de la patente.

Tendencias

- Para evaluar el problema de la sostenibilidad del sistema, se ha empleado un modelo de equilibrio general computable, calibrado para Colombia, año 2018, al que se integra la institución encargada del sistema general de seguridad social en salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. La información base de calibración proviene de las Cuentas Nacionales de Colombia y de la ejecución presupuestal de la ADRES, de acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- El modelo consta de 13 ramas productivas y 17 productos, incorpora cuatro tipos de factores (capital, trabajo calificado, trabajo no calificado asalariado y trabajo no calificado no asalariado), de forma tal que permite modelar en detalle la evolución de los aportes que hacen los trabajadores al sistema de seguridad social, y detalla, además de la ADRES, dos instituciones públicas, el Gobierno Nacional Central y el Resto del Gobierno.

Tendencias: déficit esperado del sistema horizonte 20 años.



Fuente: Elaboración propia.

- De acuerdo a nuestra proyección (mediante un modelo de equilibrio general computable altamente detallado) esas tendencias deben generar un déficit del sistema, del orden de 2,8 puntos del PIB, en el horizonte de los próximos veinte años, que debe ser provisto, si queremos mantener los logros alcanzado, y alcanzar las mejoras deseables.

Oportunidades de mejora

- Como es habitual, los problemas de un sistema de gasto puede analizarse desde tres perspectivas:
 - desde la óptica de gasto mismo, en la medida en que este pueda contenerse y ajustarse;
 - desde la óptica de los ingresos, en la medida en que puedan proveerse nuevos recursos al sistema;
 - o desde la óptica de la eficiencia, a partir de la manera como usamos los recursos disponibles, para alcanzar mejores resultados.
- Las dos primeras no harán el aporte fundamental. NUESTRA OPORTUNIDAD CENTRAL ESTARÁ EN LA TERCERA!

Oportunidades de mejora: eficiencia.

Eficiencia de las unidades productivas: DEA y Fronteras estocásticas.

Tabla 4.3. Indicador de Eficiencia IPS – 2017-2019 (SFA y DEA)

	2017				2018				2019			
	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min
SFA	0,84	0,84	0,90	0,77	0,85	0,85	0,90	0,79	0,85	0,85	0,91	0,78
GMA-SFA	0,81	0,82	0,89	0,72	0,80	0,80	0,88	0,70	0,85	0,85	0,91	0,79
GMA-SFA-MONO	0,81	0,81	0,89	0,71	0,79	0,79	0,88	0,68	0,86	0,86	0,91	0,80
DEA	0,79	0,78	1,00	0,66	0,79	0,78	1,00	0,68	0,77	0,75	1,00	0,63
Total	0,81				0,81				0,83			
<i>Observaciones</i>	1.364				1.364				1.364			

Nota: SFA: análisis de fronteras estocásticas estándar; GAM-SFA: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados; GAM-SFA-MONO: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados y con restricciones de monotonicidad; DEA: análisis de datos envolventes (orientado-insumos) con VRS. Fuente: SISPRO y RIPS. Cálculos propios.

Oportunidades de mejora: Eficiencia

Eficiencia de las unidades productivas: DEA

DEA-Orientado Insumos (VRS) -2018						
Categoría	#	Promedio	Promedio Ponderado	DS	P50	Min
Públicas	772	0,51	0,52	0,24	0,42	0,10
Nivel 1	659	0,52	0,53	0,23	0,43	0,18
Nivel 2	92	0,77	0,72	0,22	0,78	0,32
Nivel 3	21	0,88	0,91	0,19	1,00	0,51
Privadas	1.022	0,73	0,76	0,30	0,95	0,09

La eficiencia asignativas de los insumos a nivel de IPS para 2018, es en promedio 0.51 para públicas y 0.73 para privadas.

Dentro de las públicas son las de primer nivel las que presentan el más bajo indicador, mientras que las de tercer son significativamente más eficientes.

De las IPS usadas en el ejercicio, las privadas y las tercer nivel son las que más IPSs tienen en la frontera de mayor eficiencia.

<i>Orientado Insumos (VRS)</i>			
Categoría	# IPS	# IPS sobre la frontera	% IPS sobre la frontera
IPS Públicas (Nivel 1)	659	69	10%
IPS Públicas (Nivel 2)	92	27	29%
IPS Públicas (Nivel 3)	21	12	57%
IPS Privadas	1.022	462	45%
TOTAL	1.794	570	32%

Oportunidades de mejora: eficiencia de las unidades productivas.

