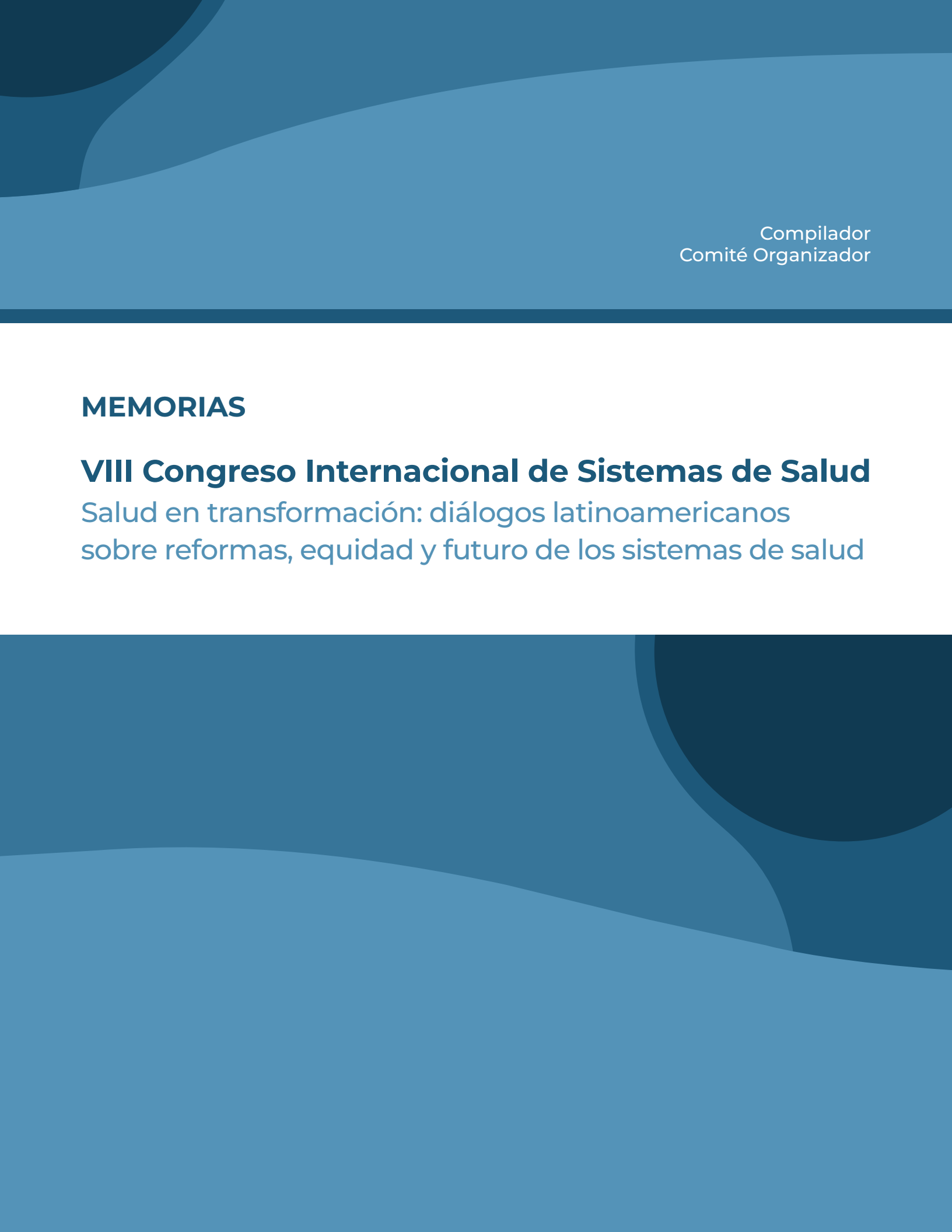




Compilador
Comité Organizador

MEMORIAS

VIII Congreso Internacional de Sistemas de Salud

Salud en transformación: diálogos latinoamericanos
sobre reformas, equidad y futuro de los sistemas de salud



COMITÉ ORGANIZADOR

Pontificia Universidad Javeriana Bogotá

Rolando Enrique Peñaloza Quintero
Dayana Katherine López Díaz
Viviana Ramírez Correa
Gina Paola Polo Infante
Zulma M. Cucunubá

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Mauricio Serra
Paula Cristina Bermúdez

Universidad Nacional de Colombia

Adriana Díaz del Castillo Hernández
Anamaría Vargas Cáceres
Diana Pinto Masis
Gina Paola Muñoz Quincos
Sara Buitrago Prado
Giancarlo Buitrago Gutiérrez

Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario

Paul Rodríguez Lesmes

El Congreso contó con el apoyo financiero de los siguientes proyectos y sus financiadores:

PROGRAMA SALHSA

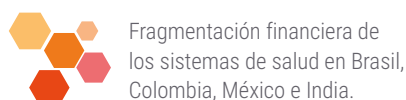
Apoyo financiero por parte de la Agencia Noruega para Cooperación al Desarrollo (NORAD), en el marco de su programa NORHED II (2021–2026), a través del proyecto Strengthening Agency and Learning across Health Systems in the Americas (SALHSA), una colaboración entre la Pontificia Universidad Javeriana, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Universidad de Bergen.



Apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo -UK/ UK International Development and the International Development Research Centre (IDRC), a través de CLIMAS Hub, como parte de la iniciativa Advancing Research for Climate and Health (ARCH).



Las opiniones expresadas en los artículos, presentaciones y demás materiales incluidos en estas memorias son las de los autores y no representan necesariamente las de UK International Development, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), el CLIMAS Hub ni la Junta de Gobernadores del IDRC.



Apoyo del Proyecto Fragmentación Financiera de los Sistemas de Salud/ Health Financing Fragmentation and UHC in Brazil, Colombia, Mexico and India, liderado en Colombia por la Universidad Nacional, coordinado por el Imperial College de Londres y ejecutado en colaboración con el Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Brasil), el Instituto Nacional de Salud Pública (México) y la O.P. Jindal Global University (India). Con financiación del National Institute for Health Research (NIHR) del Reino Unido (NIHR150067).

COORDINACIÓN EDITORIAL

Adriana Díaz del Castillo Hernández

COMPILADOR

Adriana Díaz del Castillo Hernández

Viviana Ramírez Correa

Gina Paola Muñoz Quincos

Dayana Katherine López Díaz

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Puntoaparte Editores

ISSN 2665-3400

Bogotá, Colombia 2026

Estas memorias recogen las transcripciones editadas de las conferencias y participaciones en paneles y los resúmenes de los trabajos orales y pósters. Se permite la reproducción parcial o total citando debidamente las fuentes.



Escuela de Economía
y Negocios



Contenido

01

Presentación 8

Apertura oficial 10

Palabras del Padre Luis Fernando Múnera Congote	10
Palabras de Zulma Milena Cucunubá	12
Palabras de Paul Rodríguez Lesmes	15
Conferencia inaugural. De la reforma a la transformación: construir Sistemas de Salud justos para América Latina	17

Bloque 1. Gobernanza de los sistemas de salud: gobernanza multinivel, transparencia, participación y rectoría estatal 22

Conferencia magistral. Rectoría y gobernanza de los Sistemas de Salud	24
Panel de Gobernanza	31
Presentación de trabajos del bloque de gobernanza	49

Arquitectura de implementación en sistemas fragmentados de salud: rediseño institucional y coherencia reformista en América Latina	49
--	----

Gobernanza territorial y reorganización de la gestión municipal en el SUS brasileño	50
---	----

Co-construcción para el fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) en el Vaupés y la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia	51
---	----

Deterioro financiero y operativo del aseguramiento en salud en Colombia: un análisis cuasi-experimental de EPS intervenidas y no intervenidas, 2017–2024	52
--	----

Más allá de la ambición normativa: marco para el diseño realista de reformas de APS bajo restricciones fiscales e institucionales. Lecciones para América Latina	53
--	----



Bloque 2. Financiamiento y sostenibilidad de los sistemas de salud: equidad, capitación, gasto público y protección financiera

Conferencia magistral. Financiamiento y sostenibilidad de los
Sistemas de Salud en América Latina

Panel de Financiamiento

66

Sostenibilidad y buenas prácticas de presupuestación en salud: reflexiones sobre la Unidad de Pago por Capitación

66

Sostenibilidad de los Sistemas de Salud, factores que la determinan, incentivos para la eficiencia y fuentes de financiación

69

Presentación de trabajos del bloque de financiamiento

77

The Impact of Seguro Popular's Dismantlement on Out-of-Pocket Spending and Forgone Care in Mexico

77

Efecto de los traslados masivos de afiliados de EPS liquidadas sobre la sostenibilidad financiera del aseguramiento en salud en Colombia

78

Incentivos financieros y desempeño en salud pública: lecciones de una reforma de transferencias fiscales subnacionales

79

Impuestos saludables y sostenibilidad fiscal: evidencia desde el caso colombiano

80

Universal Coverage, Uneven Access: The Redistribution Effects of Colombia's Health Benefit Equalization

81

Conversatorio con líderes de salud de campañas presidenciales: visiones de Estado sobre la salud, modelos de reforma y sostenibilidad

86



04

108

Conferencia magistral. ¿Sobrevivirá la Atención Primaria en un mundo de Inteligencia Artificial?	110
Panel de Prestación de servicios y Atención Primaria en Salud	120
Presentación de trabajos del bloque prestación de servicios y APS	134
Do health facilities save children's lives? Evidence from Peru	134
Adherencia al tratamiento farmacológico, integración administrativa y resultados cardiovasculares en Colombia: un estudio transversal	135
Desde la mirada del paciente: evaluación longitudinal de integración del cuidado en la RIAS-Cardio-Cerebrovascular-y-Metabólica en dos redes de APS bogotanas	136
Práctica médica subordinada a intereses comerciales y precariedad laboral: el reto de los consultorios adyacentes a farmacias privadas en México	137

139

Conferencia magistral. Retos para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud	141
Panel de Recursos	149
Formación del talento humano y respuesta a las necesidades del sistema	149
Implementación y gestión del recurso humano en salud	153
Retos en medicamentos, financiamiento y soberanía farmacéutica	157
Gestión de recursos: perspectiva de la Procuraduría	160

An abstract background composed of various shades of blue. It features large, organic, flowing shapes that create a sense of movement and depth. The colors range from a deep navy blue to a light sky blue, with smooth gradients and soft edges. The overall effect is calm and modern.

Presentación

Este documento recoge las memorias del VIII Congreso Internacional de Sistemas de Salud, titulado **“Salud en transformación: Diálogos latinoamericanos sobre reformas, equidad y futuro de los sistemas de salud”**, realizado gracias a la alianza entre la **Pontificia Universidad Javeriana**, la **Universidad Nacional de Colombia** y la **Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario** y a la participación de los proyectos SALHSA, Fragmentación Financiera de los Sistemas de Salud y Climas Hub. Este esfuerzo interinstitucional reafirma la convicción que los grandes desafíos de la salud requieren espacios de diálogo plural, análisis riguroso y construcción colectiva de conocimiento.

El congreso se ideó como un escenario de reflexión regional sobre los procesos contemporáneos de transformación de los sistemas de salud en América Latina, convocando a personas que trabajan en investigación, toma de decisiones, actores del sector salud, organizaciones nacionales e internacionales y estudiantes. A lo largo de sus sesiones se promovió un intercambio académico orientado a comprender las tensiones, desafíos y oportunidades que enfrentan los países de la región en la búsqueda de sistemas más justos, equitativos, sostenibles y centrados en las personas.

En esta octava versión, la agenda académica se estructuró alrededor de cuatro bloques temáticos. El primero estuvo dedicado a la **gobernanza de los sistemas de salud** y abordó asuntos relacionados con la rectoría estatal, la gobernanza multinivel, la transparencia, los incentivos, la participación y las capacidades institucionales. El segundo bloque examinó los retos del **financiamiento y la sostenibilidad**, incluyendo discusiones sobre presupuestación, fuentes de financiación, incentivos, mecanismos de protección financiera y gestión de recursos. El tercer bloque se concentró en la **prestación de servicios y la atención primaria en salud** y analizó lógicas tradicionales de prestación y enfoques emergentes basados en la atención primaria en salud, la inteligencia artificial, las redes integradas e incentivos, el enfoque territorial y la atención centrada en la persona. Finalmente, el cuarto bloque abordó la **generación de recursos en salud**, con énfasis en el talento humano, los medicamentos, la gestión de capacidades institucionales y los desafíos asociados a la sostenibilidad de los recursos estratégicos del sistema. Además, el congreso contó con dos espacios claves para el diálogo con actores políticos de Colombia: un conversatorio con líderes de salud de cuatro campañas presidenciales y con congresistas de la república sobre sus visiones sobre el sistema de salud y propuestas de reforma.

Las discusiones estuvieron enriquecidas por la participación de conferencistas, panelistas y ponentes provenientes de Colombia, Argentina, Brasil, Guatemala, México, Paraguay y Perú, cuyas experiencias permitieron contrastar trayectorias de reforma, identificar





Rector de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá

Sean bienvenidos a la Pontificia Universidad Javeriana. A quienes han llegado desde distintos países de América Latina y desde distintas ciudades de Colombia; a quienes nos acompañan de manera virtual desde distintos rincones del continente: esta es su casa, y nos alegra profundamente que la hayan elegido como escenario para una conversación tan necesaria.

Saludo con especial afecto a las autoridades del Ministerio de Salud y Protección Social; a los académicos, investigadores y expertos que durante estos dos días compartirán su conocimiento; a los representantes de organizaciones internacionales; a los estudiantes que están aquí con disposición de aprender y comprometerse; y a todo el equipo que ha hecho posible este encuentro. Me refiero, en particular, a la alianza que lo sostiene: el Instituto de Salud Pública de la Javeriana Bogotá, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Javeriana Cali, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Rosario. Que cuatro instituciones de esta envergadura hayan unido sus capacidades para convocar este espacio es ya, en sí mismo, un mensaje: los grandes desafíos de la salud no se resuelven desde una sola orilla.

Permítanme comenzar con una pregunta que quiero dejar flotando en este auditorio: ¿Qué dice de nosotros la manera en que organizamos y cuidamos la salud de nuestra población? La respuesta es profunda: la forma en que una sociedad organiza su sistema de salud revela su comprensión de la dignidad humana y del bien común. Por eso, poner la salud en el centro del debate no es una decisión técnica o sectorial. Es una definición ética y política sobre el tipo de países que queremos ser: países que entienden que el bienestar no es un privilegio ni un accesorio, sino algo constitutivo de su promesa de dignidad a cada ciudadano.

Esa convicción nos define como Javeriana. Y aquí quiero ser claro sobre lo que significa para nosotros estar en este debate. La tradición ignaciana que nos funda no nos pide simplemente que hagamos bien las cosas. Nos exige el Magis: siempre más, siempre mejor, siempre con mayor alcance y profundidad. El Magis es una actitud de inconformismo creativo ante la realidad: la convicción de que siempre hay una manera más justa, más eficaz y más humana de servir. Y cuando miramos los sistemas de salud de América

Latina —con sus logros extraordinarios y sus deudas persistentes— ese principio nos interpela directamente.

Porque Colombia ha alcanzado niveles de cobertura cercanos a la universalidad, un avance formidable. Pero la experiencia cotidiana de los ciudadanos nos recuerda que el desafío ya no es solo estar afiliado, sino acceder de manera oportuna, continua y resolutiva a los servicios de salud. Las brechas en tiempos de espera, en disponibilidad de especialistas, en calidad de la atención, son evidencia de que el desarrollo en salud se juega en la capacidad real del sistema de responder a las necesidades de las personas. Tener carné no es lo mismo que tener salud. Y el Magis javeriano nos prohíbe conformarnos con la primera cuando la segunda sigue siendo esquiva para tantos. Fortalecer la atención primaria, reducir barreras administrativas y avanzar hacia modelos integrados y territoriales es la condición para pasar de un sistema que cubre a uno que realmente cuida.

Ese cuidado, sin embargo, solo es posible sobre bases institucionales y financieras sólidas. La sostenibilidad no es solo un asunto de números: es la condición que permite garantizar continuidad en la atención y credibilidad en las instituciones. Y la gobernanza —quién decide, cómo se decide, con qué transparencia y con qué rendición de cuentas— es el fundamento sin el cual todo lo demás se vuelve frágil. Debemos recordar, además, que la salud no se produce únicamente en hospitales o centros de atención: está determinada por las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. Articular lo sanitario con lo social, reconocer el rol invisible del cuidado que recae sobre las familias y especialmente sobre las mujeres, e incorporar enfoques territoriales, es parte indispensable de cualquier transformación seria.

En ese espíritu quiero destacar una iniciativa en la que la Pontificia Universidad Javeriana ha tenido un papel protagónico. Hace apenas unas semanas, la Javeriana, en alianza con la firma Gressa, presentó los resultados de “Salud: Visión Colombia 2040”: una hoja de ruta construida durante un año con más de 500 actores del sector —pacientes, académicos, prestadores, aseguradores, autoridades territoriales y expertos internacionales— que revisó 83 estudios y convocó foros en distintas regiones del país. Lo que más me importa destacar no es solo su contenido riguroso y ambicioso, sino lo que representa como proceso: actores históricamente distantes y frecuentemente enfrentados lograron sentarse juntos a construir acuerdos en torno a la atención primaria, la transparencia, la participación ciudadana y la sostenibilidad. Ese capital de consenso es un activo extraordinario. Pero el Magis nos recuerda que el verdadero reto comienza ahora: traducir esos acuerdos en decisiones concretas, especialmente en un año electoral en que la salud debe ser política de Estado y no promesa de campaña.

Cierro con la convicción que nos reúne: los sistemas de salud no son un fin en sí mismos. Son el medio a través del cual una sociedad le dice a cada ciudadano: tu vida importa, tu bienestar es un asunto colectivo, no estás solo. Cuando ese mensaje llega —cuando el sistema responde con oportunidad, calidad y trato digno— se construye algo que va mucho más allá de la salud: se construye confianza, se construye ciudadanía, se construye país. Esa es la apuesta de este congreso. Y esa es la apuesta de la Javeriana: estar, con todo lo que somos, donde la vida y la dignidad están en juego.

Con mucho gusto declaro oficialmente inaugurado el Congreso Internacional “Salud en transformación: Diálogos latinoamericanos sobre reformas, equidad y futuro de los sistemas de salud”.

Que el trabajo de estos dos días sea fecundo, riguroso y, ante todo, útil para quienes más lo necesitan.

Muchas gracias.

Palabras de Zulma M. Cucunubá

Directora del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana

Muchas gracias, Padre Múnera.

Sus palabras nos recuerdan algo que quienes trabajamos en salud pública a veces olvidamos entre tablas, modelos y proyecciones: que detrás de cada dato hay una vida, y que todo lo que hacemos tiene sentido únicamente si esa vida es más digna, más libre y más protegida. Es la brújula moral que debe orientar también el trabajo científico. Gracias por abrir este congreso con esa profundidad.

Antes de continuar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las instituciones que han hecho posible este espacio. Este congreso es la expresión de una alianza académica que nos enorgullece profundamente: el Instituto de Salud Pública de la Javeriana Bogotá, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Javeriana Cali, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Rosario. Que cuatro instituciones de esta envergadura hayan unido sus capacidades, sus investigadores y sus comunidades académicas es, en sí mismo, una declaración sobre cómo entendemos el trabajo universitario: colaborativo, generoso y orientado al bien común. Quiero también reconocer el respaldo científico e institucional de los proyectos SALHSA, Fragmentación en Salud y Climas Hub, sin cuyo apoyo este congreso no tendría la profundidad temática que tiene.

Y dentro de ese esfuerzo colectivo, quiero reconocer a las personas que lo han liderado con dedicación y rigor. Al doctor Rolando Enrique Peñaloza, presidente del congreso, cuya visión ha sido determinante para que este encuentro tenga la ambición académica y política que tiene. Al doctor Giancarlo Buitrago, de la Universidad Nacional de Colombia, y al doctor Paul Rodríguez, de la Universidad del Rosario, así como a sus equipos de trabajo, sin quienes esta alianza no habría sido posible. A todos ellos, muchas gracias.

Y hay unos números que quiero compartir, porque son la mejor evidencia del interés que existe en el sector académico y en el sector salud por estos espacios de reflexión. Más de 350 personas se han inscrito de manera presencial para acompañarnos hoy y mañana en este auditorio. A ellas se suman quienes nos acompañan de manera virtual desde distintos países de la región. Hemos recibido 40 pósters académicos que se presentarán a lo largo

del congreso, cada uno representando meses de investigación rigurosa. Y contamos con 30 conferencistas, panelistas y presentadores provenientes de 5 países: Colombia, México, Argentina, Perú y Guatemala. Todo esto constata que la comunidad académica tiene mucho que decir sobre el futuro de los sistemas de salud, y que está lista para decirlo.

Me corresponde ahora hablarles desde la salud pública como campo de conocimiento, como práctica rigurosa y como herramienta concreta para transformar sistemas. Con la convicción de que la evidencia —bien producida, bien comunicada y bien usada— es una forma poderosa, y muchas veces subestimada, de servicio público. Vivimos un momento peculiar en la historia de los sistemas de salud de América Latina. Después de décadas de reformas, de debates apasionados y de logros innegables, seguimos enfrentando preguntas que la ciencia ha abordado con rigor creciente pero que la política no siempre ha sabido escuchar: ¿Por qué, con coberturas cercanas a la universalidad, persisten brechas tan profundas en el acceso efectivo? ¿Por qué los sistemas diseñados para proteger a los más vulnerables frecuentemente los alcanzan los últimos? ¿Por qué la evidencia sobre lo que funciona llega tan lentamente —o tan distorsionada— a quienes toman las decisiones?

Esas no son preguntas retóricas. Son las preguntas que organizan la agenda científica de este congreso, y que hacen del diálogo latinoamericano algo indispensable: porque ningún país de la región las enfrenta solo, y porque las respuestas que ya existen —en distintos contextos, con distintos modelos— merecen ser conocidas, analizadas y adaptadas con el rigor que solo el intercambio académico honesto puede ofrecer.

La evidencia acumulada en las últimas décadas nos ha enseñado varias cosas con claridad suficiente como para no seguir debatiéndolas desde cero. Sabemos que los sistemas con atención primaria fuerte tienen mejores resultados en salud poblacional, mayor equidad y menores costos a largo plazo. Sabemos que la fragmentación —entre niveles de atención, entre actores, entre territorios— es uno de los principales obstáculos para la continuidad del cuidado. Sabemos que la transparencia en el flujo de recursos y la rendición de cuentas no son solo exigencias éticas: son condiciones técnicas para la sostenibilidad. Y sabemos que los determinantes sociales explican una proporción mayoritaria de las diferencias en salud entre poblaciones, mucho mayor de lo que explica el acceso a los servicios médicos por sí solo.

Dicho esto, también es honesto reconocer lo que aún no sabemos con suficiente precisión, o lo que sabemos pero no hemos logrado traducir en política. No tenemos respuestas definitivas sobre cuál es el modelo óptimo de financiamiento en contextos de alta informalidad laboral como los nuestros. No hemos resuelto cómo integrar efectivamente los sistemas de información dispersos para producir evidencia en tiempo real que oriente la toma de decisiones. No hemos encontrado la fórmula para alinear los incentivos de todos los actores del sistema con los resultados en salud de las personas. Esas son fronteras abiertas del conocimiento, y es precisamente allí donde la investigación y el debate tienen más que aportar.

La estructura de este congreso refleja esa complejidad con honestidad. Hemos organizado los dos días alrededor de cuatro grandes ejes que son, a la vez, los cuatro grandes nudos que cualquier sistema de salud serio debe desatar: la gobernanza y la articulación entre actores;



Esto refleja algo que es central en la concepción de este congreso: su carácter plural. La salud es uno de los pocos campos donde todas las visiones de sociedad convergen, porque todas las visiones de sociedad tienen algo que decir sobre cómo se cuida a las personas. Aquí habrá académicos y funcionarios, científicos y políticos, defensores del sistema público y voces críticas del mismo, representantes de distintos partidos y de distintas tradiciones de pensamiento sobre el Estado y el mercado. Eso no es una debilidad: es precisamente la fortaleza de este espacio. No hemos convocado este congreso para que todos lleguen a las mismas conclusiones, sino para que todas las perspectivas relevantes se enfrenten en el mismo escenario, con la misma evidencia sobre la mesa, con el mismo rigor y con el mismo respeto. En salud, como en democracia, el desacuerdo bien argumentado es más valioso que el consenso aparente. Y estamos convencidos de que contrastar visiones distintas, cuando se hace con honestidad intelectual, es la mejor manera de avanzar hacia decisiones más sabias.

La pregunta que propongo como hilo conductor de estos dos días es esta: ¿Cómo hacemos para que lo que aprendamos aquí no se quede en las memorias del congreso, sino

que llegue —transformado en política, en gestión, en práctica— a la persona que hoy no puede acceder a un médico, a la comunidad que espera servicios que nunca llegan, al sistema que necesita urgentemente aprender de sí mismo? Esa es la responsabilidad que compartimos, y es también nuestra mayor oportunidad. Este congreso no es un fin en sí mismo: es un punto de reflexión colectiva, un espacio para construir los consensos que el sector salud necesita, y una apuesta por que el conocimiento que aquí se genere y comparta se traduzca, concretamente, en mejores desenlaces en salud para las poblaciones de nuestra región.

Bienvenidos, y que sea un congreso fecundo y transformador.

Muchas gracias.

Palabras de Paul Rodríguez Lesmes

Profesor Universidad del Rosario

Muy buenos días a todos. Es un verdadero honor participar en la apertura de este evento en nombre, primero de la Universidad del Rosario, también de la Universidad Nacional y en general de todo el Consorcio de instituciones que hacen parte de este proyecto de Fragmentación Financiera de los Sistemas de Salud. Es un proyecto que está en diferentes países. Trabajamos con instituciones en Brasil, en México, tenemos un liderazgo grande desde el Reino Unido en el Imperial College y con muchos coautores en diferentes lugares. Desde luego agradecer la apertura de la Universidad Javeriana, del Instituto de Salud Pública, para hacernos partícipes de este gran evento.

Este lema del año, “la salud en la transformación, diálogos latinoamericanos sobre las reformas, equidad y futuro de los sistemas de salud”, refleja muy bien este momento que vive la región. Estamos atravesando discusiones profundas sobre sostenibilidad financiera, gobernanza, modelos de atención. En Colombia vemos todos los días esa discusión, pero lo mismo ha estado pasando en diferentes regiones. México es una donde hemos visto el reflejo de estas discusiones y las diferentes posibilidades de cambio, bueno o malo, donde uno pueda pensar.

Esto es bien importante porque la forma en que los sistemas de salud están organizados y financiados tienen consecuencias muy importantes en la forma en la que finalmente las personas experimentan la atención en salud. Es algo más allá de lo financiero, es algo que se ve en la vida de los pacientes. En muchos países de ingresos medios y bajos existen múltiples subsistemas, distintos mecanismos de aseguramiento, diferentes redes de prestación, arreglos institucionales complejos. Eso a veces es muy difícil entre latinoamericanos casi que entender lo que el otro nos dice a pesar de que estemos hablando en español o portugués casi que suena igual, ¿no? Pero realmente nuestros sistemas son muy diversos y pasa en todo el mundo. Todos también estamos sujetos a una creciente presión financiera producto del cambio tecnológico y de diferentes presiones como la transición





De la reforma a la transformación: construir Sistemas de Salud justos para América Latina

Directora del proyecto SALHSA para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en las Américas. Profesora e investigadora de la Universidad de Bergen de Noruega

Quiero comenzar expresando mi más sincero agradecimiento por la invitación a este VIII Congreso Internacional de Sistemas de Salud y por la oportunidad de compartir con ustedes algunas ideas derivadas del trabajo de investigación que hemos desarrollado en el marco del programa SALHSA —*Strengthening Agency and Learning in Health Systems in the Americas*—, orientado precisamente a comprender, desde una perspectiva comparada y rigurosa, la estructura, el desempeño y los desafíos de los sistemas de salud en América Latina. Más que una presentación, lo que quisiera proponer hoy es una reflexión colectiva, informada por evidencia, sobre el rumbo de nuestros sistemas de salud y sobre el tipo de transformaciones que realmente necesitamos.

Tenemos hoy una preocupación en común, pero también una responsabilidad compartida: comprender, debatir y transformar los sistemas de salud de América Latina en este momento histórico, tan particularmente desafiante. No estamos aquí únicamente para describir lo que ocurre, sino para preguntarnos, con rigor y con sentido ético, por qué ocurre y, sobre todo, qué debemos hacer para cambiarlo.

Nos encontramos en un momento crucial en el que la región enfrenta una tensión estructural entre lo que los sistemas de salud prometen y lo que pueden garantizar. Porque, si bien el propósito fundamental de todo sistema de salud es mejorar la salud de la población, avanzar hacia la cobertura universal y proteger financieramente a las personas, la realidad muestra que estos objetivos están lejos de alcanzarse de manera equitativa. América Latina sigue siendo una de las regiones más desiguales del mundo, y esa desigualdad no es un telón de fondo: es un determinante central de la forma en que se organizan, financian y operan los sistemas de salud.

Permítanme comenzar con una idea que, aunque incómoda, es fundamental para orientar esta conversación: América Latina no tiene un problema de falta de reformas en salud;



Esto nos obliga a reconocer una distinción que debería ser el punto de partida de cualquier análisis serio: cobertura no es acceso, acceso no es calidad y calidad no es equidad. Esta frase no es un juego retórico; es una síntesis de la paradoja que caracteriza a los sistemas de salud de la región. Hoy, varios países reportan coberturas cercanas a la universalidad. Sin embargo, millones de personas no logran acceder de manera oportuna a servicios básicos, enfrentan largas listas de espera o reciben atención de calidad variable. El problema, entonces, no es simplemente quién está cubierto, sino quién accede efectivamente y en qué condiciones.

Para comprender estas realidades, es necesario ir más allá de las descripciones superficiales y adoptar una perspectiva analítica más robusta. Los sistemas de salud no son simples estructuras técnicas; son sistemas complejos que reflejan las condiciones históricas, económicas, sociales y políticas de cada país. Tal como lo muestra nuestro análisis comparado de seis países de la región, que incluye a Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala y México, no existe un modelo único de sistema de salud, sino múltiples configuraciones que responden a trayectorias institucionales específicas. Esta diversidad no elimina la existencia de problemas comunes, particularmente la fragmentación y la segmentación.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE SISTEMAS DE SALUD



La investigación permite, por ejemplo, entender cómo las diferencias en el financiamiento afectan la equidad. Mientras países como Colombia y Costa Rica presentan niveles relativamente bajos de gasto de bolsillo —13,6% y 20,3% respectivamente—, en Guatemala estos alcanzan niveles superiores al 50%, lo que implica que las familias financian directamente su atención, con consecuencias importantes en términos de pobreza y desigualdad. Asimismo, el análisis comparado muestra cómo los resultados en salud, como la mortalidad infantil, varían significativamente entre países, reflejando no solo diferencias en los sistemas de salud, sino también en los determinantes sociales.

Uno de los aportes más importantes de la investigación en sistemas de salud es mostrar que los problemas no son aislados, sino interdependientes. La gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos están profundamente interrelacionados. La debilidad en la gobernanza limita la capacidad de regulación y coordinación; el financiamiento condiciona el acceso y la calidad; la prestación refleja las fallas del sistema; y los recursos humanos determinan la capacidad de respuesta. Ignorar esta interdependencia conduce a reformas parciales que no logran resolver los problemas estructurales.

Otro elemento fundamental que resalta la investigación es la importancia de los sistemas de información. Sin datos, sin indicadores, sin capacidad analítica, no es posible gobernar



los sistemas de salud. El caso de Guatemala es ilustrativo: la ausencia de indicadores y sistemas de información limita la evaluación del desempeño, dificulta la rendición de cuentas y debilita la toma de decisiones. Esto pone en evidencia que la investigación y la información no son un complemento, sino una condición necesaria para la gobernanza.

De cara al futuro, los sistemas de salud en América Latina enfrentan desafíos aún más complejos: el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, el cambio climático y las restricciones fiscales. Estos desafíos requieren sistemas más integrados, más eficientes y más equitativos. Pero, sobre todo, requieren decisiones informadas. Decisiones basadas en evidencia, en análisis comparado, en comprensión de los determinantes estructurales y en una lectura clara de las relaciones de poder.

Permítanme cerrar con una reflexión. Los sistemas de salud en América Latina no necesitan simplemente más reformas; necesitan transformaciones profundas sustentadas en evidencia, en investigación rigurosa y en una comprensión integral de su complejidad. Esto implica repensar el contrato social en torno a la salud, fortalecer la gobernanza, mejorar el financiamiento, integrar la prestación de servicios y planificar estratégicamente los recursos humanos. Pero también implica reconocer que la salud es un derecho y que garantizar ese derecho es una responsabilidad colectiva.

Este congreso es, precisamente, un espacio para ello. Un espacio donde la investigación, la política y la práctica se encuentran. Un espacio donde la evidencia se convierte en acción. Un espacio donde podemos pasar de la descripción a la transformación. Porque, en última instancia, los sistemas de salud no son estructuras abstractas; son la forma en que una sociedad decide cuidar la vida. Y en América Latina, esa decisión sigue siendo profundamente desigual. El desafío que tenemos es construir sistemas que no solo funcionen, sino que sean justos; que no solo cubran, sino que garanticen derechos; que no solo atiendan enfermedades, sino que reduzcan inequidades. Los invito a que hagamos de este congreso no solo un espacio de reflexión, sino un punto de partida para la transformación real de los sistemas de salud en nuestra región.

Muchas gracias.

- Preguntas

Maestra de ceremonias: Tenemos una primera pregunta. ¿Qué lecciones del sistema de salud noruego se podrían aplicar en Latinoamérica?

Ana Lorena Ruano: Noruega es un caso interesante porque es un país, a pesar de que tiene una extensión muy grande, es un país pequeño, tiene solo 5 millones de personas con una población bastante homogénea, pero también con unos retos que nosotros podemos reconocer en nuestra región. No solo Noruega, sino Suecia y varios países nórdicos tienen problemas en la producción de recursos humanos, simplemente no hay suficientes médicos.



01

Gobernanza de los sistemas de salud: gobernanza multinivel, transparencia, participación y rectoría estatal

Moderador: Enrique Peñaloza Quintero

Instituto Salud Pública Pontificia Universidad Javeriana





Conferencia magistral

Rectoría y gobernanza de los sistemas de salud

Francisco Becerra Posada (México)

Asesor Regional en Salud para las Américas, UNOPS
Ex Subdirector de la OPS/OMS

Buenos días a todas y a todos. Es un gusto estar con ustedes. Muchas gracias al comité organizador, en especial al profesor Peñaloza por la invitación. Me pidieron hablar de gobernanza. Pero gobernanza implica que tiene que haber una rectoría. Si no hay una rectoría que esté guiando, ¿cómo podemos tener una gobernanza adecuada? Entonces, voy a tratar de enmarcar mi plática en lo que es rectoría y gobernanza de los sistemas de salud.

El tema de salud es quizás uno de los de más alta sensibilidad social que podemos tener. La sensibilidad social en cuanto a cómo me siento, cómo está mi familia en cuestiones de salud. Es muy, muy sensible, es altamente emocional, porque ver a un niño enfermo, ver a nuestros padres enfermos, pues siempre nos toca la fibra y esa parte emocional no la podemos deslindar. Pero también la salud está influenciada por los determinantes estructurales, aquellos determinantes estructurales que van a determinar todos los determinantes sociales, que muy bien lo tocó el rector esta mañana en su plática: en dónde nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos, nos educamos. Eso tiene que ver mucho con los determinantes estructurales.

Los determinantes estructurales están tomados por las decisiones políticas que se van tomando y las políticas que se van implementando. Y eso es lo que nos va a facilitar nuestro crecimiento, nuestro desarrollo y el poder también tener una salud adecuada.

¿Cuáles son las responsabilidades del Estado que no son delegables? O sea, el Estado tiene ciertas responsabilidades con la población y hay dos muy importantes. Una, que es precisamente la protección y la seguridad de la población. La parte de seguridad creo que es fundamental para que todos podamos vivir de una manera pacífica, tranquila y no tengamos que estar tras las rejas de nuestra propia casa por el miedo que tenemos. Y la otra es la protección en la salud pública. La protección en la salud pública es un componente y una función esencial del Estado que no lo podemos delegar. Implica todo lo que está alrededor de la protección ambiental, de las normas, de los reglamentos que están diseñados para proteger a la salud de la población. Y eso no se lo podemos dejar a un particular; tiene que ser una función del Estado, sobre todo la función pública de epidemia, de control



epidemiológico, de control de vectores, etcétera, que nadie lo puede tomar. Y esas son dos funciones que no le puede dejar el Estado a alguien más. Partiendo de esta premisa, sí tenemos que ver cómo esta función de la protección de la salud pública se va a estructurar dentro de cada país. Y es ahí donde vemos toda esta gama de sistemas de salud que tenemos en nuestra región.

Entonces, dar dirección al sistema de salud es la parte de la rectoría. ¿Qué es la rectoría? Es algo que mucha gente se pregunta. Pues la rectoría es como el rector de la universidad, es el que la va guiando. Y hay una gobernanza dentro de la universidad que es el Consejo Universitario. Bueno, la rectoría en el sistema de salud sí tiene que ser una función del gobierno dentro del sistema de salud. O sea, el gobierno tiene que decir hacia dónde va el sistema, quién lo va a encabezar, quién va a tomar las decisiones del sistema. Para poder tomar esa definición, quién va a llevar las riendas de lo que son las acciones de salud pública, de epidemiología, de control de vectores, de todo lo que se tiene que hacer y regular desde un punto de vista de políticas, de visión estratégica, de coordinación de actores, etcétera. Todo esto, con el interés público de lo que tenemos que hacer. Entonces, el ente rector en salud tiene que definir hacia dónde va a ir y tomar esas decisiones estratégicas desde un punto de vista de políticas. Y después viene precisamente esta parte de lo que nos interesa también.

¿Por qué es clave la rectoría? Pues para mejorar el acceso a los servicios de salud. Estamos de acuerdo que es importante, pero ya lo decía Ana Lorena, no es nada más el acceso, sino un acceso real y verdadero. ¿Cuáles son las barreras que están facilitando o no el acceso? La equidad en la asignación de los recursos. ¿Cómo estamos haciendo el manejo de nuestros recursos? Fortalecer la calidad y la eficiencia del sistema es importantísimo. Transparencia y participación de rendición de cuentas, que es algo que pareciera fácil, pero si no se cuenta con esto, muchas cosas pueden suceder y lo hemos visto en muchos países: cómo al no haber transparencia la corrupción impera, y el sistema de salud es uno que es muy fácilmente corruptible, sobre todo por el alto consumo de medicamentos, equipamiento muy caro, etcétera, y ayuda a responder mejor a la crisis, reformas y nuevas prioridades sanitarias. ¿Por qué? Y creo que con esto nos queda claro que la rectoría tiene un papel muy importante en todo lo que se tiene que hacer y quién va tomando esas decisiones.

Pero, ¿qué es la gobernanza? La gobernanza es el conjunto de procesos, estructuras e instituciones mediante las cuales se supervisa y gestiona el sistema de salud. O sea, si yo tengo varios actores, ¿cómo nos vamos a organizar? ¿Cómo nos vamos a poner de acuerdo? ¿Hacia dónde vamos a ir? ¿Cómo vamos a participar entre todos para que todo el sistema como tal pueda funcionar de una mejor manera? Son subsistemas, pero están integrados en un gran sistema y esos subsistemas tienen que ponerse de acuerdo para que se cumpla con la visión de la rectoría que el gobierno está tratando de llevar al país. Entonces, son interdependientes, uno depende del otro desde el punto de vista de que la rectoría nos dice hacia dónde, la gobernanza nos va a decir el cómo, el cómo hacerlo, cómo ponernos de acuerdo y hacia dónde ir.

Entonces, ¿cuáles son las diferencias clave? Y aquí lo tenemos que ver. La pregunta principal: ¿quién dirige el sistema desde el punto de vista de la rectoría? La gobernanza:



¿cómo se toman y ejecutan las decisiones? El actor central: la autoridad sanitaria y el Estado. Y en la gobernanza son los múltiples actores del sistema que teníamos que estar contemplando. El enfoque es el liderazgo y la dirección; y después, en la gobernanza, la coordinación y la participación. La naturaleza desde el punto de vista de la función institucional del gobierno, y después el proceso relacional e institucional. Y el objetivo: orientar al sistema, y el otro es hacer visibles, legítimas y efectivas la toma de decisiones. Estas son las preguntas clave y eso es lo que vamos a tener en consideración para entender todo lo que trabaja el sistema aquí.

Esto es algo que para mis clases es lo que yo utilizo para que los alumnos entiendan los ejes, o sea, la parte de la rectoría, la gobernanza, el marco legal y, quizás, lo más importante: financiamiento. El financiamiento no es qué tanto dinero tengo, sino cómo utilizo ese dinero que tengo. Y nuestros sistemas de salud en toda la región, por lo general se llevan 80-85% del presupuesto en salarios. Eso nos deja un mínimo para la operación, el crecimiento, implementación y la infraestructura. Entonces, ¿cómo hago uso de ese financiamiento? Es lo más importante. No qué tanto dinero tengo. Sí hay que tener mucho dinero, sí, nos ayuda. La OPS, la OMS dice que hay que tener por lo menos el 6% del PIB en salud, pero muchas veces no se logra y el crecimiento se va viendo muy reducido. Pero si vemos muchos de los presupuestos en nuestra región, hay subejercicio presupuestal, lo cual es un crimen tener subejercicio presupuestal cuando hay tantas necesidades.

¿Por qué el financiamiento para mí es muy importante? Porque si no es suficiente, seguro y bien implementado, no podemos tener todo lo que se requiere para que el sistema funcione. No vamos a poder mejorar la infraestructura, no vamos a tener al personal adecuado, el recurso humano que es importantísimo, que tiene que estar ligado con la infraestructura y el modelo de atención que hemos estructurado. La operación y la administración es importante, no podemos tener una administración. Pero si la administración es muy cara, y el querer administrar al sistema se nos lleva más parte de lo operativo, pues algo está mal en esa balanza. Los insumos y la salud pública y la vigilancia son importantes. Donde falle algo del financiamiento, va a fallar todo el sistema porque no se va a poder implementar de una manera adecuada. Con esto es de ahí de que cuánto dinero tengo, cómo lo utilizo y si lo utilizo de una manera adecuada y no tengo subejercicio presupuestal.

¿Son perfectibles los sistemas de salud? Quienes nos han antecedido en la palabra nos han dicho que sí, son perfectibles. No es tanto cómo lo puedo reinventar. Los sistemas de salud en la región han venido por muchas modalidades, con mucha visión hacia lo que es la atención primaria, que no la hemos logrado en su totalidad con mejora del acceso. Y si nosotros recordamos, en el 2014 en la OPS y después viene la OMS, toda esta cuestión de acceso universal al sistema de salud; no es nada más la cobertura universal, sino el acceso universal a los sistemas de salud, y es quitar toda la cuestión de todas las barreras de acceso que se tienen: geográficas, financieras, que pudiera haber, de discriminación, que hay mucho que tenemos.