Misallocation: ganancias por asignación eficiente.

Tabla 4.7. Ganancias en productividad que se obtendrían si se reasignaran los recursos de forma eficiente (%)

Año	Número de empresas	Ganancias en Producción	Ganancias en Valor Agregado
2011	1751	14,6	51,9
2012	2789	13,2	45,4
2013	3597	14,9	50,3
2014	3217	15	49,7
2015	3054	14,6	45,69
Promedio	2203	14,7	48,4

Fuente: ORBIS-PILA. Cálculos propios.

Oportunidades de mejora: eficiencia de las unidades productivas.

Escenario alternativo en el modelo

Tabla 4.9. Tasa de crecimiento anual de la productividad en un horizonte de 20 años

Descripción	Asignación Eficiente entre IPS	Eficiencia al interior de las IPS	Total
Asignación eficiente aumenta la productividad en 15% y la eficiencia al interior de las IPS pasa de 0,82 a 0,88.	0,82%	0,35%	1,17%

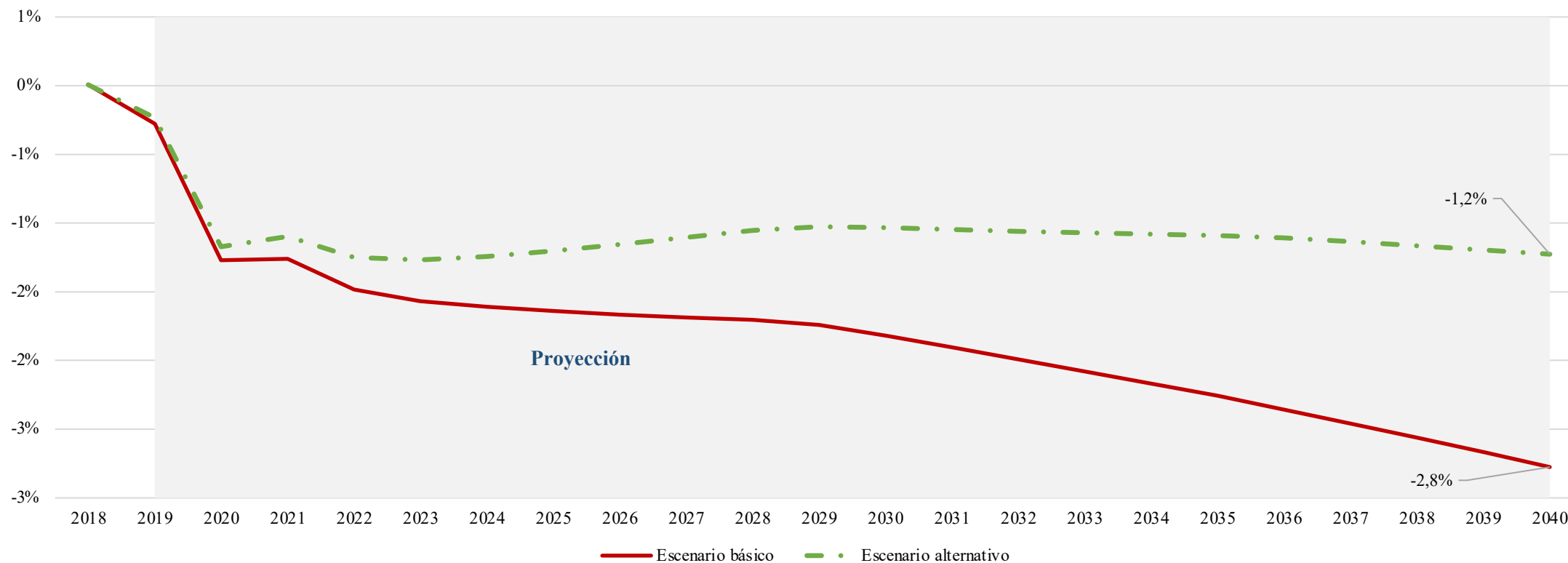
Nota: para los cálculos consideramos que el nivel máximo de eficiencia que pueden alcanzar en promedio las IPS es del 0,88. Dicho nivel corresponde al indicador de eficiencia promedio de los países de las OCDE encontrado por varios estudios recientes: Asandului et al., (2014), Samut & Cafri (2016), Behr & Theune (2017). Como referente, Kim et al., (2016) encuentran que, en promedio, los países de la OCDE tuvieron un crecimiento anual de 0,4% en la productividad del sector salud entre 2002 y 2012. Dicho crecimiento refleja solo la mejora en eficiencia en el uso de los recursos y crecimiento tecnológico, es decir, no incluye el componente de eficiencia asignativa. Fuente: cálculos propios.