Entonces, aquí podemos tener el tipo de arreglo, cómo luce la rectoría, cómo luce la gobernanza y los ejemplos. Hay varios ejemplos aquí de la región que nos pueden decir



que hay cosas muy buenas que se están haciendo, cosas muy buenas que están funcionando, cosas muy buenas de cómo se está ejerciendo el presupuesto. Pero que al no tener una visión de Estado o se pierde esa visión de Estado, empezamos a tener visiones de gobierno, y esas visiones de gobierno empiezan a traer una cuestión de reestructuración que no nos ayuda, que no es para perfeccionar el sistema, sino para tratar de reinventar el sistema sin un adecuado análisis de lo que está sucediendo. Entonces, todas estas cuestiones son clave y ahí hay ejemplos, claro, de nuestra región, pero que son tan dinámicas con lo que está pasando ahorita, con estos cambios que hemos tenido en muchos países, derecha, de izquierda, de centro, que en el mismo país puede haber mucha orientación del gobierno y eso nos trae a querer reinventar, pero no tratar de ser perfectible el sistema de salud. Y al no tener una visión de Estado, y al tener solamente una visión de gobierno, es donde empezamos a tener todos estos cambios que pueden ser no muy beneficiosos, aunque la idea pueda ser muy buena. Entonces, la cuestión es cómo se hace.

Si no hay un análisis y se basa en ideología, vamos a tener un serio problema. Sí tenemos que analizar antes de poder tomar una decisión y ver cuál es el problema y qué es lo que puedo hacer mejor. Si hay una improvisación contra planificación: voy a improvisar porque es la idea que se me ocurre sin hacer una buena planificación, y lo voy a hacer unilateralmente porque yo soy gobierno y yo decido lo que voy a hacer; o lo vamos a hacer de una manera participativa en la que todos podamos dar una opinión, poder analizar, poder ver las cosas y poder implementar lo que se requiere. Si nos vamos con la ideología, con la improvisación y un solo ente tomando decisiones, vamos a tener ciertos problemas que después no vamos a poder corregir de una manera adecuada.

Yo voy a hablar precisamente de estos temas tocando el ejemplo de México, que es el que mejor conozco y del que puedo hablar más ampliamente. En 2003, cuando se implementa el Seguro Popular en México, el entonces jefe de gobierno que era López Obrador, el jefe de gobierno del Distrito Federal, ahora Ciudad de México, decía que no se unía al Seguro Popular porque ni era seguro ni era popular. Entonces, de todas las entidades federativas de México, fue la única entidad federativa que no se unió al Seguro Popular. Cuando López Obrador deja el gobierno del Distrito Federal, el siguiente jefe de gobierno sí decide unirse al Seguro Popular. Con eso, todas las entidades federativas en México participaban del Seguro Popular. El Seguro Popular, como ustedes conocen, fue muy popular en su momento. Sí, el dinero seguía al paciente y había un cierto número de servicios que se iban prestando que se fueron incrementando año con año al haber los recursos financieros que estaban ahí.

El Seguro Popular persiste desde el 2003 hasta el 2018-2019 con dos sexenios panistas y un sexenio priista. O sea, el sexenio priista después de dos panistas, que fue donde se crea el Seguro Popular, le da continuidad al Seguro Popular y se va perfeccionando y se van reduciendo los ámbitos de corrupción y de dispendio que había en un principio porque empezaba a fluir mucho dinero. Se va corrigiendo eso y se iba mejorando y se tenía también el Fondo de Gastos Catastróficos que cubría aquellas enfermedades que podían dejar en la ruina a muchas personas, a muchas familias. Incluía múltiples cánceres, infartos



al miocardio, accidentes vasculares cerebrales y cataratas, por ejemplo, porque desde un principio se vio que las cataratas como una causa de ceguera reversible era muy importante para la población.

Después, en el momento que llega López Obrador a la presidencia, decide eliminar el Seguro Popular y suspender el fondo de gastos catastróficos. Lo que causa es que crea el Insabi, el Instituto de Salud para el Bienestar, rompiendo la descentralización que existía en el país, que nos había costado mucho trabajo hacer la descentralización a las entidades federativas para que tomaran sus propias decisiones en salud; y vuelve a centralizar la toma de decisiones y a tomar la mayoría de los sistemas centralizados con un presupuesto desde el centro. Lo que causa es que no todos los estados, principalmente los de la oposición, se sumen a esta recentralización. Entonces tenemos un país que no está unificado en el sistema de salud y nos está creando muchos conflictos en ese sentido. El Insabi que fue creado, como ya vieron en la diapositiva anterior, con un buen análisis y una buena perspectiva, no funciona.

Entonces, funciona del 2019 al 2022 y se elimina el Insabi, y por decreto se crea el sistema IMSS-Bienestar que estaba manejado al inicio por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Porque el decreto de creación lo pone bajo la tutela del Instituto Mexicano del Seguro Social y no lo pone sectorizado a salud, lo cual de por sí, por la Ley General de Salud que dice que todo aquello que esté prestando salud tiene que estar sectorizado a salud, el decreto de creación lo sectoriza al Seguro Social. Entonces, el director general del Seguro Social es el jefe de la Junta de Gobierno del Bienestar y toda la administración se va prestando por el Instituto Mexicano del Seguro Social, con lo cual hay un sesgo de cómo se está manejando el Bienestar.

En esta fase de los primeros años del IMSS-Bienestar no alcanza a arrancar de una mejor manera. Hay un cambio de imagen muy importante en todos los centros de salud y en todas las instituciones y se van absorbiendo hospitales, centros de salud de todos los estados para el sistema IMSS-Bienestar. Esto empieza a crear un serio problema de coordinación a nivel estatal porque al mismo tiempo se crea el Sistema Nacional de Salud Pública. Entonces, tenemos a un secretario estatal de salud, tenemos a un coordinador del Sistema Nacional de Salud Pública en la entidad, tenemos un coordinador del sistema IMSS-Bienestar en la entidad. Entonces, ¿quién toma las decisiones de la prestación de servicios de salud? Y de estos hay muchos ejemplos que han pasado al interior de los estados con esta falta de previsión de quién es el que lleva la rectoría.

Porque, caso real de una de mis alumnas, en una población donde ella es directora de un centro de salud, se inunda en temporada de lluvias la zona baja de la población, lo que crea que se implementen albergues en la que es una zona muy alta de la ciudad. Y en este gimnasio, ya está, todo el mundo sabe que hay que ir a poner atención y darle atención a quienes lleguen al albergue y es lo que el jefe de jurisdicción le manda el oficio y le dice: “Mande a los médicos y enfermeras a prestar atención a la gente que está llegando”. Llega la supervisión del IMSS-Bienestar y no ve médicos, no ve enfermeras porque todos están trabajando allá. Insiste en que se los tiene que regresar: “Pero no



puedo porque yo tengo el oficio del jefe de jurisdicción que se tuvieron que ir para allá". "No, los tiene que regresar". "Bueno, póngamelo por escrito y lo regreso porque yo tengo este oficio que me mandó el jefe de la jurisdicción de que tienen que estar allá". Y este tipo de conflicto se empieza a ver, porque ¿quién lleva la batuta en la toma de decisiones y en la prestación de este tipo de problemas que estamos viendo? Esto empieza a crear muchos conflictos.

Y ahora en este nuevo sexenio hay una persona que está tratando de llevar al IMSS-Bienestar hacia la rectoría y bajo la tutela de la Secretaría de Salud. Entonces, aquí tenemos un cambio de visión, con una visión más de lo que es la Secretaría de Salud y no nada más una visión del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sin embargo, sí se está fortaleciendo el IMSS-Bienestar en este momento; sin embargo, asume la deuda que dejó el Insabi en la compra de medicamentos, que es una deuda millonaria. A la fecha sigue debiendo más de 5,000 millones de pesos, lo que le está implicando que mucho de su presupuesto tenga que estar derivado al pago de esa deuda que deja el Insabi por la compra de medicamentos, que no ha funcionado de una manera adecuada. Entonces, tenemos un desabasto que continúa, hay una falta de coordinación e ideas que suenan lindas, pero ¿Son implementables? Y eso es una de las cuestiones que nos tenemos que hacer y estar preguntándonos continuamente.

que seguimos repercutiendo y que eso demuestra, y en toda la región demostró, la fragilidad de los sistemas de salud. Y esa fragilidad la tenemos ahí porque nunca nos hemos ido preparando y no nos estamos preparando en la región. En una región que está envejeciendo a marchas forzadas, en el que cada vez más va a haber demanda de servicios de geriatría, en que va a haber más servicios de gerontología, las instituciones no están preparándose para ese cambio demográfico que vamos a ver en breve. Entonces, hay decisiones en salud que la idea es noble, pero no sabemos si la estrategia va a funcionar. Entonces, aquí se están creando expectativas sin explicaciones claras y van a chocar con la realidad cuando se quieran implementar.

Tenemos el decreto de una Red Global de Salud con un sistema unificado de salud que se quiere crear en México, y lo están vendiendo con que al tener una credencial unificada vas a tener acceso a todos los servicios de salud. Y se crea por decreto, o por una credencial, un sistema unificado de salud, que siempre es lo que hemos querido tener en México con esta gran segmentación y fragmentación que tenemos. Pero tenemos a un ente que es tripartita, como es el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que el sector privado, el gobierno y el trabajador están aportando sus cuotas, y de repente van a ofrecer servicios de salud a todo el mundo.

Tenemos entidades bipartitas como es el ISSSTE, que es el Seguro Social para los Trabajadores del Estado. Y ante eso, pues, ¿qué va a pasar? Y qué vamos a ver, porque igual le van a dar atención a todo el IMSS-Bienestar, que son gente que no aporta, que no paga cuotas y que va a recibir todos los servicios gratuitos. Entonces, mientras no haya un financiamiento adecuado para todo el sistema, para este tipo de prestaciones, no va a funcionar.





Enrique Peñaloza: Bueno, mil gracias al doctor Francisco Becerra. Para continuar con el panel, entonces vamos a invitar a nuestros otros panelistas. Vamos a invitar al Dr. Gerson Bermont, que es el actual secretario de salud del distrito. Carol Bernal, presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública, y al doctor Andrés Vecino.

Entonces, vamos a arrancar la siguiente parte del panel con la intervención del Dr. Gerson Bermont. Él es secretario distrital de salud actual, con amplia experiencia en gestión pública y salud pública a nivel territorial y nacional. Se ha desempeñado en cargos directivos del Ministerio de Salud y Protección Social, donde ha liderado estrategias de promoción y prevención, gestión de riesgo en salud y coordinación interinstitucional, destacándose por su papel en el fortalecimiento de la rectoría sanitaria y en la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el acceso, la cobertura y la respuesta del sistema frente a emergencias sanitarias como fue la pasada pandemia.

Su trayectoria combina experiencia técnica, liderazgo operativo, articulación multinivel con una visión estratégica sobre la gobernanza, la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Su enfoque va a ser principalmente la gobernanza territorial, la implementación y la gestión del riesgo en salud pública. Las preguntas orientadoras fueron: ¿Cómo lograr coherencia efectiva entre el diseño de políticas nacionales y su implementación en los territorios con características heterogéneas? Y la otra fue: ¿Qué instrumentos de gobernanza permiten fortalecer la respuesta del sistema frente a riesgos emergentes y emergencias de salud pública?

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Aquí para empezar un magnífico diálogo, un saludo muy especial a los compañeros panelistas. Gracias a la Universidad Javeriana por invitarnos a este congreso. Bueno, 8 minutos para hablar de gobernanza en los sectores. Aprovechemos el tiempo. Gracias, mi doctor Enrique.



Tengo la oportunidad, gracias al perfil que logramos escuchar, de las oportunidades que hemos tenido en la vida de estar en el ayer en el manejo de la pandemia; estuve gerenciando la pandemia en cabeza del ministro Fernando Ruiz, donde nos tocó tener un ejercicio de gobernanza importante. Y tengo la oportunidad de pasar de ayer a hoy a la Secretaría de Bogotá en otro contexto general, y ver la gobernanza desde el territorio, lo que corresponde del nivel nacional al territorio y desde el territorio hacia las comunidades. O sea, que son dos aspectos que me permiten hablar un poco, pero reflexionar mucho sobre conceptos, como el doctor Becerra nos estaba explicando ahorita, de las dificultades en las políticas, en los gobiernos y lo que deberíamos resolver y tener estructuras que permitan no estar en unas variaciones tan fuertes de política pública. Porque finalmente los afectados son los ciudadanos. ¿Cómo logramos construir un eje central que nos permita, independiente de muchos aspectos, mantener una línea y un eje estructural que avance? Es como el reto que deberíamos encontrar en el marco de las políticas públicas.

Cuando estuvimos en pandemia, que yo lo llamo los 5 minutos de éxito, ¿cómo se llama? 5 minutos de fama de la gobernanza, de la salud pública y de la intersectorialidad, de la atención primaria. Fueron cinco minutos de fama, porque todos nos asustamos tanto que todos dijimos: “¿Qué hay que hacer?”. Y cuando hubo una rectoría, y gracias a Dios tuvimos una rectoría y una línea clara, todos esos intereses, todos esos actores que tiene un sistema de salud, todos esos egos gubernamentales, todas esas políticas fuertes al más alto nivel y a todos los niveles, como que bajaron 5 grados de ego y dijeron: “¿Qué hay que hacer?”. Y por 5 minutos de fama pudimos establecer una línea clara de cómo accionar. Buena, mala, regular, pudimos mejorar. Este panel no creo que sea para discutirlo. Bienvenido. Pero hubo una línea y hubo una gobernanza. Entonces, hubo gobierno.

Los gobiernos se logran efectivamente de diferentes formas: electoral, por supuesto. La ciudadanía me dio la confianza y el voto para yo ser gobierno, pero tener gobernanza necesita otros aspectos muchísimo más importantes que parten por la confianza. Inicialmente garantizar, y aquí hubo muchos actores de ustedes en ese momento, que hubo un gobierno que tomó la decisión de creer en la ciencia, creer en la evidencia, creer en quienes saben hacerlo, no el ego del poder: “Y aquí se va a hacer esto porque yo soy el que mando”. Hubo un gobierno que decidió consultar a los expertos, consultar qué pasaba en el mundo, cuáles eran posiblemente las mejores estrategias, y se tomaron decisiones consensuadas, decisiones que tuvieron participación de la academia, participación de la ciencia, participación de la evidencia y participación de la comunidad. Aunque era más difícil en el momento de la pandemia, hubo un ejercicio claro de gobernanza, hubo diálogo, hubo confianza y hubo autoridad, compartir, pero con autoridad. ¿Correcto?

Entonces hubo 5 minutos de fama de un gobierno con una gobernanza y algo espectacular en el último nivel, que eran las capacidades. Entonces, no eran las mismas las capacidades en La Guajira que en Bogotá, y no eran lo mismo las capacidades en el Guainía que en Antioquia. Entonces, había que entender que cada territorio tenía unas oportunidades y unas capacidades, y se confió en el territorio, se creyó en el territorio, se creyó en sus gobernantes, independiente de cualquier línea política, de cualquier línea ideológica, de cualquier línea de todo. Ellos bajaron 5 grados de ego, pero también el gobierno nacional



tuvo 5 grados de confianza en los territorios y se pudo dar respuesta, que pudo haber sido diferente, algo, vale. Pero hubo un ejercicio estructural de confianza, de gobierno, de gobernanza y de capacidades para poder dar respuesta a los territorios. Y en los territorios con menos capacidades hubo mayor injerencia del gobierno nacional o departamental, y los territorios con mayores capacidades pues cooperaron y colaboraron efectivamente en dar una respuesta. Conclusión: todos los territorios tienen diferentes formas de dar respuesta a un mismo problema y hay que coordinar y tener efectivamente ese ejercicio de cooperación para poder dar una respuesta. Funcionó.

Un día después soy secretario de salud. Otro contexto, efectivamente, dificultades en un sistema de salud. Doctor Becerra, espero que no nos asustemos, pero para allá como que vamos o queremos ir a veces, y hay que reflexionar sobre eso. Qué bueno volver a las evidencias y escuchar las experiencias de qué funciona, qué no funciona y quiénes se han estrellado contra la pared para no estrellarnos nosotros obligatoriamente. Qué bueno escuchar todos estos elementos. Pero un día después, ¿cuál es la experiencia? Un país donde efectivamente se rompieron muchas de estas estructuras.

En este momento doy mi concepto personal de la experiencia que me toca como secretario de salud de un territorio, de una Bogotá donde hay gobierno. Entonces, la gente tuvo confianza efectivamente y eligió un alcalde. El alcalde considera que tiene que tener gobernanza y define que efectivamente hay que hablar con todos los actores del sistema para darle un manejo a la crisis. ¿Correcto? Y se habla con las aseguradoras, se habla con las IPS, se habla con la comunidad, se habla y todo, y se construye un plan. Pero ese plan no puede ir solo, tiene que tener la coordinación con el gobierno nacional. El gobierno nacional tiene unas ideas, piensa, pero se rompen... se empiezan a romper efectivamente ahí, porque empiezan a aparecer factores muy complejos y muy fuertes, que yo los llamo la... no sé si decirlo aquí a los expertos, pero esto es la autocracia, no... ya se me fue... Cuando uno tiene gobierno, no necesariamente tiene la gobernanza, y no tiene la decisión clara y no tiene por qué decir: "Es que lo que se va a hacer es lo que yo pienso", porque si no se rompe absolutamente todo.

Y si no se coordina con los sectores, si no se coordina con los territorios, pues mi discusión es Bogotá. Bogotá no tiene por qué manejarse igual que La Guajira. Muy bien, lo que puede funcionar acá no necesariamente tiene que funcionar en todos los territorios y todos los aspectos. Y se rompen los tres elementos claros: se rompe la gobernanza porque se rompe la confianza. Se rompe la confianza de lo que el territorio tiene capacidades para hacer y lo que debe hacer. Inclusive por orden constitucional lo debe hacer. Pero se rompe efectivamente esa confianza, se rompe el diálogo y se rompen efectivamente las capacidades.

Y lo voy a poner con un ejemplo para entender cómo es de complicado, y un ejemplo que todos podemos entender con facilidad: la atención primaria. Entonces todos estamos hablando de atención primaria. El gobierno nacional con su reforma, sus ideas y de todo, listo, está hablando de atención primaria. Válido. Creo que todos tenemos un consenso desde Alma-Ata, de que la atención primaria es un elemento válido para cualquier sistema de salud, adaptándolo como una estrategia que puede dar resultado. Bienvenido. Ellos están



hablando de atención primaria. Bogotá está hablando del modelo 'Más Bienestar' de atención primaria. Sí, habla de atención primaria social, le da un enfoque, le da una característica. Es válido, es el territorio. El territorio debe entender lo que sucede en su territorio, debe hablar con la gente y entender cuáles son las necesidades de su territorio. Incluso a nivel de Bogotá son mil territorios; Bogotá no es un solo territorio. Si ni siquiera soy capaz de dar una línea clara... una línea única, perdón, no clara, sino una línea única para todos los territorios. Tengo que construir; es diferente Sumapaz a Chapinero. Son dos ciudades totalmente diferentes. Entonces, yo tengo que construir mi estrategia.

Entonces, pretender que la línea del gobierno nacional sea una copia exacta de la línea del gobierno distrital, y de esa misma línea se baje a las mil líneas del gobierno territorial, eso no funciona en la realidad. Eso no funciona en la realidad. Pero cómo se rompe el gobierno, la confianza de la gobernanza, pues ahí ya se empieza a tambalear absolutamente todo lo que puede pretenderse obtener un resultado.

Entonces, aquí es donde vienen los elementos para reflexionar y para pensar. Y para continuar con el ejemplo, atención primaria. El gobierno definió sus equipos básicos, sus equipos de todo, y tiene un elemento. ¿Dónde funciona? No sé dónde funcione bien. Pero lo primero que hizo, y esto es algo gravísimo, fue brincarse al territorio, fue brincarse a los municipios, fue brincarse a los departamentos. En Bogotá, como Bogotá dijo: “Aquí hay un modelo que se llama “Más Bienestar”, y dijeron: “A mí no me interesa su modelo”. Intentaron a través de la intervención de la Subred Centro Oriente poner equipos territoriales a través de una subred intervenida. Cuando no se pudo a través de la subred, intentaron a través del Hospital de la Universidad Nacional, que agradezco efectivamente que el rector de la Universidad Nacional dijo: “Venga, esto sin territorio, esto sin coordinación no va a funcionar”, y me preguntó: “¿Me quieren contratar unos equipos territoriales a través de un hospital?”. Brincándose el territorio, brincándose el distrito, efectivamente, llegar a un hospital a generar una política diferente y un esquema diferente. Eso ¿qué es?

Y así sucedió en todo el país. Terminaron territorios que ni siquiera sabían qué conversaciones tenían con los hospitales y qué se estaba implementando en un territorio. Y se rompió completamente la línea clara de que tenemos un objetivo: la atención primaria. Pongámosle un punto: la desnutrición. Pero si se rompió efectivamente el hablar con el territorio, hablar con los actores, hablar con la comunidad y tener una línea clara, pues sencillamente las buenas intenciones no terminan absolutamente en ningún lado, en ningún plan.

Y eso es muy complejo cuando se tiene un elemento muy fuerte... que con eso termino, mi doctor Peñaloza, porque usted, doctor Becerra, lo dijo: el primer punto es la financiación. Si cuando yo tengo el poder del presupuesto, lo quiero llevar al poder de la política pública, se rompió absolutamente todo: “Como yo tengo la plata, yo mando y digo qué es lo que usted tiene que hacer”. Y se rompió todo el ejercicio de la base hacia arriba para decir qué es lo que verdaderamente necesita una comunidad, cómo es el entendimiento común realmente del mismo problema, coordinando autoridades nacionales, distritales, municipales y locales. Y se rompe, por supuesto, la actuación coordinada de todo ejercicio.