Oportunidades de mejora: escenario alternativo

A partir de las brechas detectadas, hemos diseñado un escenario alternativo, que recoge tres acciones: un aumento en el recaudo de contribuciones en actividades independientes (cubriendo el 85% de los trabajos informales, en lugar del 9% actual); un aumento de cuotas moderadoras y copagos (que duplique en 20 años el aporte de las personas al sistema); y un decidido esfuerzo para mejorar la eficiencia en el sistema, mejorando en un 15% la productividad asociada a la asignación de recursos, y propiciando mejoras potenciales de la eficiencia interna de las unidades productivas, que podrían pasar del 82% al 88%.

Oportunidades de mejora: escenario alternativo

Déficit de la ADRES (% del PIB)



Oportunidades de mejora: Costo de la Inoportunidad o el diagnóstico tardío en cáncer de seno

Tratamiento	Estadio 0	Estadio I y II:	Estadio III	Estadio IV
QuimioTx Neoadjuvante	No Aplica	\$ 15.000.000	\$ 80.000.000	\$ 120.000.000
Cirugía	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000
Hormonoterapia/año	\$ 600.000	\$ 600.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
Radioterapia	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000	\$ 8.000.000
Radiocirugía	No Aplica	No Aplica	\$ 50.000.000	\$ 100.000.000
Reconstrucción mamaria	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 15.000.000	\$ 15.000.000
Seguimiento	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000	\$ 4.000.000	\$ 8.000.000
Trastuzumab + pertuzumab inmunoterapia	No Aplica	No Aplica	\$ 100.000.000	\$ 100.000.000
Inhibidores de CDK (Receptor positivo)	No Aplica	No Aplica	\$ 100.000.000	\$ 100.000.000
TOTAL Costo Tratamiento	\$ 15.600.000	\$ 30.600.000	\$ 368.000.000	\$ 476.000.000
Sobrevida a 5 años	100%	95%	78%	22%
Costo Vs Estadio 0	1x	2X	24X	31X

Basado en datos Dr. Fernando Herazo M y Gabriel Mesa N 2021

Oportunidades de mejora

- Eficiencia, eficiencia, eficiencia!
- Un sistema de salud centrado en resultados de salud, con incentivos alineados, para impulsar la eficiencia.
- Prevención, prevención, prevención!
- Un sistema centrado en la detección temprana, con herramientas adecuadas para el logro.
- Sistema centrado en el hogar: *la red integral que te cobija.*
- ¿Cuotas moderadoras en función de los hábitos del paciente?
- Interoperabilidad del sistema: BigData, Analítica, IA en *la red integral que te cobija.*

Cómo aprovechar las oportunidades de mejora

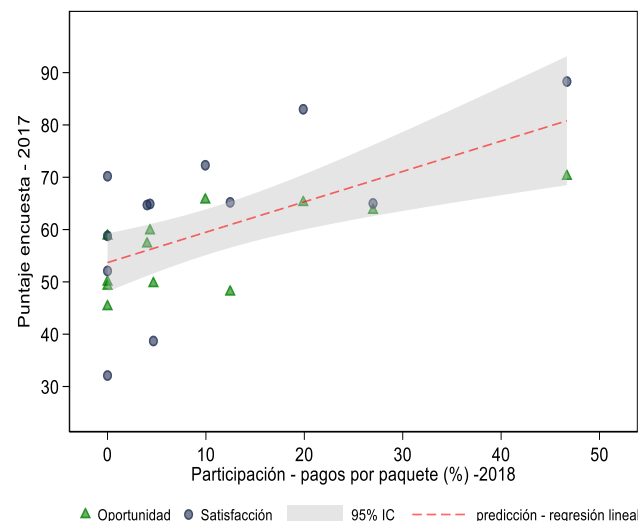
1. La eficiencia no se consigue automáticamente: es necesaria la gestión del riesgo!
2. Gestores de riesgo alineados con los objetivos del sistema, y capaces de construir redes de incentivos que promuevan la eficiencia en toda la cadena de prestación de servicios.
3. Tipos de contratación eficientes para alinear esos incentivos.