Esto como introducción para decir qué es lo que debemos hacer efectivamente en el marco de una política pública que tenga realmente una coherencia y una cohesión para poder obtener un resultado, a quien no le debe interesar toda esta estructura errónea de gobierno, gobernanza y de todo, que es al ciudadano. Para el ciudadano debería ser transparente, y la Constitución nos ordena a coordinarnos y a establecer conversaciones claras para poder darle respuesta a ese ciudadano. Siempre al final es el ciudadano el que sufre esta descoordinación que tenemos en todos los niveles.

Enrique Peñaloza: Bueno, mil gracias. Arrancamos bien. Ahora vamos a continuar con la intervención de la doctora Carol Bernal. Ella es doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Es fonoaudióloga y magíster en Discapacidad e Inclusión social. Es presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública, profesora investigadora, consultora con experiencia en salud pública, salud colectiva, políticas públicas, determinantes sociales de la salud, inclusión, género, interseccionalidad, humanización y apropiación social del conocimiento.

Su trabajo se caracteriza por una mirada crítica e interdisciplinaria que vincula la salud con los derechos humanos, la justicia social, los determinantes estructurales, el enfoque territorial y los desafíos contemporáneos de la salud pública, incluyendo la crisis climática, la salud ambiental y la participación social. Su enfoque es gobernanza inclusiva, enfoque diferencial y humanización de los sistemas de salud, y apropiación social del conocimiento en los sistemas de salud.

Tenía dos preguntas también sugeridas, que son: ¿Cómo pueden los sistemas de salud institucionalizar un enfoque de gobernanza que incorpore de manera efectiva la inclusión, la interseccionalidad, y el enfoque diferencial en la toma de decisiones? Y, ¿qué transformaciones institucionales son necesarias para pasar de la política inclusiva en el discurso a las prácticas reales que reduzcan las brechas de acceso y calidad en las poblaciones históricamente excluidas? Bienvenida, Carol.

Carol Bernal

Presidenta Asociación Colombiana de Salud Pública

Muchas gracias, Dr. Enrique. Bueno, un saludo súper especial para mis compañeros de panel. Me siento muy feliz de que tengamos este espacio de acá. Un saludo súper especial también a las personas que están en este momento en el auditorio, que además veo a varias de ellas con quienes hemos tenido oportunidades de encontrarnos en nuestro trabajo y en nuestros caminos en distintos momentos. Les cuento que, bueno, estas preguntas tienen una complejidad muy grande. No es nada fácil de resolver esto de alguna manera.

Tiene que ver con lo que somos como sociedad colombiana, con una historicidad que seguramente conocemos, que tiene que ver también con nuestro pasado colonial un poco. El Dr. Becerra, que comparte desde sus raíces mexicanas, lo sabrá, y que, pues, llegan hasta nuestro hoy en día. Y nuestro hoy en día recoge, desde nuestro Estado social de derecho



que es Colombia, toda una serie de reconocimientos sobre la pluralidad existente en nuestro país, en la Constitución Política colombiana del año 1991, y porque usualmente nuestro país, por lo menos desde lo institucional y demás, ha recogido siempre todo lo que ha sido la línea de derechos humanos y ese reconocimiento de la diversidad y de la pluralidad.

Luego sí, cuando hablamos de enfoque diferencial, como sabemos, nos referimos precisamente a poblaciones que han sido históricamente relegadas de ese ejercicio de sus derechos humanos y allí, pues, en informes un poco más técnicos, incorporamos una serie de poblaciones, ¿cierto?, que están allí. Está, por ejemplo, el enfoque de género, de población LGBTQ+; está también el enfoque de poblaciones étnicas, de adultos y adultas mayores, de infancia, niñez e infancia principalmente, incluso juventudes.

Y entonces, cuando miramos eso, pues ha habido unas autoras que desde el pensamiento crítico nos hablan de interseccionalidad mucho más allá del enfoque diferencial, tales como Ochy Curiel, por ejemplo. Y ella mencionaba que, pues a veces pensamos en el enfoque diferencial como esos otros, ¿no?, “otredad” que a nosotros no nos alcanza a tocar, pero que realmente cuando nos miramos vamos viendo que sí es así, especialmente teniendo en cuenta cosas como las que nos mencionaba el doctor Becerra sobre el tema de envejecimiento, donde cada vez, pues, las curvas poblacionales nos muestran que hay unas tendencias mucho más hacia allí. Y por supuesto, como sistemas de salud, debemos empezar también a dar una respuesta mucho más clara y mucho más consensuada hacia esas necesidades emergentes que nos plantea la longevidad y que nos seguirá planteando. Porque no es lo mismo que tú llegues hasta los 90 años en determinadas condiciones que ya demás en estos nuevos contextos.

Luego sí es un reto, y volviendo a Ochy Curiel, ella decía: “No, es que no somos las minorías como usualmente nos han catalogado, sino somos más bien las mayorías”. Y cuando a veces ya nos empezamos a ver en el espejo en las mañanas decimos: “Sí, esto de la tercera edad era una realidad, ¿cierto?”. Y cuando uno ya no ve igual, no camina igual, etcétera, entonces sabemos y nos vamos volviendo más conscientes de eso. Pero a veces, desde el tema de los currículos, por ejemplo, no nos lo enseñan. Vemos eso siempre como unas realidades muy alejadas y resulta que ahora mismo esos son enfoques que deben estar presentes en nuestra formación, por ejemplo, desde la perspectiva y de todo el espectro de disciplinas, de profesiones de la salud.

Y es un reconocimiento también, tal vez, a lo que hablaba ahora el Dr. Gerson Bermont sobre el tema de territorialización. Porque al final sí, nuestro código genético no solamente es ese que tenemos, sino es también ese donde habitamos, donde vivimos, el aire que respiramos, el agua que consumimos, la tranquilidad o no que tenemos. La semana pasada estuvimos en la ciudad de Santa Marta, porque Colombia fue el escenario de una serie de conversaciones y acciones alrededor de temas de transformación energética y de alejarnos un poco de los combustibles fósiles, porque también, desde esa perspectiva de los determinantes estructurales, están presentes todos esos aspectos que nos enferman. Y existen hoy día toda una serie de informes también que dan cuenta; hay uno especialmente que se los recomiendo muchísimo, “De la cuna a la tumba” se llama, y que explica cuáles son





Ayer teníamos en nuestra organización un webinar sobre el tema de partería, se llama “Hilando la vida desde los territorios”. Ahí se lo recomiendo. Bellísimo. Pero es tan importante y tan relevante todo lo que nos estaban mostrando precisamente mujeres de comunidades afro, mujeres de comunidades indígenas y todo lo que viven. Porque en muchos territorios de nuestro país el acceso que tienen para poder tener a sus hijas e hijos, pues es precisamente desde la partería. ¿Qué tanto reconocimiento se está teniendo? ¿Qué tanto diálogo de saberes se está propiciando y qué tanto se están dando realmente unas condiciones dignas también para ese ejercicio, por ejemplo? Pero tenemos otras realidades, de migración, de otras cuestiones. Por tanto, en términos de cifras, pues va a ser muy importante medir, por supuesto, poder tener una información desagregada para que podamos saber también unos cuántos, y poder tomar, por supuesto, unas acciones que tengan en cuenta, por ejemplo, una participación, pero vinculante, de las personas, pues desde esta diversidad.

Sé que, por ejemplo, en Bogotá, en el momento en que estuve vinculada en algún momento a la Secretaría, se trabajaba mucho con el tema de barras bravas, ¿no?, que así son conocidas. Entonces, de estas juventudes, eso es importante porque a veces vemos esas problemáticas pero no sabemos que pueden efectivamente desde estos nichos comunitarios empezar a apalancarse unos procesos nuevos, no sé, de temas de salud sexual y reproductiva. Entonces, lo vemos desde una perspectiva adulta, pero la perspectiva actual y de los jóvenes y demás es súper diferente, especialmente con el tema de redes sociales, tecnologías. Entonces, son esos retos de estar allí, pues para cerrar, reconociendo, por supuesto, esas diversidades y realidades de nuestra Colombia, de nuestro bello territorio, que en su generalidad tiene precisamente muchas cosas.

Y ya como tal, pues, en los sistemas de salud, por supuesto, sí que se tiene que mirar de manera estructural cómo es que se va a hacer para precisamente apuntar a unas problemáticas que den respuesta a esas realidades territoriales. Yo creo que hoy día eso no es tan complejo. Acá hay una gente que es una tesa (sic) en temas epidemiológicos, etcétera, y hoy día los sistemas de información permiten una interoperabilidad, permiten también tener incluso mapas de capas de información. Entonces, creo que hay que poner eso en términos de las voluntades. La gobernanza exige voluntades.

La gobernanza tiene que ver también con relaciones de poder, con cómo el poder está distribuido. A veces pensamos: “No, el poder de este gobernante, venga, señor secretario, resuélvanos todo lo de salud acá o que nos resuelva el ministro de salud”. Bueno, no sé. Y en realidad no nos hemos dado cuenta a veces de que deben conjugarse esas voluntades, precisamente los diversos actores que hacemos parte también de estos procesos de salud, que habitamos estos territorios y que obviamente, aunque son retos muy grandes, sí debemos apalancarnos también muchísimo.

Primero, en ser conscientes de cuál es esa diversidad y segundo, trabajar precisamente en articulación con ello para poder también dar unas respuestas más eficaces. Porque como dicen, quien lo vive es quien lo goza. Finalmente, las personas que están viviendo esas situaciones son quienes saben cuáles son realmente esas necesidades de salud



Enrique Peñaloza: Mil gracias, Carol. Ahora vamos a escuchar la intervención del Dr. Andrés Vecino, académico colombiano, experto en economía de la salud y evaluación de políticas públicas con formación médica acá en Colombia, con formación de economía también, pero con formación en el exterior.

El enfoque que le pedimos a Andrés fue: gobernanza basada en incentivos, evidencia y resultados. Y entonces tenía dos preguntas guías que eran: ¿Cómo deberían diseñarse los incentivos regulatorios para que la gobernanza del sistema se traduzca efectivamente en mejores resultados?, y ¿qué se requiere para institucionalizar la toma de decisiones basada en la evidencia en sistemas donde los incentivos políticos y económicos suelen ir en sentidos contrarios? Bienvenido, Andrés.

Investigador

Es difícil hablar de gobernanza después de una buena presentación y dos buenos panelistas, pero déjenme hablar de cómo quizás a través de la plata, como decía el secretario, se puede generar gobernanza en el buen sentido de la palabra. Y es que Colombia tiene un instrumento potencial que no hemos usado realmente, que es la UPC. Todos aquí saben, la UPC es la plata que la ADRES gira a las EPS y que de ahí se gira a los hospitales, los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías, etcétera. Y ahí hay una oportunidad que realmente no hemos aprovechado.

Y es cómo utilizar la UPC, similar a lo que hace el Banco de la República con la tasa de interés, para generar cambios en los objetivos del sistema de salud. Los objetivos del sistema de salud son finalmente las personas, ¿no? Son los pacientes, son los profesionales de la salud, el talento humano en salud, y uno quiere realmente buscar cómo empujar que las cosas cambien y eso se puede hacer a través de ese instrumento. Entonces, yo lo que hice fue hacer una



breve descripción de qué cosas se necesitarían para que esa UPC realmente pueda servir a ese propósito.

Lo primero es, por supuesto, la UPC hay que mantenerla y hay que mantenerla como lo que es: una prima de riesgo. Entonces, empecemos por ahí. Una prima de riesgo, que es básicamente el cálculo actuarial de los costos esperados por cuenta del aseguramiento en salud. Y eso, digamos, que está definido, eso se hace, es una metodología que tiene problemas y que hay que mejorar. Y por supuesto, digamos, quizás dos grandes problemas para destacar es que se utilizan datos proyectados que son pasados. Es en parte lo que pasó con la UPC en el 2023, que se estimó con una inflación del 3% cuando terminó siendo 12, y el 2024 se estimó con una inflación del 7% cuando terminó siendo nueve. Entonces ese desfase nos llevó, en parte, al problema en el cual estamos ahora. Sí, se podría haber actualizado la UPC, no se hizo. Eso fue un error, pero digamos que esas cosas pasan por cuenta de que uno le apuesta al futuro y normalmente la economía colombiana, al menos después de la independencia del Banco de la República, tenía una inflación más o menos estable. Entonces, calcular la inflación con dos años para atrás no hacía mucho daño, pero ahorita con la pandemia vimos esa gran fluctuación y esa fluctuación fue la que llevó a que estuviéramos en este problema de insuficiencia, en parte. Entonces, digamos que eso hay que mejorarlo y ya tenemos hoy en día mejores sistemas para mejorar eso.

Por otro lado, lo decía Zúlima en su introducción inicial, el problema de información, ¿no? Y es que seguramente la mayoría de aquí sabe, pero la UPC se calcula para el 2026 con datos del 2024 proyectados, ¿no? Y el tema es que no solamente tenemos datos para el régimen contributivo. La UPC del régimen subsidiado solo se ha calculado una vez que fue en el 2022. Sí, es más, y es el 50% de la población. Sí, así es. Solamente se ha calculado una vez y fue a través de un esfuerzo enorme, porque básicamente lo que ocurre es que los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías envían sus datos a las EPS, las EPS los recolectan y los envían al Ministerio de Salud. Pero en ese tránsito hay un problema y es que el régimen subsidiado, que tiene una gran proporción de prestadores públicos, no tiene las capacidades siempre para generar la información que se necesita para el análisis de suficiencia.

Entonces ahí hay un problema grande y no estamos hablando de eso, no estamos hablando de cómo vamos a fortalecer no solo a los directores, que es un tema de hospitales que usualmente hablamos, sino también cómo vamos a hacer para mejorar la forma cómo se recolectan esos datos en los hospitales públicos, de forma que podamos tener una UPC del régimen subsidiado que sea razonable para esa población específica, que es una población particularmente vulnerable. Entonces, bueno, arreglados esos temas, supongamos que los arreglamos, la UPC constituye una oportunidad de gobernanza. Y entonces hay cuatro temas que yo quería mencionar.

El primero es la economía política de la UPC, porque la UPC en últimas lo que terminó haciendo fue quitándole la responsabilidad al gobierno de financiar el sistema. Sí, la UPC se calcula, el Ministerio de Hacienda desembolsa los recursos y se desentiende del tema, no más. Y el resto del año eso le toca lidiarlo a la ADRES y a las aseguradoras y, por supuesto, a los prestadores y a los pacientes también. Entonces, en ese proceso de desvincularse de las consecuencias



financieras de problemas como el COVID o de problemas de eficiencia, realmente el gobierno, el Estado se desentendió, y yo sí creo que tenemos que volver a un momento en el cual, como dicen, el Estado pone la carne en el asador. Y si yo calculo mal la UPC o si yo permito la entrada de tecnologías que no son costo-efectivas, entonces yo tengo que pagar. Sí, ese es un tema importante que no estamos discutiendo. Entonces, digamos que parte de esto es que la UPC podría jugar ese rol, ¿no? Y es la posibilidad de que el Estado de nuevo internalice esos incentivos para hacer las cosas bien y no simplemente se desentienda.

Otro tema es quién toma esa decisión. Normalmente la Comisión de Tarifas del Ministerio de Salud en conjunto con el DNP y MinHacienda... ya no funciona eso, ya lo vimos. Sí, esto debería ser, por ejemplo, algo como el Comité Autónomo de la Regla Fiscal, que es independiente del Ministerio de Hacienda. Y sus decisiones no son vinculantes finalmente, pero puede hacer un cálculo efectivo de lo que es el Presupuesto General de la Nación. De la misma manera, debería ser un grupo específico que esté separado, que no dependa de los vaivenes políticos para la toma de decisiones de la UPC y que haga el cálculo bien. De forma que no termine siendo que quizás votan a alguien en la Comisión de Tarifas porque hace un cálculo diferente.

Segundo tema: estamos hablando mucho de prevención y es verdad, tenemos que hacer más prevención. Pero parte del problema es que la UPC tenía un porcentaje... La idea de los aseguradores es minimizar el gasto, y si usted mete la prevención dentro de la UPC, pues yo también voy a minimizar ese gasto, lo que incluye la prevención. Entonces, ¿por qué no más bien separa el componente preventivo con un pago per cápita pagado a posteriori y una vez dado, con un paquete simple de beneficios que incluye servicios de prevención? Por ejemplo: vacunación, crecimiento y desarrollo, salud mental, algunos tamizajes sencillos de cáncer como ocurre en Europa, y evaluación funcional de la vejez. Con esos cinco, y usted lo paga después, todo el mundo se beneficia. Entonces, separe la prevención de la prima de riesgo, porque finalmente usted quiere minimizar el riesgo de la enfermedad, usted no quiere minimizar el riesgo de la prevención.

Tercer tema: la UPC tiene que empezar a ser pagada por desempeño. Sí, no podemos seguir en esta, porque el país ha sido muy bueno, y eso hay que decirlo, ha sido muy bueno en reducir el gasto de bolsillo. Sí, es el menor gasto de bolsillo, el único indicador de la OCDE donde nos destacamos, o tal vez era ese, hay que esperar la nueva revisión de la OCDE, pero sí puede ser, es el único indicador. Entonces, ¿por qué no buscar una forma de mejorar, de vincular ese ahorro a la calidad? Y eso se puede hacer con indicadores que hoy en día existen. Propuestos. Eso es de un documento que publicamos con Juliana Morad y otros del Observatorio Laboral de la Javeriana: los 11 cánceres priorizados por la Cuenta de Alto Costo, mortalidad materna, infantil, mortalidad con VIH. No es para que los aseguradores no aseguren gente con VIH, sino que más bien no se les muera. Mortalidad por suicidio, porque es un indicador, digamos, duro que permite capturar problemas de salud mental a pesar de que, por supuesto, se escapan cosas, ahí hay problemas, digamos, de cómo se capturan esos temas; y mortalidad con insuficiencia renal crónica.

Entonces, de esa manera usted le está diciendo a los aseguradores: “Usted se está desempeñando bien o mal y yo con eso le doy una plata adicional o no”. No se trata de castigarlos.



Si usted tiene una EPS intervenida que está haciendo las cosas mal y le quita más plata, no va a poder hacer las cosas. Entonces, se trata es de recompensarlos.

Y lo cuarto es la ponderación de riesgo. Porque si ustedes leen los documentos de Juan Luis Londoño y Julio Frenk del pluralismo estructurado, ellos concebían ese rol del articulador de forma que hubiese competencia entre ellos. Y la realidad es que en Colombia no ha habido tanta competencia en el articulador; no hay competencia por temas institucionales, porque es difícil... yo si tengo una enfermedad renal crónica, salirme hoy de mi EPS intervenida —de hecho, hay un *paper* reciente publicado al respecto— para irme a otra EPS porque en ese mes de transición, ¿quién me va a cubrir la diálisis? Entonces ahí hay problemas, digamos, en la generación de competencia entre las EPS y eso podría mejorarse, pero ese problema lleva también a que no haya una adecuada ponderación de riesgo.

Entonces, ha habido una acumulación sistemática de riesgo en unas EPS específicas que están particularmente siniestradas y estamos simplemente tratando de ponerle parches con la Cuenta de Alto Costo y otras cosas. Tal vez lo que deberíamos hacer es más bien recompensar a las EPS que están tratando a esos grupos poblacionales más costosos. Y ponderar realmente el riesgo que están capturando. No se trata de darle más plata porque hay gente más enferma, sino darle más plata porque hacen las cosas bien, pero también porque experimentan una carga diferencial. Y eso, por ejemplo, podría favorecer a EPS pequeñas que están en zonas rurales que tienen cargas de enfermedades específicas.

Entonces, bueno, con esos cuatro temas quería mencionar cómo esa visión del sistema de salud enfocado en las personas puede mejorarse justamente a través de un instrumento particular, una oportunidad enorme que tenemos, que estamos a punto de destruir, que es la UPC.

Enrique Peñaloza: Bueno, Andrés, mil gracias. Sigamos haciendo preguntas, esto genera oportunidad de hacer preguntas. Y vamos con la última intervención de Francisco, ya lo habíamos presentado.

Entonces, a Francisco le pedimos que el enfoque sea gobernanza regional y colaboración internacional. Él tenía dos preguntas guías que eran: ¿Es viable avanzar hacia una arquitectura de gobernanza sanitaria regional en América Latina?, y ¿qué mecanismos permitirían armonizar políticas, regulación y capacidades institucionales entre países de la región?

Francisco Becerra: El tratar de homogeneizar y de tener sistemas uniformes es como la utopía, ¿no? Y si no podemos tener un esquema de vacunación uniforme en la región y cada país tiene un esquema de vacunación diferente, imagínate querer tener un sistema de salud más o menos igual, con la idiosincrasia y la forma en que cada sistema se ha ido transformando y reformando a lo largo del tiempo, tratando de tener una mayor cobertura a su población, pero con un acceso más real. Y creo que es ahí donde empezamos a tener este tipo de situaciones.

¿Están en realidad las reformas encaminadas a mejorar el acceso, no nada más la cobertura? Porque, bien lo decía Ana, la cobertura te puedo decir que tenemos el 100% de cobertura casi



en todos lados, pero no es lo mismo decir cobertura a que yo pueda llegar a ese centro de salud que me queda caminando a 10 km, o que solamente hay un autobús que sale tres veces a la semana para bajar a la capital del estado o de la provincia. Los programas de acceso geográfico son muy importantes, pero también viene vinculado el acceso por financiamiento, en lo económico, porque para llegar tengo que pagar el autobús, y si no tengo dinero para pagar el autobús, no puedo llegar al centro de salud. Pero si llego al centro de salud y soy indígena, o soy de la población LGBTQ+, etcétera, y se me discrimina, ya no tengo acceso al servicio de salud. Y cada país tiene una idiosincrasia en ese sentido, Enrique, y tratar de unificarlo es bien difícil.

Por eso la evidencia nos tiene que guiar a una mejor toma de decisiones. Lo que estaba diciendo ahorita Andrés, él está tomando un caso muy específico, utilizando evidencia de sus análisis económicos de lo que pudiera suceder en Colombia, pero no es lo mismo México con lo que yo les demostré, con lo que yo les presenté de lo que está sucediendo en este momento, a lo que puede hacer Argentina o lo que puede hacer Chile, que tenemos una gran variabilidad de prestadores de servicios con obras sociales, etcétera, que es bien diferente entre otros lados. Y cualquiera de todos estos sistemas que hemos visto, todos fueron muy frágiles en el momento de la pandemia. Ninguno estaba preparado. Todos tuvimos que correr, todos tuvimos que improvisar, algunos así y otros con el uso de evidencia.

El tratar de minimizar un problema, como se hizo en México desde la perspectiva federal, nos impactó negativamente. Cuando usas la evidencia y tomas decisiones, puedes tener una mejor prestación de servicios y una mejor respuesta para proteger a tu población. Y también mucho tiene que ver cómo ves a tu población. ¿Ves a tu población como personas con derechos, o ves a las personas como utilidad política, o ves a las personas desde un inicio como pacientes? Porque si los ves como pacientes estás pensando en hospitales; si los ves como personas, estás pensando que puedes prevenir la enfermedad desde un nivel básico de atención. Y esa es una visión de cómo ves a tu población desde la perspectiva de gobierno. Y creo que ahí es en donde también empiezan esos cambios hacia lo que tú le quieres dar a tu población y a las personas que son parte de tu población. Y es ahí donde no podemos unificar un sistema.

Y mira que desde la OPS y de la OMS han venido una cantidad de ondas y de modas y de todo lo que se tenía que hacer. Y no sé si se acuerdan de los SILOS, los Sistemas Locales de Salud, que estuvieron muy de moda, y después toda la variabilidad que ha habido, pero todos tratando de fortalecer la atención primaria y aún no lo logramos. Entonces, ¿qué es lo que sucede? La gente piensa que si el centro de salud que le queda más cercano no le resuelve sus problemas básicos de salud, va a querer llegar al hospital porque en el hospital hay médicos especialistas, porque en el hospital tiene equipo, porque el hospital le puede resolver su problema de salud y ya no confían en su centro de salud. Pero si el centro de salud no tiene médico, no tiene enfermera, no tiene medicamentos, obvio la persona va a querer llegar a un nivel superior en el sistema de salud.

Pero se juntan a veces muchas cosas. El centro de salud a lo mejor no tiene médico y enfermera porque la cuestión de seguridad pública no les permite estar ahí, porque son asaltados a cada rato o son secuestrados, o no hay medicamentos porque el sistema es ineficiente o lo que tú gustes y mandes. Creo que esa mala estructuración de la respuesta



La política de Estado va a ser perdurable. Es una visión a largo plazo. La visión de gobierno te puede durar 4 o 6 años, porque es lo que el gobierno va a estar, y esa visión de gobierno puede cambiar de un momento a otro. Lo estamos viendo en Estados Unidos, lo estamos viendo en México, lo estamos viendo en Colombia, lo estamos viendo en Perú, lo estamos viendo en todos lados. Y esos cambios de derecha a izquierda, al centro, sin una visión de Estado, que es lo que debe de imperar en seguridad y en salud, no van a permitir brindarles ese acceso a los servicios de salud a la población que tenemos. Y creo que esto debe ser el inicio del diálogo que los países deben de tener: una visión de Estado para la protección a la salud.

Enrique Peñaloza: Gracias, Francisco. Ahora quiero lanzar una pregunta para que los cuatro panelistas hagan su reflexión y sería: ¿Dónde está el mayor déficit de gobernanza hoy? Veámoslo a nivel país, a nivel territorio, a nivel latinoamericano. Veámoslo desde diferentes perspectivas.

Uno en las discusiones de reforma escucha mucho, por ejemplo, gente, seguramente hay personas aquí que piensan igual, que quieren que retorne el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la CRES. Y hay razones válidas para eso, ¿no? Básicamente porque los actores sienten que fueron despojados de la capacidad de dialogar con el regulador. Los estudios muestran en general que ambos fueron malas ideas y generan problemas de conflictos de interés serios, y uno no quisiera volver a lo mismo. Pero lo que sí es necesario es un regulador que ponga unas reglas del juego, primero transparentes y segundo consistentes. Y yo sí creo que, a pesar de todas las buenas cosas del sistema de salud, esa parte se perdió.

Gerson Bermont: Metámonos en camisa de once varas. Yo creo, voy a resumirlo en tres elementos.



Primero, una dictadura que realmente viene de muchísimos años en Colombia, que es la dictadura de la centralización. De esa no nos hemos podido soltar. Queremos tomar decisiones desde el nivel central, sin el diálogo, sin la conversación y sin la confianza de creer que los territorios también tienen capacidades de poder resolver sus problemas.

El segundo elemento que está pegado, por supuesto, al primero, es la dictadura presupuestal. Entonces, como no confío en ti, yo te manejo el recurso y yo te lo entrego solo si me convences de que efectivamente es una buena idea, y yo te digo cómo hacerla, incluso. Entonces, hay un ejercicio de dictadura presupuestal que no permite que se exploren e innoven experiencias territoriales fuertes que permitan dar soluciones de acuerdo con sus comunidades. Lógico, ahí hay una traza transversal de la corrupción que es la que nos ha llevado a tener, tal vez falsamente, el profundizar esas dos dictaduras: la de la centralización y la dictadura presupuestal.

Y un tercer elemento que quiero como acomodarlo aquí a la fuerza para poder dar como un poquito de respuesta a este ejercicio, es el entendimiento de los problemas, el entendimiento, el cómo entender un problema de forma común. Y ahí yo quiero volver a la atención primaria. Si no entendemos ni siquiera qué es atención primaria o la entendemos todos de forma diferente, pues nunca vamos a poder verdaderamente dar respuesta a la comunidad.

Y quiero llevarlo incluso a algo que Andrés nos dibujó de forma maravillosa, pero que yo le pondría otra capa adicional. El entender o creer que la prevención es solo de salud, pues no estamos hablando de atención primaria. Salud no es el dueño de la prevención. Entonces, si salud no es el dueño único de la prevención, sino que ahí entra educación, cultura y todo, volvemos a esa dictadura presupuestal donde mi plata me dice, y la UPC dice, que el 5% de la UPC es para... Hay una camisa presupuestal que no me permite o que me obliga a dialogar y a concertar para entender que ese 5% lo coordino con educación o lo coordino con cultura para que la prevención efectivamente tenga una potencialidad. Entonces, si entendemos que la atención primaria es más allá que salud, pues nos sentamos con los demás sectores a entender cómo se deben unir presupuestos, esfuerzos y capacidades para poder verdaderamente hablar de prevención, inclusive de atención, inclusive de integralidad en la atención.

Entonces, esa UPC que se vuelve una camisa de fuerza también, que es una prima de aseguramiento y que no le corrijo una coma a Andrés, sino que le pongo y lo arropo con una capa adicional de que la UPC nunca va a ser suficiente si se la cargamos a salud o si creemos que salud debe dar respuesta a todo lo que debe ser la atención integral a un paciente.

Resulta que dentro de la atención integral, y cada día la ley nos exige o los jueces nos obligan a que tiene que tener un elemento de cuidado, ¿pero el cuidado es necesariamente de salud, el cuidado integral? De repente el cuidado tiene otros sectores que son incluso expertos en cuidado, no necesariamente nosotros. Nosotros puede que seamos expertos en el cuidado hospitalario, no sé, pero, ¿en el cuidado en el hogar nosotros somos expertos? Pero nos obligan a tener una cuidadora en el hogar cuando se necesita, que el paciente lo necesita. Seguramente sí, pero entonces eso nos abre otra discusión que hemos ido dejando por cargarle a los sistemas de salud, donde hemos ido disminuyendo el diálogo de

la protección social. Entonces, eso nos lleva a otra conversación: es que estamos desdibujando la protección social y lo que debería ser fuerte en los otros países.

Bogotá, y con eso termino, mi doctor Enrique, está haciendo una prueba piloto de verdaderamente construir un sistema sociosanitario que deberíamos tener todos los países, no como un sistema de salud per se, sino como la integralidad, efectivamente, de quién es experto en lo que yo no soy experto, pero cómo unimos presupuestos y acciones conjuntas para verdaderamente dar una atención integral. En Bogotá sencillamente nos sentamos con Integración Social y creamos el sistema sociosanitario, que ellos son expertos en cuidado, alimentación, techo, diversión, etcétera. Y nosotros somos cuidados (sic) en prevención, atención, inmunización, etcétera, y todo lo que queramos. Y unimos esos esfuerzos y encontramos la línea media para que el recurso que antes estaba 100% a cargo de salud —como pacientes en abandono hospitalario, como habitabilidad de calle, como pacientes en pagadarios y de todo, donde salud estaba recogiendo todo— resulta que nos unimos, unimos presupuestos, unimos capacidades técnicas, unimos experticias y estamos creando un sistema sociosanitario que está dándole atención integral a los usuarios.

Eso echándole lápiz... A mí me costaba un paciente cuidado, abandonado en un hospital, ochenta y nueve millones de pesos al mes. Hoy me cuestan las atenciones en que solo voy en lo sanitario, pero Integración Social está colocando el recurso de su experticia, que es el cuidado, el techo, el vestir, etcétera, y de todo. Y estamos uniendo esfuerzos.

Esa es una discusión que hay que tener para salirnos un poco de esa dictadura centralizada. Aquí estoy armando a la fuerza el discurso, la dictadura del presupuesto que nos amarra con recursos de destinación específica y no me permite moverme un rato, lo que nos obliga a la coordinación y a la articulación intersectorial, que es de lo que todos hablamos, pero que es lo más difícil de hacer: la articulación intersectorial para poder darle respuesta a quien debe ser transparente, el usuario, porque a él le deben llegar efectivamente todos los servicios del Estado.

Carol Bernal: Bueno, coincido, por supuesto, en cuanto a dónde están esos déficits de gobernanza con lo que indica el Dr. Gerson en cuanto al tema de la centralización de, por ejemplo, nuestro sistema de salud. Es decir, uno de los retos —como es un déficit—, uno de los retos que tenemos definitivamente sí es seguirnos pensando cómo es que se va a hacer ese ejercicio de... pero de una real territorialización, ¿no? No solo ahí como un saludo a la bandera, sino esa realidad, cómo podemos realmente trascender a ver esas realidades de los territorios.

Eso anclado a un segundo aspecto que considero que sigue siendo problemático, pese a que ya nos empezamos a interpelar un poco en cuanto a cómo se llevan a cabo los procesos de política pública en nuestro país, porque acá en todo caso continúan predominando los enfoques descendentes. Y la idea es poder incorporar unos enfoques ascendentes en los cuales, como veníamos mencionando y expliqué ampliamente en el punto anterior, pues podamos realmente involucrar a las mayorías de nuestro país que están viviendo en esos territorios, que conocen esas realidades y que incluso pueden empezar a pensarse en esas posibles soluciones con un empoderamiento, que ya existe también allí. Entonces creo que eso hay que impulsarlo.



Y un tercer aspecto que también es delicado. Ahí sí, como dijo el doctor Gerson, de pronto me meto en camisa de once varas, pero es una realidad. La OMS incluso nos ha descrito los determinantes comerciales de la salud que hacen parte de esos determinantes estructurales y que, pues, no debemos obviarlos, porque a veces como que en salud somos muy ingenuos frente a eso. Pero ya existe una cantidad de evidencia, estudios que nos muestran cómo realmente a veces dónde está el dinero está el poder; es decir, desde dónde se gobierna, cómo existen también todos estos temas del denominado *lobby* o cabildeo, que no solamente a veces están en esas instancias de la realidad de nuestras personas... por poner un ejemplo, con temas de tabaquismo o temas de vapeo actualmente, cómo esta industria se ha posicionado y ha trascendido incluso hasta nuestro legislativo en muchos aspectos. Eso es real, eso está sucediendo.

Luego yo particularmente creo muchísimo en las alianzas público-privadas, etcétera, pero pensemos cómo se acaban de perder esas gobernanzas y esos equilibrios, cuando en realidad, tal y como ustedes han planteado, muchas veces el poder se concentra en donde están también puestos ciertos capitales y luego al final termina mandando ello. Pero el problema más grande está cuando eso empieza a estar por encima de la vida y la salud de la gente. Es un aspecto que está debidamente documentado y que pienso que es importante verlo y evaluarlo, y saber hasta qué punto, ¿verdad?, los Estados pueden estar a la altura de ser un Estado social de derecho y de realmente garantizar una gobernanza para su población general.

Francisco Becerra: Bueno, ya al último me toca decir poco después de todo lo que han expresado los colegas, pero creo que hay algunas cuestiones que debemos de considerar. Retomando lo que decía el doctor, hay situaciones que están más allá de salud, o sea, salud no pone agua potable, salud no hace drenaje, pero al no tener agua potable y no tener drenaje, las enfermedades las termino teniendo que atender yo como salud. Si pensamos más en salud en todas las políticas, cómo otros sectores pueden implementar políticas que tengan una repercusión positiva en la salud, vamos a poder mejorar mucho y no dejarle todo a salud que tenga que resolver lo que otros sectores no están haciendo. Creo que ahí es una de las cuestiones que podemos mejorar muchísimo.

La otra: todos los determinantes sociales en salud, todo lo que se puede mejorar en los determinantes estructurales y los determinantes sociales en la salud, van a tener un impacto positivo en todos sentidos. Y eso desde la gobernanza se tiene que ver y considerar.

No es nada más la idea de cómo voy a diseñar un nuevo sistema de salud como estamos haciendo en México, sino, ¿hay evidencia de cómo lo vas a hacer?, ¿hay evidencia de otros países?, ¿hay evidencia de cuánto te va a costar?, ¿ya hiciste el análisis?, ¿estás haciendo verdadera planificación y análisis profundo de lo que te puede costar y de cómo va a funcionar? ¿o es nada más una visión de lo que yo quisiera hacer? Sí, es una visión noble, pero, ¿es factible?

Y es ahí donde muchas veces nos vamos a dar de golpe contra la realidad cuando no estás tomando en consideración que salud no es solo. Salud es codependiente de lo que hagan





Arquitectura de implementación en sistemas fragmentados de salud: rediseño institucional y coherencia reformista en América Latina

Consultora independiente en salud pública

Resultados: Se identifican tres puntos críticos de fractura:

1. Brecha entre nivel central y ejecución territorial;
2. Segmentación entre financiamiento y provisión;
3. Ausencia de funciones institucionalizadas que operen en las intersecciones entre subsistemas.



Conclusiones: El desempeño reformista depende menos de expansión normativa y más de mecanismos institucionales capaces de alinear incentivos y traducir decisiones en ejecución coherente. El rediseño funcional constituye una estrategia incremental y evaluable para fortalecer gobernanza en sistemas fragmentados.

Gobernanza territorial y reorganización de la gestión municipal en el SUS brasileño

Secretaría Municipal de Salud de Canindé – Ceará, Brasil

Autores: Artur Paiva dos Santos Sánchez, Aline Mayara Alves Almeida, Samille Nayane Uchoa Pinto, Antônia Hildeane Uchôa da Silva, Thalyta Gleyane Silva de Carvalho, Danilo Cirino Muniz do Nascimento, Lara Maria Nogueira de Mesquita, Raquel Nascimento Sousa, Sarah Rosane da Silva Regis Marques. Secretária Municipal de Salud de Canindé – Ceará, Brasil

Antecedentes: La descentralización del Sistema Único de Salud (SUS) amplió la responsabilidad municipal en la organización de redes y en la prestación de servicios. Sin embargo, persisten desafíos como fragmentación organizacional, baja integración interna y uso limitado de información territorial en la toma de decisiones. En este contexto, el territorio puede operar como categoría estructurante de la gobernanza local.

Objetivo: Analizar cómo un proceso de reorganización estructural, articulado con instrumentos de territorialización, impactó la capacidad decisoria y la integración organizacional en una Secretaría Municipal de Salud.

Métodos: Estudio cualitativo analítico basado en relato institucional. Se realizó análisis documental de normativas, organigramas y planes de gestión, además de revisión de instrumentos territoriales como mapas y paneles de indicadores. Se aplicó triangulación de fuentes y análisis temático orientado por marcos de gobernanza en salud y capacidad institucional.

Resultados: La reorganización incluyó la creación de directorías estratégicas y redefinición de flujos decisorios para reducir la fragmentación administrativa. Paralelamente, se desarrollaron mapas territoriales integrando variables demográficas, epidemiológicas y asistenciales. La articulación entre estructura organizativa e información territorial favoreció mayor coherencia interna, priorización basada en vulnerabilidades y fortalecimiento





Conclusiones: El fortalecimiento del SISPI requiere liderazgo comunitario y articulación intersectorial. Este proceso ofrece una ruta replicable para fortalecer sistemas de salud propios y contribuir a la reducción de inequidades en salud.

Deterioro financiero y operativo del aseguramiento en salud en Colombia: un análisis cuasi-experimental de EPS intervenidas y no intervenidas, 2017–2024

2. Universidad Industrial de Santander, Colombia

Métodos: Se realizó un estudio observacional longitudinal con diseño cuasi-experimental, usando un panel balanceado de 30 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EPS) observadas entre 2017 y 2024 (240 observaciones EPS-año). Ocho EPS fueron clasificadas como intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud y comparadas con EPS no intervenidas. Se evaluaron cuatro desenlaces: solvencia financiera (proxy de cobertura), margen operacional, siniestralidad (Medical Loss Ratio) y cartera total a prestadores



Resultados: Las EPS intervenidas presentaron un desempeño financiero y operativo inferior desde el periodo pre-2022. Posterior a 2022, se observó un deterioro diferencial y acumulativo. La siniestralidad promedio aumentó de 0,81 a 1,06 (2017–2021 vs. 2022–2024), mientras que en las no intervenidas pasó de 0,66 a 0,81. La cartera a prestadores por afiliado equivalente en EPS intervenidas aumentó de \$525.860 a \$871.250, con un exceso relativo en 2024 de \$293.139 (IC95%: \$278–\$585.999). El *event study* no mostró divergencias previas, pero sí coeficientes post-evento crecientes.

Conclusiones: Tras 2022, las EPS intervenidas experimentaron un empeoramiento diferencial y sostenido en solvencia, desempeño operativo y capacidad de pago, lo que sugiere un choque institucional persistente con implicaciones para la sostenibilidad del aseguramiento y la continuidad del acceso a los servicios de salud.

Más allá de la ambición normativa: marco para el diseño realista de reformas de APS bajo restricciones fiscales e institucionales. Lecciones para América Latina

Director Asociado, Results for Development (R4D)

Métodos: El marco se desarrolló mediante un análisis comparativo de procesos de reforma y planificación en diez países de África, Asia, Europa y América Latina, combinando revisión documental y entrevistas a actores clave. En América Latina se estudiaron Argentina, Brasil y Perú. Esta presentación profundiza en la comparación entre Argentina (Programa Sumar) y Ghana (fortalecimiento de redes de APS), analizando cómo cada país articuló instrumentos de política pública, asignación presupuestaria y reorganización de servicios bajo restricciones fiscales e institucionales.

Resultados: Se identificaron siete factores habilitadores de planificación realista: (1) aplicación estratégica de instrumentos de política pública; (2) gestión de la economía política



de la reforma; (3) capacidad para navegar la descentralización; (4) aprovechamiento de ventanas de oportunidad; (5) uso estratégico del financiamiento externo; (6) uso y calidad de los datos para la priorización; y (7) fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación. La expansión sostenible de la APS ocurre cuando la planificación anual se integra en una trayectoria de reforma sistémica.

Conclusiones e implicaciones: La comparación internacional ofrece lecciones para América Latina, donde la APS es eje de reforma, pero enfrenta restricciones fiscales y fragmentación institucional. El diseño y la planificación realista son claves para convertir compromisos políticos en transformaciones implementables, equitativas y sostenibles.

- Preguntas

Maestra de ceremonias: Para dar espacio a unas preguntas que ya recibimos, quisiera pedirle a Alejandra, Tatiana, Carlos y José Luis si pueden pasar al frente. Y tenemos a Arthur conectado.

¿Qué metodología vamos a utilizar? Voy a hacer las preguntas a cada uno y a cada una de ustedes. El tiempo está un poco reducido, van a tener un minuto para una primera aproximación a esta respuesta. Entonces, la metodología es que voy a generar las preguntas que nos llegaron, una pregunta para cada una de ustedes. Las voy a generar en conjunto y luego le doy la palabra para que pueda responder.

Para Carlos, la pregunta es: ¿Qué debería cambiar primero? ¿El modelo de financiamiento, los mecanismos de regulación o la estructura del aseguramiento?

Carlos Eduardo Pinzón Flórez: No, es que yo creo que esa pregunta hubiese sido pertinente hace 7 años tal vez, donde uno pudiese tener una planeación estratégica para solventar una potencial crisis. Sí, creo que ahora, hoy, hoy en particular el sistema, ¿qué necesita? Un oxígeno. Un oxígeno financiero.

Ahora, asignar recursos, plata a las EPS, hay que hacerlo de manera ordenada, lógica y técnica. Sí, porque también creo que hay que reconocer que el sistema tiene ineficiencias y tiene corrupción. O sea, reconocerle toda la deuda a las EPS y pagarle a todas las EPS toda la plata, pues tampoco es, porque hay EPS que han hecho bien la tarea como hay EPS que la han hecho mal.