Como aprovechas las oportunidades de mejora?

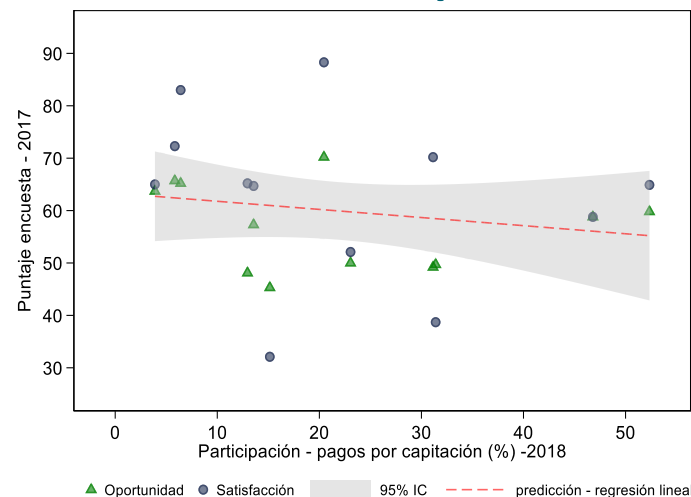
Relación entre indicadores de calidad en salud y tipo contratación – EPS Contributivo

- Estos datos sugieren que el agrupamiento de bienes y servicios en salud dependiendo del tipo de atención (paquetes, grupos de diagnóstico, etcétera), alinea los incentivos en función de buenos resultados en salud.
- EPS que no concentran su contratación en un solo tipo de contrato muestran mejores resultados.
- Pagos por evento no parecen incentivar buenos resultados en salud.

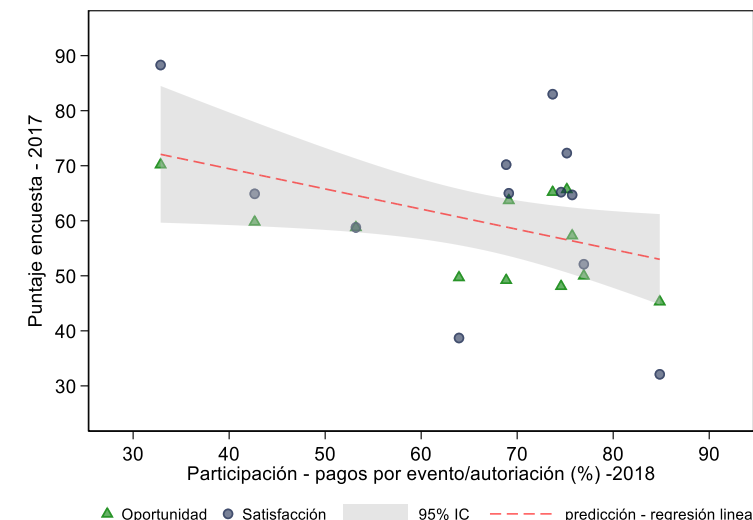
Calidad vs paquete



Calidad vs capitación



Calidad vs evento /autorización



Fuente: MSPS, encuesta de calidad de servicios 2018 e informe de suficiencia de la UPC 2020. Predicción lineal e intervalos de confianza juntando la información de ambos indicadores de calidad en la misma estimación.

Cómo aprovechar las oportunidades de mejora: Indicadores de calidad, gasto en función del tipo de contrato-2018

- Las EPS que tienen participación de contratos por paquete por encima de la mediana de todas las EPS, muestran mejores resultados en salud, pero están por encima del promedio en porcentaje de cobros.
- Contratos por evento no muestran buenos indicadores en ningún sentido, indicando entonces que deberían dejarse para cuadros de diagnóstico específicos donde la incertidumbre sea muy alta.
- Los contratos por capitación no muestran buenos resultados en salud. Sin embargo, generan bajos niveles de cobro.