Entonces, creo que lo primero en términos de una crisis siempre es buscar plata. Sí. Ahora, gestionar el riesgo de ese financiamiento contingencial también es importante, porque o si no se convierte un poco en lo que sucedió en el sector financiero cuando quebró en el año 2009. Entonces, lo primero yo diría, necesitamos pensarnos financieramente el ejercicio. Flujo de caja. Sí. Liquidez. Y lo segundo que está en el marco de la, digámoslo así, la regulación del aseguramiento, repensarnos la regulación del aseguramiento.

Ahora, yo voy a declarar que yo pienso que es mejor construir sobre lo construido que arrancar de cero. Y considero que, bajo las circunstancias económicas, fiscales y, digámoslo

así, políticas de este país, el aseguramiento es la ruta que el sistema debería tener desde el punto de vista operacional y técnico. Sí, un sistema único de salud termina siendo muy riesgoso cuando yo no tengo una gobernabilidad y una gobernanza, tan fundamentada en el sector público como lo tiene Reino Unido. Y aun así, Reino Unido ha tenido ya seis reformas en lo que ha corrido del National Health Service.

Entonces, repensarse el aseguramiento es muy importante en el marco de la regulación. Tener una agencia que regule el aseguramiento siempre ha sido una propuesta mía desde hace mucho tiempo atrás, en el cual yo pueda tener claramente no solo los datos, sino el seguimiento contractual entre aseguradores y prestadores, alinear los incentivos económicos con los incentivos en el marco resultados en salud y poder tener mecanismos ex post que puedan regular diferente lo que tiene la cuenta de alto costo.

Entonces, creía yo que esos dos son los elementos que uno debería arrancar. Y es como cuando uno llega en la casa, ¿no? Llega con más plata, pero bueno, organicemos bien la cosa, reprioricemos las necesidades y claramente asignemos el recurso en donde más nos está doliendo ahora.

Maestra de ceremonias: Para Alejandra, la pregunta es: ¿Cuáles son los desafíos en la implementación de la gobernanza en el sistema de salud de tu país?

Alejandra Giménez: Bueno, Paraguay tiene un sistema de salud altamente fragmentado. Y la gente termina pagando mucho para acceder a salud, a atención privada. Entonces, yo creo que la integración es, digamos, un desafío y también el tema de los incentivos para poder premiar más por desempeño y también por prevención, que es lo que más falta.

Y bueno, ahora tenemos una crisis en cuanto a medicamentos, tenemos stock cero en el IPS. Y realmente estamos en una crisis que ahora se está tratando de resolver, y el nuevo presidente del IPS lo que está tratando de hacer justamente es transparentar el proceso. Porque muchas veces ese es un desafío también en cuanto a gobernanza de sistemas de salud de mi país, la transparencia.

Maestra de ceremonias: Para José Luis, la pregunta es: desde su experiencia comparada en América Latina, ¿cuál considera que es el elemento mínimo indispensable que debe garantizar un país para que una reforma de APS sea viable y sostenible, incluso en contextos de alta restricción fiscal?

José Luis González Ramírez: Yo consideraría que son tres elementos mínimos y el primero creo que ya lo enfatice, pero suena un poco contradictorio. Para ser realista hay que tener una visión ambiciosa de largo plazo, ¿no? Pero tiene todo el sentido. Si uno no sabe para dónde va, mucho menos va a poder planear el paso a paso. Ese sería el primero, que el país tenga una visión que se alinee con los valores y con las necesidades de la sociedad que representa.

El segundo, debería desde luego esta visión a largo plazo tener la posibilidad de implementarse operativamente de forma coherente con base en las restricciones. Y ya el



estudio de la compañera ofrece una herramienta interesante para ver qué tan coherente es ese diseño de política con lo que se hace en la práctica. Eso debería pasar y debería revisarse constantemente.

Y el tercer elemento que yo creo que es clave es permitirle al sistema ser lo suficientemente flexible para aprender, para adaptarse y para generar cambios. Hay países donde los mecanismos y esquemas de pago se revisan cada tantos años. Se definen pilotos, por ejemplo, se hacen distintos tipos de contratación o de arreglos institucionales, se hacen evaluaciones y constantemente el sistema está modificándose. Esto es un proceso continuo, nunca vamos a tener un sistema de salud perfecto y creer que con una reforma ya logramos el objetivo. Creo que es un error. Entonces, esa flexibilidad y ese espacio para adaptar y para modificar el sistema con base en la evidencia, en el resultado, sería también un elemento importante para garantizar que esos sistemas sean sostenibles y que sean realistas.

Maestra de ceremonias: Para Tatiana, la pregunta es: ¿Cómo evitar que la co-construcción se quede en consulta simbólica y no en toma de decisiones vinculantes?

Angie Tatiana Arizmendi: Bueno, realmente hay que actuar, hay que ir a territorio. Es lo que se ha hecho desde el programa: ir a territorio y conocer las necesidades que tienen las comunidades indígenas, y en eso hemos avanzado. Este programa está diseñado para tener una ejecución de 48 meses. Vamos en el mes 16 y hemos tenido grandes avances.

Por ejemplo, se está iniciando la implementación de la telesalud con expertos digitales, los cuales van a ir a territorio y van a conocer cuáles son las medidas que se deben requerir, cuáles son los equipos que se deben necesitar para poder hacer esas centrales de telesalud. Entonces es importante que escuchemos las necesidades que tienen nuestras comunidades indígenas y podamos tratar de solucionar o por lo menos llevar un poco de, no sé cómo decirlo, pero la idea en general es que las comunidades sepan que sí están siendo escuchadas y que se les puede brindar soluciones a las afectaciones que ellos tienen, principalmente, en el ámbito de salud.

Y otro tema interesante, es que nuestras comunidades indígenas quieren también tener reconocimiento. Entonces, está trabajando en este momento en la elaboración de un diccionario de etnobotánica, en el cual ellos puedan participar indicando qué plantas medicinales tienen en disposición y cuáles son los usos que se le brindan a estas plantas.

Entonces, como les digo, es actuar, es llegar a estas comunidades, escucharlas y solventar —ya me vino la palabra a la mente—, solventar sus necesidades.

Maestra de ceremonias: Para Artur, la pregunta es: más allá de la infraestructura, ¿qué se requiere para reducir las brechas en los territorios?

Artur Paiva dos Santos Sánchez: Más allá de la infraestructura, durante mi experiencia como secretario municipal de salud de Canindé, comprendí que las deficiencias de salud en el territorio no se resuelven únicamente con más edificios, equipos o servicios. Muchas



En Canindé, en Brasil, observábamos que los problemas de salud estaban profundamente relacionados con la vulnerabilidad social y con las características del territorio semiárido Cachinga, como llamamos. Y por eso era fundamental fortalecer la vigilancia popular en salud, la vigilancia comunitaria, la vigilancia en salud, incentivar la participación comunitaria en los consejos y aproximar las políticas públicas de las necesidades concretas de la población.

Comprendimos que los indicadores sanitarios mejoran cuando existe una coordinación institucional, una continuidad de las acciones en el tiempo y compromiso político con la equidad. La salud no depende solamente de hospitales; depende de las condiciones de vida de las personas, de la protección social con la asistencia social y de la capacidad del territorio para actuar de una manera más integrada.



02

Financiamiento y sostenibilidad de los sistemas de salud: equidad, capitación, gasto público y protección financiera

Moderador: Paul Rodríguez Lesmes

Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario



Este tema es bien importante. Estamos en una odisea de problemas de financiamiento en Colombia, pero hemos escuchado a lo largo de la mañana que esto se repite en varios lugares de nuestra región. Así que si bien hablamos de financiamiento y sostenibilidad, vamos a estar hablando de muchas cosas.

Justamente vamos a tener en este panel a tres grandes expertos en el tema. Daniel Maceira, que es doctor en economía por *Boston University*, referente latinoamericano de economía de los sistemas de salud, quien ha estado presente en todos los grandes eventos para que entendamos desde la academia estos temas. Actualmente es investigador de CONICET y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), además de dirigir el MBA de Salud en la Universidad de San Andrés y ejercer docencia en la Universidad de Buenos Aires; como él dice, tiene muchas etiquetas detrás. Su trabajo académico y asistencia técnica se ha centrado en financiamiento, equidad y atención primaria en América Latina.

También tendremos a Diana Cárdenas Gamboa, quien es economista de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en economía de la Universidad de los Andes y en políticas e investigación social de *University College London*. Se desempeñó como viceministra de Protección Social y como directora general de la ADRES, donde lideró gran parte de las apuestas en temas financieros del país, especialmente temas de COVID, le tocó lidiar con una gran crisis y su experiencia es importante en esta otra gran crisis. Su trayectoria incluye además roles técnicos y de política pública en el Banco Mundial, el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Y también tendremos a Augusto Acosta Torres, él es economista con destacada trayectoria en regulación y supervisión financiera en Colombia. Fue el primer superintendente financiero del país después de que se unieran dos de las entidades anteriores, y también fue presidente de la Bolsa de Valores. Su experiencia se ha enfocado en estabilidad macroeconómica, regulación de mercados y sostenibilidad fiscal, aportando una visión técnica clave para las discusiones sobre financiamiento de políticas públicas y fortalecimiento institucional.

Entonces, con esta nómina de lujo, vamos a meternos a este tema del financiamiento, y Daniel nos va a dar el panel introductorio para que tengamos un buen contexto en la región de estos temas.



Conferencia magistral

Financiamiento y sostenibilidad de los Sistemas de Salud en América Latina

Daniel Maceira (Argentina)

Profesor Universidad de Buenos Aires, investigador Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Ex Chair Américas, Health Systems Global

Buenas tardes a todas, a todos. Una alegría estar acá. Gracias a la Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario y la Nacional por la invitación, y gracias a ustedes por estar acá después del almuerzo. Vamos a conversar un poco sobre financiamiento y sustentabilidad de los sistemas de salud en América Latina. Preparé una pequeña presentación para generar la discusión.

Como ustedes saben, en América Latina y el Caribe somos naciones de ingresos medios y medios altos, y estamos pasando por una serie de desafíos. El primero de ellos es un desafío demográfico: nos estamos poniendo viejos, la tasa de fecundidad baja y la esperanza de vida sube, lo cual impacta sobre las demandas del sistema de salud, sobre todo en los grupos etarios que normalmente más consumen del sistema. Esto viene acompañado de una transición epidemiológica: nos enfermamos, sufrimos y nos morimos cada vez más de enfermedades crónicas no transmisibles. El peso de las transmisibles o comunicables aparece cada vez en menor escala, pero siguen persistiendo. De acuerdo con un epidemiólogo colega mexicano, estamos pasando por una acumulación epidemiológica; no terminamos de padecer enfermedades contagiosas —y eso forma parte del problema cotidiano— y, sin embargo, la mayor parte de los años de vida que perdemos empiezan a ser asociados con crónicas no transmisibles.

En tercer lugar, tenemos un tema que es un desafío tecnológico. Como economista, pienso en temas de demanda derivada. El sistema de salud le dice a la población que va a atenderse, qué es lo que tiene que demandar, y eso genera un círculo de atención, referencia y contrarreferencia donde uno va demandando lo que el sistema dice que tiene que demandar. Eso tiene cosas buenas —tenemos nuevas drogas, nuevos medicamentos, nuevos tratamientos— y cosas malas: el sistema nos induce a que consumamos eso. La cuarta parte es un cambio conductual: tomamos bebidas azucaradas, comemos comida chatarra, arruinamos el medio ambiente y así un montón de conductas en las que parece que somos miopes, que estamos pensando en que no hay futuro o que somos todos Superman. Lo que necesitamos es poder tomar conciencia de eso para poder cuidar nuestra salud. Y después hay un tema en el mercado laboral: a partir de la pandemia, fundamentalmente, empezamos a tener flexibilización laboral, subempleo y tasas de desempleo más altas. En



sistemas de salud como los latinoamericanos, donde gran parte de los aportes financieros vienen del mercado laboral, esto se convierte en un problema.

Acá, para que tengan más semeblanza, aparece América Latina y el Caribe dentro del mapa. Marca a Colombia, nuestro anfitrión, y nos encontramos con que la diferencia en el porcentaje del Producto Bruto Interno —o sea, la riqueza que genera un país a lo largo de un año— varía mucho en términos de cuánto de eso se invierte en salud. Nos encontramos con Haití, que destina menos del 4%, frente a Brasil, que tiene más del 10% de su riqueza anual dedicada al sector. Aparecen algunos indicadores importantes. ¿Cuál es el gasto público y de la seguridad social sobre el total? En el barrio de los economistas decimos que cuanto más hay de esos fondos, el nivel de protección financiera de las familias es relativamente mayor, obviamente controlado por la eficiencia en el gasto. Aparece una columna que es el total del gasto de bolsillo sobre el total del gasto en salud, y ahí se ven números realmente desafiantes en algunos países. Colombia, por ejemplo, si no me equivoco, es el más bajo del gasto de bolsillo en salud sobre el total, mientras que otros países están arriba del 50%. Esto lo que nos dice es que las familias relativamente pobres dependen de su propio presupuesto para resolver el sistema de salud. Las columnas siguientes hablan de algunos indicadores sanitarios: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, la cantidad de médicos cada 10.000 habitantes y el porcentaje de los años de vida perdidos vinculados con enfermedades crónicas.

Si uno quiere pensar en un sistema de salud tiene dos cosas: uno es el modelo de atención y otro es el mecanismo de protección financiera. Si uno no piensa uno y no el otro, estamos fritos. El modelo de atención lo que nos dice es cuál es la estrategia de promoción, prevención, comunicación, el modelo de atención primaria en salud que aparece en un país, en un departamento, en una municipalidad, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, la protocolización de tratamientos, etcétera. Ahora, eso puede ser muy válido, pero complementa los mecanismos de protección financiera; o sea, cuáles son los espacios fiscales que tenemos al interior de cada país para poder financiar el modelo de atención. Si uno piensa el modelo de atención sin el mecanismo de protección financiera, está pensando que la salud es un derecho, pero no ve cómo hacerlo efectivo. Lo que nosotros intentamos hacer desde la economía de la salud es eso: ponernos a pensar cómo garantizas el derecho a la salud, porque queremos que suceda, pero para eso tenemos que saber de dónde sale la plata y cómo usar eficientemente esos recursos. En América Latina existen básicamente tres formas de recaudar plata para el sistema de salud: a través de impuestos directos e indirectos, a través de contribuciones patronales y aportes salariales —o sea, el impuesto al empleo— y, después, a partir de pagos de bolsillo.

Esto es lo que gastaba en el año 2023 cada país de América Latina en salud. La barra azul mide en dólares internacionales la cantidad de plata que gasta cada país en salud, y la línea negra une las tasas de mortalidad al quinto año. Uno ve una correlación negativa; o sea, países que más invierten en salud tienen mejores resultados, pero no necesariamente ocurre con una correlación perfecta. Eso nos habla de cuánto importa la eficiencia en el uso de los recursos. Acá ilustro un poco lo que son los perfiles epidemiológicos de la región. Cada una de las columnas es un país. El 100% es la cantidad de años de vida perdidos sobre el



total que tiene por cada una de tres familias de enfermedades: transmisibles en azul abajo, crónicas no transmisibles en bordó y, en amarillo, accidentes y violencia. Aparece Haití con el 35% de los años de vida perdidos todavía asociados con enfermedades evitables y, en el otro lado, se encuentra Uruguay con menos del 10%. El peso de esa carga de enfermedad difiere entre países de América Latina, y nos encontramos a Colombia en la mitad más favorecida en términos de perfil epidemiológico.

Esta otra gráfica lo que muestra es cuánto gasta del total por subsector cada uno de los países. Del 100% del total, la parte azul es lo que gasta el sistema público de aseguramiento social de cada nación, la parte roja es el sector privado —el pago de bolsillo y seguros privados— y la parte verde es la asistencia internacional. Lo que vemos es que Colombia aparece como el cuarto país en términos del gasto público y de seguridad social invertido en salud, que es cercano al 70%. Cuando uno ve la trayectoria, lo que muestra es que a lo largo del tiempo el gasto público sobre el total fue creciendo, y sigue apareciendo cómo los países relativamente más pobres son los que más gastan de bolsillo. Eso nos habla de desigualdad, nos habla de que el sistema de salud es hijo de las desigualdades en la distribución del ingreso y que todavía no le es posible encontrar una forma de resolver tal desigualdad. La contracara es el gasto de bolsillo sobre el total del gasto en salud para el 2023, cuánto gastaba cada país como gasto privado en los hogares. Escuchamos a la mañana a nuestra colega de Guatemala, que nos hablaba de que en ese país más del 50% del gasto en salud es privado, llegando casi al 55%. Y en el otro extremo aparece Colombia con menos del 15% del total. Uno puede discutir cómo se mide esto; otro día o más tarde lo podemos hablar.

Cuando uno mira un sistema de salud en América Latina se encuentra con los mismos actores cumpliendo distintos roles. Tienes el sistema público y el sistema de seguridad social, que tiene distintos formatos: en algunos casos son dependencia del sistema público, en otros están por afuera, como en Uruguay y en Argentina; y un sistema privado que tiene seguros y prestadores privados con y sin fines de lucro, que se combinan formando distintos modelos de atención que yo categoricé en tres grupos. El público integrado, donde todo depende de una autoridad nacional pública; un típico modelo segmentado, donde tienes un sistema público, uno de seguridad social y un sistema privado; y, después, un sistema intensivo en contratos, como aquellos donde tienes una prevalencia del sistema de seguros privados, otros donde hay una participación pública de seguros privados que coactúan, o un sistema mixto donde los mismos actores públicos, seguridad social y privado existen, pero tienen mecanismos de contratación cruzados.

En el mapa nos quedan así. Nos encontramos que los sistemas segmentados son los que están en verde, que son gran parte de los países de nuestra región con distintos modelos. Los que están en amarillo son los sistemas públicos integrados, que van desde países del Caribe inglés, que eran excolonias inglesas, hasta Cuba o Costa Rica. Los que aparecen en violeta son los países intensivos en contratos; ahí aparece el Cono Sur y Colombia como países donde tenemos los mismos actores, pero el vínculo entre ellos es diferente. El sistema público mexicano, el Ministerio de Salud, tiene su red de prestadores en paralelo a la seguridad social. Acá o en Argentina lo que nos encontramos es que la seguridad social opera con red de prestadores privados, depende del momento del tiempo. El que se



escapa de esto es Brasil. Brasil es un país donde tienes un sistema público que espera ser un sistema universal, pero la cobertura no alcanza; es uno de los países más desiguales del mundo y por eso se avanzó en un sistema de contratación de prestadores privados como parte de la red del seguro universal, el SUS.

A mí me gusta pensar en términos de dimensiones horizontales y verticales en el sistema de salud. Me ayuda como regla mnemotécnica a imaginar el funcionamiento del sistema. Cuando uno piensa en la dimensión horizontal, hablamos de subsistema público, seguridad social y privado. Cuantos más actores están ahí representados, más desigual es el acceso a la salud. Si vos tenés (sic) un seguro universal de salud, todo el mundo se atiende en el mismo lugar, con el mismo mecanismo de recaudación, todo el mundo accede al mismo paquete de servicios; o sea, depende de la necesidad que tengas, el tratamiento que recibes es igual, independientemente de tu ingreso. Cuanto más se fragmenta, peor es: vos tenés (sic) acceso a distintos paquetes de servicios, pagas distinto y las calidades son diferentes. Uno aspira a una dimensión horizontal que sea homogénea; no es el caso. La dimensión vertical lo que nos habla es de las funciones del sistema de salud: regulación, financiamiento, aseguramiento, gerenciamiento, prestación y, abajo, nosotros, usuarias y usuarios del sistema. El regulador pone las reglas, la financiadora junta la plata, el asegurador define qué, a quiénes y bajo qué condiciones. La gerenta lo que hace es toma esos recursos, los administra y, a partir de eso, contrata distintos mecanismos de pago a la estructura prestacional. Uno mira el sistema de salud como usuario, mirando lo que pasa en la prestación, y entonces dice: “Es bueno, es malo, es efectivo, me queda lejos, es igualitario”. Pero en realidad hay una cascada de eficiencias e ineficiencias que parten de la regulación y van cayendo hasta el espacio prestador. Eficiencia, equidad.

Veamos países. Bien. Costa Rica. Costa Rica es la primera reforma latinoamericana y lo que nos encontramos es público, seguridad social, privado, financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación. Lo que tiene de mágico el modelo costarricense, y da tan buenos resultados, es que hay una coordinación de funciones entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguridad Social, que es el gran mecanismo de aseguramiento social del país. Aquí no se distribuye la población en función de las instituciones, sino que se distribuyen las funciones en función de las instituciones que participan. Todo el mundo se atiende con la Caja, pero todo lo que es regulación, financiamiento, gobernanza, etcétera, tiene que ver con el Ministerio de Salud. Este es un modelo integrado público. Otro modelo que lo intenta es el modelo brasileño, con las grandes diferencias que tienen porque tiene un espacio de descentralización que hace a un país federal y enorme en términos geográficos y de población. El sistema público, el Sistema Único de Salud, contrata prestadores privados y va descentralizando funciones de gestión a nivel subnacional. Esto es importante porque el país siguiente es Argentina; es un sistema que no es integrado, formalmente no es integrado, y lo que aspira es a dar una amplia cobertura. La diferencia fenomenal entre Argentina y Brasil es que en Argentina el sistema público es provincial y las decisiones de cómo se asignan los recursos son a nivel subnacional. Y después tenés (sic) una red de instituciones de seguridad social que, en vez de ser una como la Caja Costarricense de Costa Rica, en Argentina son 350 instituciones que subcontratan prestación en el sector privado.



México, al igual que Argentina, es un sistema fragmentado clásico. Nosotros vimos hoy a la mañana cómo el Seguro Popular, que era alrededor de un 20% de la población, dio lugar al INSABI, que da lugar a otra reforma que está ocurriendo ahora mismo. Pero el sistema público atiende a la población que no tiene cobertura formal y hay una red de instituciones de seguridad social que tienen alrededor del 50% de la población con prestadores que son propios. Tanto a Argentina como a México los podemos pensar como un sistema de subsidio mixto a la oferta y a la demanda, formalmente sin integración. Y acá aparecen tres países que se parecen porque hubo una trayectoria histórica: el modelo chileno, que nace durante la dictadura, genera un proceso de descentralización, el sistema público e inventa el FONASA, el Fondo Nacional de Salud, que es lo que sería el abuelo del FOSYGA, el primer mecanismo colombiano que se tenía. Se identificaron cuáles eran las debilidades del modelo chileno; el modelo colombiano avanzó en eso a partir de cápitales corregidas por sexo y edad.

El ADRES actual lo que hace es avanzar en calidad en términos de diseño institucional sobre lo que pasaba antes. Aparece una relación público-privada con las EPS, que estamos en discusión ahora, y un sistema público que se va crecientemente descentralizando a nivel departamental. Si ustedes se fijan, el modelo colombiano es una mejora, una ampliación del modelo chileno original. El modelo uruguayo es la última reforma latinoamericana que toma el modelo colombiano y empieza a mejorarlo a partir de la separación de funciones desde el principio entre el Ministerio de Salud y una estructura que se llama ASSE, que administra los recursos públicos, y un FONASA que tiene las mismas funciones del FONASA chileno y de lo que es el ADRES colombiano. Se parece a Colombia en términos de que hay una relación público-privada en términos de quién gestiona esos recursos y tiene una red de prestadores públicos y privados que los vinculan.

En general, ¿qué es lo que nos encontramos? Que todas las reformas en la región estuvieron basadas en mecanismos de pago a proveedores y prestadores. Pasamos del pago por prestación a cápitais corregidas por sexo, edad, por riesgo, etcétera, y una clara separación de funciones. Esa separación de funciones apareció en hospitales de autogestión: el municipio le paga al hospital y separa las funciones; asociaciones público-privadas: una red pública contrata a una red privada para que preste los servicios; y la descentralización, que es básicamente también una separación de funciones a nivel geográfico entre un Estado nacional, los departamentos y los municipios. Así, en esos tres casos vos tenés (sic) una separación de funciones y la razón de hacerlo es porque vos tenés (sic) la capacidad de financiar, el otro ejecuta y vos controlas. La falta de separación de funciones atenta contra la capacidad de control del sistema. ¿Cuál es el problema que tienen estos mecanismos de separación de funciones? Que demandan algo que en América Latina es limitado, y es la capacidad de gestión, porque vos tienes que multiplicar la capacidad de gestión a nivel descentralizado, a nivel público-privado, a nivel hospitalario.

Las tendencias que vemos son lo que habíamos visto: dos estructuras, los mecanismos asociados con subsidio a la oferta, Costa Rica, por un lado, Brasil en la medida en que puede por su desafío geográfico, y los sistemas públicos como el argentino, el mexicano y las cosas que vemos también en Uruguay, Chile y Colombia. Sin embargo, la estrategia de reforma está asociada con fortalecer seguros sociales integrales, que es lo que vimos en Colombia, Chile, Uruguay, o parciales a nivel de Argentina y Perú; lograr mayor cobertura vía



programas de grupos específicos —eso pasa en países muy segmentados o en países con bajos ingresos que se dan cuenta de que no tienen forma de asignar recursos para cubrir a toda la población, entonces se identifican grupos poblacionales especiales—; y, tercero, mecanismos de gestión pública a través de asociaciones público-privadas.

Un par de cosas para concluir. Primero, tenemos que pensar que el mercado laboral se flexibiliza y nuestro sistema de salud en la región está atado al empleo. No podemos esperar que se termine flexibilizando; necesitamos encontrar mecanismos de recaudación de fondos ya. En la medida en que eso no funciona, el sistema público termina capturando a toda la población que se encuentra que la seguridad social no puede capturar. Si los países no tienen más presupuesto público, la calidad y la cobertura caen. Segundo, inteligencia artificial; tengo que nombrarlo porque a esta altura de la historia la inteligencia artificial puede ser un mecanismo para democratizar la salud en la medida en que generas acceso a lugares cada vez más lejanos, puedes mejorar la calidad de la referencia y contrarreferencia, etcétera. El tema es que no a todos los actores del sector salud les conviene usar la inteligencia artificial. Hay perdedores y ganadores y, en función de la puja distributiva, vamos a ver quién termina ganando y qué es lo que terminamos usando de esta inteligencia artificial. La otra cosa que me parece importante es empezar a blanquear necesidades en términos de prioridades sanitarias. El dinero no nos va a alcanzar; tenemos que ver cómo usarlo bien. Eso implica tener protocolos, definir cómo se trata a la población, cuáles son las prioridades sanitarias de cada país en función de su perfil epidemiológico y tratar de garantizar la mayor cantidad de derechos posibles. La no definición de estas prioridades judicializa el sistema de salud, y te encuentras con gente que no es del sector que está definiendo qué es prioritario. O sea, no decidir es decidir que lo va a decidir otro. El otro tema es el envejecimiento. Es un emergente. Tenemos que ponernos a ver cómo tratamos a nuestra tercera edad y cómo vamos a usar más eficientemente los recursos.

La idea aparece para el debate: los clásicos, atención primaria. ¿Quién no quiere atención primaria? Todos queremos. Ahora, es la bala de plata, no. ¿Por qué? Porque una buena atención primaria mejora la calidad de vida y aumenta la esperanza de vida de la población. Eso implica que vamos a necesitar más plata en la medida en que la gente envejece. O sea, como estrategia del modelo de atención es genial; como estrategia de protección financiera vamos a necesitar buscar más dinero. No digo que no lo hagamos, digo que nos demos cuenta. Segundo, colaboración intersectorial. Hasta ahora, cómo el sistema de salud habla con el de educación, el de protección social o el control de la protección del ambiente aparece medio difuso porque tenemos tantos problemas en casa que no tenemos cara para hablar con los demás.

Tercero, tenemos que empezar a pensar a nivel región una política racional de medicamentos, que no existe; muy pocos países tienen una política racional de medicamentos. Y después tenemos fallas en el diseño de una estrategia de convergencia entre el sistema público y el sistema de seguridad social; en algunos países se está logrando o se intenta, en otros países estamos muy lejos de verlo. Como último, todo esto no nos tiene que hacer perder el espacio de solidaridad que necesitamos dentro del sistema de salud; que el león no nos coma el corazón. En economía, eficiencia asignativa es cuando vos asignás el peso adicional que tenés (sic) al lugar donde más productivo es ese peso. En salud eso es darle a la población que más necesita. Eso es equidad en mi barrio. Muchas gracias.



Sostenibilidad y buenas prácticas de presupuestación en salud: reflexiones sobre la Unidad de Pago por Capitación

Simplemente decirles que el gasto en salud ya en Colombia ha crecido. En el 2022 tenemos un pico, en el 8,1 baja, cae el PIB, pero sube de todos modos el gasto. En Colombia, finalmente, lo que se hizo como promesa de la Constitución —y esto lo hablábamos en un panel de Armando— es que la Constitución a nosotros sí nos impuso una obligación y es un ideal: garantizar la universalidad. Y eso es muy importante cuando tenemos que hablar sobre financiamiento. En ese contexto, ante el ideal de tener un derecho a la salud, pues siempre ha estado primero realmente definimos el derecho y después la plata. Siempre hemos estado discutiendo —y aquí ha sido la narrativa reciente— decir que este sistema es un sistema fracasado porque siempre hemos tenido problemas de financiamiento. Pero quiero decirles y recordarles que la promesa de nuestra Carta Magna, de nuestra Constitución, se hizo primero antes de financiar el sistema. Y ese crecimiento ha estado jalonado por ese deseo



y esa esperanza que tenemos de tener una cobertura universal para todos de manera equitativa. Y eso está bien. Pero sí quiero decir que primero es la promesa y después sí el gasto.

En términos de sistemas de salud, hay una cosa que me parece muy importante antes de hablar de UPC, y es que cuando hablamos del gasto en salud en el caso de Colombia, en realidad estamos hablando de varios conceptos. Esto es un estudio que hizo el Banco de la República, pero es una réplica de un ejercicio que hacía usualmente el Ministerio de Salud — que ya no lo volvió a hacer —, que es el análisis de fuentes y usos. Finalmente, esto se resume en dos cosas: ¿cuánto gastamos en el aseguramiento?, ¿cuánto gastamos en salud pública? y ¿cuánto gastamos en otros? Resulta que cuando nosotros hablamos en el aseguramiento eso representa el 86%. Por eso la definición del gasto o de la UPC, que es lo que más o menos nos va a decir cuánto vale ese 86%, es tan importante, porque cualquier falla en la discusión, es que realmente estamos hablando del 86% de los recursos. Adicionalmente, durante los últimos tres años se han hecho algunas reasignaciones dentro de los componentes de este gasto que, en general, sí crece tendencialmente por el tema del envejecimiento y el mayor uso de servicios, pero ese crecimiento proporcional entre aseguramiento, otros, infraestructura pública, inversiones en salud pública y grupos extramurales, pues empiezan a competir. La pregunta que uno se debe hacer es: si estamos en función de una promesa constitucional, seguramente lo que debería haber pasado era que la barra completa creciera más, para que las proporciones no compitieran, cosa que no ha pasado, pero tendríamos que analizarlo.

Sin embargo, voy a centrarme un poco en el 86% que es el gasto en salud, dirigido a tres cosas. En realidad, ese 86% no solamente es UPC. Como nuestra Constitución nos dice que primero es el derecho, realmente nosotros tenemos tres mecanismos de financiación, que son: recobros —porque toda tecnología que se registre en Colombia puede ser potencialmente utilizada—. Eso nos marca una regla que es decir: cualquier cosa que se quiera prescribir en Colombia tenemos que garantizar cómo la vamos a pagar, y esa es la tarea del sector público o del gobierno, buscar cómo financia totalmente esa garantía del derecho. Entonces nosotros tenemos tres mecanismos que son recobros, presupuestos máximos y UPC. Finalmente, esto funciona para ciertas tecnologías como un círculo que va girando: entran como recobros, después presupuestos máximos y UPC. Eso tiene que ver con la información. Nosotros primero fijamos los gastos. Hay una cosa, y es que el presupuesto de los países, el presupuesto de la nación o el presupuesto de salud es anual, pero realmente las decisiones de gasto son diarias. Entonces, eso va a generar siempre una desconexión de cuál es la fuente de financiamiento. Básicamente la lógica es tener una fuente de financiación dependiendo de dónde sea la tecnología o en el momento de la decisión de política; las decisiones de política se toman más despacio a lo que realmente la tecnología está disponible, y eso tiene un costo, un problema y un desafío. En general, cuando hablamos de algunas de estas tres fuentes, en realidad lo que estamos diciendo es ese 86% está reflejado en estas tres fuentes, y estas tienen unas reglas de presupuestación que yo propongo que las miremos.

Hoy me voy a centrar un poquito en el tema de UPC y voy a trabajar tres cosas. Yo he acompañado a los pacientes en la mesa de UPC y algo que me parece importante es empoderar a la sociedad civil a que entienda este tema. Uno de los temas que me parece importante es que al final, la UPC, hay una información de cuál es el gasto observado y esto depende de



la información, de lo que nos reportan las EPS. Hay varias formas de hacerlo, y la discusión creo que debería ser cómo se complementan las fuentes y no estar minando las fuentes de información. Pero hay tres cosas que me parecen importantes acá. Cuál es la completitud del dato, que es una cosa que es bien retadora: ¿en qué momento yo sé cuándo veo el gasto completo de un año?, o sea, ¿cuándo sé qué gastó Colombia durante un año? Y eso tiene unas implicaciones que son retadoras metodológicamente, porque cuando en Colombia una factura puede prescribir en diez años, quiere decir que yo puedo seguir viendo un gasto de hace diez años, cinco años después. Ese es un elemento muy importante.

Otro punto que me parece muy importante son las atipicidades de los datos. Estamos en unas transformaciones de gastos, que usos de tecnología que se pueden estar decidiendo que son atípicos, pero que no están incluidos dentro del cálculo. Del gasto observado vamos a tener varios retos. Uno es que tenemos factura electrónica, pero desafortunadamente hoy en día las intervenidas no están usando la factura el JSON de la factura, entonces no vamos a tener la bolsa, pero yo creo que hacia adelante podemos tener decisiones que nos van a ir mejorando lo que se ha hecho en sistemas de información. Esto ha sido un reto: ¿cómo cojo la información detallada del gasto en Colombia? Ha sido un reto y ahí tenemos muchas discusiones, pero creo que la transformación de la factura electrónica con el RIPS nos va a ayudar. También están las estimaciones de ajustes e inflación: cómo estimamos lo que va a ser el otro año; los modelos de series de tiempo tienen una cosa, y es que se basan en lo observado, o sea, que proyectan el promedio hacia adelante. Esto tiene unas consecuencias metodológicas hacia adelante. El tema de la estructura poblacional, ¿cómo la estamos viendo realmente y cómo la capturamos en la transformación?, los ajustes de zonas y, por otro lado, inclusiones realmente hacemos con un impacto presupuestal que yo creo que puede ser insuficiente la metodología.

¿Qué pasa con esto? ¿Es suficiente el método actuarial? Pues yo creo que no. ¿Por qué? Primero, porque no estamos realmente capturando el envejecimiento y el impacto, y realmente no estamos haciendo una proyección plurianual del impacto del envejecimiento. Nosotros planeamos un año, pero no sabemos en cuatro años cómo va este efecto del envejecimiento a afectar las necesidades de recursos del sistema. La innovación; la innovación solamente la vemos cuando la metemos en la actualización, pero no la tenemos planeada y no la tenemos priorizada, por lo tanto, no la tenemos financiada realmente. Las expectativas sociales; y es que nos hemos prometido y hemos dicho que vamos a garantizar un estándar de salud y una oportunidad. Tenemos una promesa, por ejemplo, que la cita a médico general sea a tres días o a especialistas hasta quince días; la pregunta es: nunca hemos planteado si tenemos los recursos para financiar ese estándar. Y la incertidumbre. ¿Qué pasa? Nos pasó que cuando la meta de inflación no se cumple —que nos ha pasado—, finalmente proyectamos menos gasto del que necesitamos y no tenemos una herramienta para ajustar o para corregir, cosas que los países sí tienen. Muchos países, en el sistema inglés, tienen una manera de ajustar durante el año. ¿Por qué? porque los sistemas de salud sí tienen incertidumbres que requieren cómo ajustar. En el sistema colombiano nosotros nos jugamos al presupuesto anual, y es el anual y no tenemos cómo corregir. Entonces, esos cuatro elementos creo que son elementos que uno debería racionalizar. Con los pacientes hemos hablado mucho sobre las expectativas sociales; realmente digámonos cuánto nos valen las rutas de atención y cumplir los estándares que hemos prometido, porque eso no lo sabemos.



El gasto de aseguramiento a la luz de buenas prácticas nos plantea cosas como, simplemente, ¿cómo vamos a vincular este presupuesto con objetivos de salud? ¿Tenemos un presupuesto plurianual o no? ¿Qué estamos haciendo y cómo planeamos la inversión en capital? La inversión en capital es: ¿cuál es la inversión que estamos haciendo en talento humano, en invertir, por ejemplo, en dispositivos o en investigación? Esos rubros no están claramente presupuestados en el ejercicio, siempre es como el *default*. Creo que esa es una reflexión que deberíamos tener seriamente. Dentro de la fase de formulación y aprobación, una de las cosas que nos interesa es que para muchos hablamos de la UPC, pero nosotros no publicamos cómo se gasta la UPC; ese es un ejercicio que el Ministerio empezó a hacer y nunca terminó, que fue hacer las cuentas con la metodología SHA del sistema *Health Accounts*. Esto daría un poco más de claridad, por lo menos para decir cómo gastamos. El presupuesto, tampoco tenemos claro presupuestos programáticos o por desempeño; por ejemplo, estamos gastando o aumentando el gasto y tenemos incertidumbre sobre cuál es el resultado. Voy a poner un ejemplo: tenemos 3,6 billones en infraestructura y, cuando uno mira la infraestructura entregada, solamente han entregado la del 2023. ¿Cómo le vamos a hacer seguimiento a ese presupuesto? ¿Dónde está?

Fase de ejecución, ¿cómo garantizar una ejecución efectiva del presupuesto en salud con indicadores de desempeño? Porque nos hemos concentrado mucho en lo que estamos observando, pero no estamos considerando los logros que estamos alcanzando, y eso hay que hacerlo más visible en el ejercicio de presupuestación. Entonces, ¿cómo vamos a conciliar la definición de la UPC y del presupuesto máximo, que es ese 86%, realmente con un ejercicio de presupuestación un poco más transparente y organizado?

Y por último decirles que, en términos de supervisión y revisión, yo sí creo que es muy importante identificar cómo tenemos metas para hacer el gasto más eficiente, cómo generamos herramientas para controlar el gasto y cómo aseguramos que esos recursos se utilicen más. ¿Por qué es importante? Porque en realidad nosotros delegamos y hacemos una relación público-privada, pero el *governance*, el Ministerio, delegó muchas de las funciones sin revisar realmente y dar herramientas que para todo el sistema fueran claras sobre cómo se hace más eficiente y más efectivo el gasto en salud. Gracias.

Sostenibilidad de los Sistemas de Salud, factores que la determinan, incentivos para la eficiencia y fuentes de financiación

Augusto Acosta

Ex Superintendente Financiero de Colombia

Muy buenas tardes. Muchísimas gracias al doctor Mauricio Serra, a la Universidad Javeriana, a la Universidad del Rosario y a todos los organizadores de este evento. Quiero comenzar



contándoles una historia: la historia de un amigo que le escribió una carta larguísima a otro amigo y, al final de la carta, le escribió: “Discúlpame por haberte escrito tan largo, pero es que no tuve tiempo de escribirte corto”. Comienzo con esto porque la verdad fue un reto tratar de seleccionar los temas en la enorme universalidad de aspectos que hay por conversar hoy sobre el sistema de salud. Por eso, para estos diez minutos, quiero referirme fundamentalmente a tres aspectos que considero centrales.

Uno, ¿cuáles son los hechos que más, creo yo, nos impactan en este momento?, fundamentalmente orientados y amarrados a lo que es la falta de financiamiento. Creo que eso es de lo que todos nos quejamos, es lo que se ve todos los días. Anoche, en la televisión, estaba la crisis del Instituto Nacional de Cancerología, la crisis de todo lo que es la parte de 60.000 pacientes no atendidos, falta de plata... todo lo que nos quejamos todos los días. Pero hay una serie de temas que están detrás de eso. Y alrededor de ese capítulo quiero referirme entonces a las entidades que en los últimos años han sido la síntesis de lo que es el resultado, digamos, precisamente financiero del sistema de salud, que son las EPS. Están allí en la mitad porque son las que, en su condición de aseguradoras de manera general, reciben recursos, gestionan riesgo y tienen que pagar el costo de la cobertura que dan a sus afiliados.

Entonces, me voy a referir a las EPS, pero quiero invitarlos a que tratemos, si cabe la palabra, de des-EPSificar la discusión. Porque nos hemos concentrado mucho en que si se acaban las EPS se resuelve el problema de financiamiento y se resuelve el problema de la gestión del riesgo. Realmente, por lo que nos acaba de comentar además el doctor Daniel, en el mundo hay aseguramiento, hay distintos modelos de aseguramiento, pero el problema de la gestión del riesgo al interior del sistema persiste; y es un tema en el cual siempre tenemos que estar presentes, con independencia, de alguna manera, de lo que es la estructura institucional. Primero le voy a dedicar seis minutos —que espero que no sean más que esos— a ver los hechos relacionados con ese resultado, a hacer dos comentarios muy concretos sobre el modelo de riesgo y a dejar algunas inquietudes sobre lo que me parece a mí que es importante para la perspectiva de futuro.

¿Cuáles son los hechos? Lo primero: aquí tenemos un listado de 26 EPS. 26 EPS que las agrupamos, o las agrupé, sencillamente sobre la base hoy de cuáles han estado intervenidas —fundamentalmente a partir de los años 2022 y 2023—, cuáles están o estuvieron, están teóricamente en solicitud de retiro y las otras EPS, que están funcionando. Para destacar de una manera muy importante lo que fue el crecimiento en número de afiliados de estos grupos de entidades; y lo destaco para ir anticipando un aspecto muy importante: y es que no le estamos dando la consideración suficiente dentro del análisis del sistema, a los impactos y a las consecuencias derivadas del crecimiento de determinadas entidades en número de afiliados, sin que, al mismo tiempo, crezca la capacidad de administrarlos.

Entonces, fíjense ustedes cómo entidades —para referirme a la que es más evidente— la Nueva EPS, en el año 2018 tenía 4.800.000 afiliados y en el 2025 cerró con 11.500.000 de afiliados; y como ella, varias otras tuvieron un crecimiento importante. El total de entidades



entrevistas pasó de 15.600.000 a 23.500.000 de afiliados. Las otras crecieron también de 5.400.000 a 8 millones —las que están con solicitud de retiro—, y las de abajo, de 10 a 17 millones. Todas las entidades tuvieron en este periodo del 2018 al 2025 un crecimiento, pongámoslo de una manera un poco más cruda, si se quiere, de clientes. Una empresa que crece sus clientes de esta manera, en este periodo de tiempo o es capaz de adecuarse operativamente para administrarlos eficazmente, o se quiebra. Hemos tenido muchos casos. Tuvimos aquí hace ya varios años —muchos de ustedes son jóvenes— una empresa de servicios móviles de celulares que creció en el primer año desesperadamente y en el segundo año se quebró porque no fue capaz de administrarse. Esto es parte del tema que quiero destacar en primer lugar: no todo es un tema de financiamiento, no todo es un tema —si bien es muy importante— de baja cantidad o de bajo valor de la UPC o de la prima que se paga, sino que también hay otro tipo de elementos que tenemos que entender si queremos realmente pensar en que hacia el futuro le podamos dar una solución permanente, o más que permanente, razonablemente estable a lo que es el funcionamiento del sistema de salud.