A. Todas las EPS			
Indicador	Porcentaje cobros (%)	Puntaje oportunidad	Puntaje satisfacción
Media	15.67858	56.91667	62.94167
p50	16.42923	58.05	64.95
min	9.42441	45.3	32.1
máx.	19.78009	70.2	88.3
B. EPS con contratos por paquete (%) por encima de la mediana			
Media	17.9	60.4	68.8
p50	18.8	64.5	68.8
min	13.6	48.1	38.7
máx.	19.8	70.2	88.3
C. EPS con contratos por evento/autorización (%) por encima de la mediana			
Media	16.2	55.3	61.6
p50	16.4	53.7	65.0
min	12.4	45.3	32.1
máx.	19.4	65.7	83.0
D. EPS con contratos por capitación (%) por encima de la mediana			
Media	14.78707	56.28333	62.16667
p50	16.42923	54.4	61.85
min	9.42441	49.2	38.7
máx.	18.66435	70.2	88.3

Fuente: MSPS, encuesta de calidad de servicios 2018 e informe de suficiencia 2020.
SNS, consolidado de resultados financieros-EPS 2018.

Cómo aprovechar las oportunidades: Hacia una contratación sobre resultados

- **Resultados en salud por cada peso gastado debe ser el nuevo objetivo del SGSSS.** Esto en línea con una visión de largo plazo basada en el ciclo del cuidado del paciente y no en intervenciones individuales.
- **Repartición de los beneficios proporcional a los resultados en salud:** el ADRES o el MSPS, determinan una meta global anual en resultados/unidad de gasto para todo el país prospectivamente. Al final del año, dependiendo de los resultados revelados por las EPS, las ordena de mayor a menor, y asigna proporcionalmente las ganancias obtenidas más un premio adicional.
 - Se debe construir un umbral en los resultados, para poder participar en la repartición de ganancias.
 - Lo malos resultados deben penalizarse, para reducir los incentivos perversos del sistema.
 - Inicio de proceso de seguimiento - fiscalización del gasto.
 - Semáforos de advertencias sobre reducción de afiliados en el futuro.
- **Este sistema se debe construir como complemento a otro tipos de mecanismos,** fundamentalmente, la capitación ajustada por condiciones de salud. Sin embargo, es imperativo que el mecanismo de resultados determine las ganancias de los agentes, y **la cápita se considere netamente un mecanismo de protección a la sostenibilidad mínima de las EPS.**

Cómo aprovechar las oportunidades: Hacia una contratación sobre resultados

- La relación antagónica entre quienes gestionan el riesgo y los prestadores de servicios, requiere generar **alineación de incentivos**.
- **Los contratos de riesgo compartido**, en el marco de un sistema basado en resultados, ayuda alinear estos incentivos. Adicionalmente, produce “spillovers” en la contratación interna (personal médico con pago sobre resultado, por ejemplo).
- **Fondos comunes para repartición de ganancias**. Fundamentados en el programa de compras hospitalarias basadas en valor (VBP) en EE.UU, constituir un fondo común utilizando una reducción de ingreso, el cual luego se distribuye en función de resultados.
- **Una nueva organización de las IPS**. Hoy se trabaja en una buena dirección con la construcción de redes integrales (RIAS) para la consecución conjunta de buenos resultados en salud.

Cómo aprovechar las oportunidades: El elemento fundamental, la información

- El sistema requiere de muchos indicadores específicos, para medir los resultados en salud. Por lo tanto, **el valor de la información es esencial.**
- Es necesario que una entidad independiente (como el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS), asuma un papel central, y se encargue de la investigación, construcción y evaluación de indicadores sobre resultados.
- Se deben superar las barreras asociadas a la información de salud. La normativa lo plantea, pero no parecen haber acciones concretas para que se reporte o mejoren los reportes.

Cómo aprovechar las oportunidades. Contratación: el usuario y sus incentivos

- Se debe incentivar el uso del nivel primario de salud, y así las IPS puedan efectivamente incidir en el ciclo de cuidado de los pacientes.
- Por lo tanto, la asistencia al cuidado de primer nivel se debe incentivar, **un posible mecanismo que genera compromiso del usuario es condicionar la reducción o no pago de copagos futuros**, debido al desarrollo de enfermedades con tratamientos costosos, al buen comportamiento en la asistencia periódica a los controles que las redes de atención consideren pertinentes.

Aunando esfuerzos: el papel del Estado y de las organizaciones empresariales

- Qué le corresponde al Estado, y qué puede alcanzar mejor a través de organizaciones empresariales?
 - Estado: Investigación básica y modelos de absorción tecnológica.
 - Gestores de riesgo: Optimización de recursos y alineamiento de incentivos. Las organizaciones empresariales son particularmente aptas para ello. Y cuestan menos que la ineficiencia!
 - Regulación adecuada, si es necesaria.
 - Prestadores públicos y privados: provisión de servicios.
- Y una misión público-privada para mejorar el acceso?