Con esto en mente, miremos qué ha pasado en los resultados. Aquí simplemente diferencio las curvas de acuerdo con los mismos grupos anteriores: las intervenidas, las que quisieron retirarse y las demás EPS. Primero, el indicador de siniestralidad total. Para quienes no lo tengan claro, el indicador de siniestralidad lo que me dice es: por cada peso que yo recibo, ¿cuánto me gasto en costo directo de prestación de servicios de salud? Miren ustedes: las intervenidas se gastan el 114%; les entran 100 pesos y se gastan solo en prestar servicios de salud 114 pesos, y les falta todavía atender los gastos administrativos. Por esa razón, como vamos a ver a continuación, las pérdidas son altas. La pregunta de fondo, desde luego, es qué es lo que motiva la siniestralidad, y desde luego también señala un tema importante: hay una diferencia relevante y destacable entre la siniestralidad de las EPS intervenidas y la siniestralidad de otras EPS. Eso seguramente nos tiene que poner a pensar en si aparte de la UPC —porque la UPC es la misma para todas: para las intervenidas, para las que quisieron retirarse y para las no intervenidas— tenemos entonces mucha menor siniestralidad en este capítulo. Destaco, desde ahora, que en todos estos números financieros no figura la Nueva EPS, en todos. Y eso les va a dar algunos indicadores de por dónde nos podemos demostrar.

Paso rápidamente para dejarles números. Esto es el resultado neto: si ustedes lo ven acá, a partir del año 2021 y 2022, particularmente, las pérdidas son muy grandes, todo esto es de para abajo. Las pérdidas del último año son de 6,4 billones de pesos de pérdidas, sin la Nueva EPS, nuevamente. Patrimonio totalmente para abajo, en el fondo todas, pero de una manera muy particular las intervenidas; y, nuevamente, no está la Nueva EPS. Falta. Aquí hay un patrimonio negativo al final de 16 billones de pesos. Si uno piensa que la Nueva EPS pueda tener un patrimonio negativo, como lo han dicho, de 6 o de 7 billones de pesos, pues tenemos una cifra que es una cifra gruesa, es importante, y podemos seguir en esto viendo consecuencias financieras. Aquí están los números, no me detengo en ellos porque ya vieron ustedes las gráficas, y veo la consecuencia de lo anterior: las cuentas por pagar. Obviamente, si perdí plata, si mi patrimonio no se sustituyó y se disminuyó drásticamente, pues simplemente las cuentas por pagar aumentan, sin la Nueva EPS. El valor



total de las reservas técnicas también aumenta, sin la Nueva EPS. Y la suma de esos dos valores —me devuelvo aquí un segundo—, 15 billones de pesos de cuentas por pagar más 16 billones de pesos de reservas técnicas, nos da un valor total de 31 billones de pesos. Eso son dos o tres reformas tributarias completas, para que tengamos en cuenta un poco el tamaño del faltante que tenemos.

Y desde luego, el hecho central con el que cerramos esto es que el centro de la conversación, con independencia de si se llaman EPS, se llaman ADRES o se llaman como ustedes les quieran poner, es que mientras estamos discutiendo todo esto, tenemos 52 millones de afiliados que se siguen enfermando, que se siguen envejeciendo, que siguen presionando en costo, que siguen demandando medicamentos; y no estamos, para mi gusto, dando el debate que corresponde en dónde es. Seguimos discutiendo si las EPS o no las EPS, y no nos ponemos a pensar qué hacemos con los 52 millones de personas cada vez más mayores.

Entonces, en ese sentido, un comentario muy breve sobre la gestión de riesgo. Se habla de que hay que gestionar el riesgo financiero y es cierto, hay que gestionarlo. Pero, a diferencia del sector financiero —en donde el riesgo financiero es, por así decirlo, riesgo financiero puro—, en el sistema de salud, no. En el sistema de salud el riesgo financiero es una derivada de la buena gestión del riesgo de salud y de la buena gestión del riesgo operacional. Todos hablamos, obviamente, de la necesidad de gestionar el riesgo de salud; quiero enfatizar de una manera muy importante la relevancia del concepto de gestión del riesgo operacional. No hay citas, de acuerdo, pero yo les puedo mostrar estadísticas en donde se evidencia que el 20 o el 25% de las citas disponibles no son asistidas por los pacientes. Y les puedo mostrar evidencia de que, en ciudades como Bogotá, en unos hospitales sobran citas de cardiología y en otros faltan enormemente, porque no hay una buena gestión de información, porque no hay gestión de riesgo operacional. Comencemos a pensar en que, si queremos gestionar el riesgo financiero, tenemos que gestionar bien el riesgo de salud con todas sus derivadas, y el riesgo operacional con todo lo que significa en materia de digitalización y en materia de respaldo para el *backoffice*.

Y finalmente, la perspectiva de futuro. Quiero dejar tres ideas sencillamente y termino, doctor, para darle a usted espacio. Primero, desde luego, acabamos de ver unos números enormes: 30 billones sin contar a la Nueva EPS. El gobierno, el país no tiene esa plata; entonces, tenemos que pensar qué vamos a hacer. No hay duda de que tenemos que poner unos recursos financieros frescos; hay que darle, por así decirlo, un motor de arranque al sistema. No quiero hablar de números —tengo algunas estimaciones pero no quiero hablar de números—, pero desde luego hay que comenzar a aflojar la presión financiera.

Segundo, en paralelo con esto, yo no creo que nadie se pueda atrever a desembolsar un cheque, no de 30... hablemos de que nos consigamos 10 billones de pesos. Si giramos un cheque hoy de 10 billones de pesos y lo entregamos al sistema, dentro de seis meses necesitaremos 20, porque el tema es que tenemos que tener una gran conciencia de la importancia de la gestión de los riesgos críticos que les comentaba: cómo gestionamos el riesgo de salud y cómo gestionamos el riesgo operacional, porque lo otro es simplemente poner más plata sin resolverlo.



Y tercero, tenemos que resolver una serie de gestión de conflictos de interés y de gobierno corporativo muy importantes al interior del sistema. El doctor Maceira hablaba dentro de su gráfico vertical —que me gustó mucho, doctor— de cómo es el tema de la regulación, el financiamiento y el aseguramiento independientes, etcétera. En Colombia, todos lo sabemos, el regulador es el gobierno, el financiador que no paga sus deudas es el gobierno, y el asegurador también es gestionado por el gobierno, porque el gobierno define cuál es la cobertura que debe dar y cuál es la prima que se le debe pagar. Hay unos conflictos de interés que, mientras no los resolvamos, pasa lo que ha sucedido; y es que como, a su vez, el gobierno ha sido el principal deudor del sistema en materia de recobros en determinado momento, cuando no se cumplía la norma o la regulación puesta por el propio gobierno, entonces cambiamos la regulación. Claro, cumplimos la regulación, pero el sistema sigue sin recursos.

Tres elementos entonces: hay que poner unos recursos frescos; hay que hacer y asegurar que podemos hacer una gestión de riesgos críticos, por difícil que parezca; y tercero, tenemos que hacer una sola pregunta, claro, sobre si el modelo actual de las EPS funciona o no funciona, pero también sobre el modelo de gobierno corporativo integral, de la forma como hoy está estructurado y gobernado nuestro sistema de salud. Dejo ahí y les agradezco mucho.

- Preguntas

Paul Rodríguez: Bueno, ahora la gran pregunta. Yo creo que todos estamos esperando. después de escuchar de todos estos temas, pues ¿cuál es la recomendación para los primeros cien días de un gobierno? Quisiera primero que Daniel, viéndolo desde afuera, nos dijera cuál es su mirada como experto internacional a la situación actual financiera del sistema de salud de Colombia.

Daniel Maceira: Es poco jugado que alguien desde Argentina venga a decirle al gobierno de Colombia —que no sé cuál va a ser— qué tiene que hacer en los primeros cien días; toda una trayectoria de arrogancia argenta queda expuesta en lo que vaya a decir ahora. Así que voy a tratar de ser *polite*.

Primero, lo que le diría es que tenga cuidado. En economía decimos que una estrategia es un completo plan de acción. Uno tiene que pensar no qué es lo que tiene que hacer primero, sino dónde ve al sistema de salud en cinco o diez años, y empezar a resolver hacia atrás. De modo que lo que primero hagas tenga que ver con una lógica de anclaje con lo próximo, lo siguiente y lo siguiente. Si uno no tiene un plan de hacia dónde quiere ver al sistema en cinco o diez años, es mejor hacerlo antes de mover la primera ficha. Me parece sobrio, me parece sensato; eso es uno de los primeros temas que le diría a cualquier administración.

La otra es que entienda con qué actores del sistema está jugando y cuáles son los intereses de cada uno. Un poco yo lo planteaba, lo planteó el colega acá. Me parece importante poder ver cuáles son los movimientos del sistema de salud y cuáles son los actores con los





hay un tema muy crítico con las intervenidas, sobre todo por el tema que es evidente y es que hay una falla operacional, y esa falla operacional lo primero que va a necesitar es pensar cómo va a encontrar los equipos operativos que solucionen ese problema.

Y yo sí creo que cada una de las intervenidas tiene un problema distinto y es una compañía distinta. Entonces ahí mi sugerencia siempre va a ser que hay que armarles equipos. Un problema de una organización no se genera (sic) con gerentes cada seis meses; hay que poner gente en la que yo confíe, con quien yo pueda gerenciar y que me puede ayudar a que me gestione el problema al menos los cuatro años. Y eso tiene que ser una selección de confianza, de credibilidad y de capacidades.

Yo creo que son esas tres cosas las que diría, pero sobre todo me iría con un tema y es cambiémosle el tono.

Augusto Acosta: Primero, yo me adhiero fervorosamente a lo que acaban de decir mis dos colegas, tanto Daniel como Diana. De Daniel destaco la importancia de que, a pesar de las urgencias, uno pueda tener una visión clara de a dónde quiere llevar al sistema. Si uno no tiene el norte claro, pues uno puede sencillamente comenzar, como decía mi mamá, a dar golpes de ciego y no camina. Y lo segundo, Diana, de lo que acabas de decir, destaco la importancia de bajarle a la conflictividad y con ello generar confianza y, ¿por qué no? utilizar la palabra generar esperanza; que la gente vea: “Bueno, todavía no hemos resuelto, pero estamos en el camino de resolver”. Creo que ese tema de la actitud es muy importante.

Lo tercero, que no se ha comentado, y que sé además que políticamente puede que no tenga mucha viabilidad, pero lo comento porque uno tiene derecho a decir bobadas: yo los invitaría a que jugáramos estatua legislativa y regulatoria. En Colombia se expiden yo no sé cuántas resoluciones y circulares de todo tipo del Ministerio y de la Superintendencia, y leyes en el Congreso. Se nos fueron cuatro años discutiendo nuevas leyes y, mientras tanto, 52 millones de personas cada vez más desatendidas. Yo creo que mucho de lo que se tiene que hacer se puede hacer con las normas actuales, queriendo ser, eso sí, ejecutivos.

Me parece importantísimo que el Ministerio transmita con toda claridad la decisión de verdaderamente ser el rector del sistema de salud. El sistema de salud no ha tenido un rumbo claro marcado por un directivo claro. Tiene que existir un líder, y el líder está llamado a ser el Ministerio de Salud. Yo creo que ese tema se vuelve muy importante en este momento, que alguien diga: “Oiga, a este personaje le podemos confiar, tiene un rollo grandísimo, no se va a levantar la plata”. Si la gente cree en su líder, las cosas se comienzan a resolver.

Caigamos en cuenta, además, de que hay unos costos ocultos en el sistema que son muy grandes. Yo no sé todavía cómo inventarnos el manejo, pero hay un costo muy oculto en la incertidumbre de cuándo se van a pagar las cuentas de los prestadores, de los laboratorios y de todo este tema. En el momento en que un hospital le va a prestar un servicio a cualquier EPS que tenga malos hábitos de pago, le sube el 20%, el 30% hasta el 40%.



He conocido hospitales que, cuando les proponen un pago inmediato, descuentan hasta el 50% del valor total de la deuda. ¿Por qué? Porque ese es el premium que habían cobrado en su tarifa en el momento de pagar. Entonces, creo que habría que buscar algún mecanismo que permita tener una razonable certidumbre respecto de la fecha de pago.

Y desde luego, una palabrita que se dice muy fácilmente, pero hay que gerenciar y hay que invitar a todos a que participen. Todo el mundo tiene que participar, pero ponerse uno a regular precios, a poner precio, a sacar unas tarifas generales... eso no lleva a ninguna parte. Sencillamente hay que invitar a que la gente pueda aportar siendo más eficaz y más eficiente. Hay experiencias en algunas de las EPS que ven ustedes ahí en el listado que les mostré, que no tienen las pérdidas enormes que tienen algunas de las otras intervenidas. Hay unos resultados financieros, no de rentabilidad, pero sí de sostenibilidad. ¿Y por qué lo hay? Porque han logrado hacer unos equipos muy estructurados con prestadores y con la industria farmacéutica y de dispositivos.

Entonces, yo creo que lo sintetizaría diciendo: trabajo en equipo, el famoso “todos ponen” de Antanas Mockus, en donde todo el mundo tenga que decir: “Venga, yo lo invito”. Y si vamos poniendo todo, y hay esperanza y hay capacidad de diálogo, me parece que se va marcando un camino. Y no puedo dejar de mencionar que sí hay que conseguir una platica (sic) fresca, eso sí; hay que hacerle un cariñito, como se diría, al sector para que pueda comenzar también a recuperar la confianza.



Presentación de trabajos del bloque de financiamiento

The Impact of Seguro Popular's Dismantlement on Out-of-Pocket Spending and Forgone Care in Mexico

Presenta: Diego Cerecero-García

Imperial College London

Autores: Diego Cerecero-García¹, Judite Gonçalves¹, Edson Seván-Mori², Laura Flamand², Octavio Gómez-Dantes², Christopher Millett¹, Thomas Hone¹

1. Imperial College London

2. Instituto Nacional de Salud Pública de México

Background: While public health insurance expansions improve financial protection and access to care, there is limited causal evidence on the consequences of insurance retrenchment, particularly in low- and middle-income countries. In Mexico, Seguro Popular—a tax-funded programme covering over 50 million individuals without social security—was dismantled in 2019 and replaced by INSABI and later IMSS-Bienestar. The reform eliminated formal enrolment, recentralised financing, and altered entitlement structures. We assess the impact of this transition on financial protection and healthcare access.

Methods: We conducted a quasi-experimental study using nationally representative data from the Mexican National Household Income and Expenditure Survey (ENIGH), 2012–2024. Exploiting subnational variation in implementation, we compared 23 adopting states with nine non-adopting states using a difference-in-differences design with state and year fixed effects. The analysis was restricted to the non-social security population. Outcomes included the probability of any out-of-pocket (OOP) expenditure, OOP spending levels, catastrophic health expenditure (CHE $\geq 30\%$ of capacity to pay), self-reported uninsured status, and forgone care. Event-study models assessed parallel pre-reform trends.

Results: The dismantlement of Seguro Popular was associated with significant deterioration in financial protection and access in adopting states. The probability of incurring OOP spending increased by 13.4 percentage points (95% CI: 11.0–15.8), average OOP spending



Conclusions: Insurance retrenchment reversed prior gains in financial protection and access, underscoring the risks of institutional disruption during major health reforms.

Presenta: Carlos Pinzón

Autores: Carlos Pinzón¹, Ciro Gómez², Myriam Ruiz³

1. Secretaría de Salud Pública de Cali
2. INALDE Business School
3. Universidad Industrial de Santander, Colombia

Métodos: Se realizó un estudio ecológico multitemporal, complementado con un análisis de diferencias en diferencias (DiD), utilizando información administrativa nacional. Se incluyeron nueve EPS que operaron de manera continua entre 2017 y 2024 y que recibieron afiliados provenientes de EPS liquidadas. Los indicadores analizados fueron el margen operativo, la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la razón de siniestralidad, el costo médico per cápita y el volumen de afiliación. Se estimaron modelos lineales de efectos mixtos y modelos DiD con efectos fijos.

Resultados: El margen operativo promedio de las EPS receptoras disminuyó de 3,2 % en 2017 a -0,59 % en 2024. La suficiencia de la UPC se asoció positivamente con el margen operativo, mientras que la razón de siniestralidad y los traslados masivos de afiliados mostraron



asociaciones negativas. El análisis DiD indicó que los traslados masivos no compensados se asociaron con una reducción promedio de 1,2 puntos porcentuales en el margen operativo.

Conclusiones: Los traslados masivos no compensados de afiliados provenientes de EPS liquidadas tienen un impacto negativo significativo sobre la sostenibilidad financiera de las EPS receptoras, evidenciando fallas estructurales en los mecanismos de ajuste por riesgo y compensación del sistema y la necesidad de reformas regulatorias para garantizar la estabilidad del aseguramiento en salud en Colombia.

Incentivos financieros y desempeño en salud pública: lecciones de una reforma de transferencias fiscales subnacionales

Presenta: Frederica Padilha (Brasil, virtual)

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Autores: Frederica Padilha¹, Elize Massard Fonseca², Gustavo Cordeiro¹, Leonardo Rosa³, Rudi Rocha¹

1. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

2. FGV

3. Magie

Los gobiernos recurren cada vez más a incentivos fiscales intergubernamentales basados en el desempeño para orientar la provisión descentralizada de servicios públicos; sin embargo, estos instrumentos pueden no generar las mejoras esperadas. En este trabajo presentamos evidencia de una reforma del reparto del impuesto al valor agregado basada en la salud en el Estado brasileño de Ceará y analizamos los mecanismos que moldearon las respuestas municipales a incentivos fiscales vinculados al desempeño. Las autoridades sanitarias diseñaron un programa para extender al sector salud un instrumento fiscal basado en resultados que previamente había generado avances ampliamente reconocidos en el ámbito educativo.

Si bien la reforma produjo una redistribución sustancial de recursos entre municipios, no generó mejoras medibles en los resultados de salud ni en el desempeño de la atención primaria. Mediante un análisis de métodos mixtos que combina estimaciones cuasi-experimentales, la evaluación de las propiedades de los indicadores y entrevistas con gestores estatales y municipales, mostramos que la reforma fracasó porque los indicadores que determinaban las transferencias eran inestables, estaban débilmente alineados con las responsabilidades municipales y carecieron de un apoyo adecuado durante la implementación.



Como resultado, los gobiernos locales no pudieron anticipar de manera confiable las recompensas ni traducir los incentivos en acciones concretas. Los hallazgos sugieren que los incentivos fiscales basados en el desempeño tienen mayor probabilidad de orientar la acción municipal hacia objetivos prioritarios de salud cuando las métricas son estables, accionables y están acompañadas de un apoyo sostenido a la implementación; por el contrario, vincular redistribuciones fiscales de alto impacto a resultados que exceden la influencia creíble de los gobiernos locales puede socavar la efectividad de los incentivos.

Impuestos saludables y sostenibilidad fiscal: evidencia desde el caso colombiano

Presenta: Juan Camilo Herrera Palacio

PROESA, Universidad Icesi

Autores: Juan Camilo Herrera Palacio¹, Blanca Llorente², Victoria Soto¹

1. PROESA, Universidad Icesi

2. Fundación Anáas

Introducción: Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representan el 76,2% de las muertes en América Latina y el Caribe, con una carga diferencia en poblaciones vulnerables. Entre 2020 y 2050, América del Sur podría perder hasta el 4% de su PIB debido a la carga asociada a ENT. Dado que el 37% de las muertes se atribuyen a factores de riesgo modificables, como consumo de tabaco, alcohol y dietas no saludables, los impuestos saludables constituyen una herramienta clave tanto para la prevención como para la sostenibilidad fiscal. Colombia es uno de los dos países de la región con cuatro impuestos selectivos al consumo: alcohol, tabaco, bebidas azucaradas y comestibles ultraprocesados.

Objetivo: Analizar el potencial del conjunto de impuestos saludables como mecanismo de financiamiento sostenible del sistema de salud, con énfasis en su diseño, desempeño reciente y efectos esperados ante reformas tributarias.

Método: Se emplea un enfoque descriptivo y de modelación que integra información de encuestas nacionales (Calidad de Vida y Consumo de Sustancias Psicoactivas), estadísticas de producción, precios y comercio exterior, junto con estimaciones de elasticidades precio-demanda. Se analiza la evolución del consumo, la asequibilidad y los recaudos reales, así como escenarios de rediseño tributario en alcohol y tabaco.

Resultados: Los resultados muestran que, pese a incrementos previos en tarifas, los recaudos reales se han estancado y el consumo de ciertos productos, incluidos sustitutos no



gravados como cigarrillos electrónicos, ha crecido. La modelación sugiere que un rediseño que fortalezca la estructura específica y amplíe la base gravable generaría aumentos sostenidos en recaudo y reducciones significativas en consumo.

Conclusiones: En un contexto de presión fiscal, envejecimiento poblacional y creciente carga por ENT, el caso colombiano evidencia que los impuestos saludables pueden contribuir a la sostenibilidad del sistema generando ingresos con destinación específica al sector salud y ahorrando gastos al reducir carga de enfermedad evitable.

Universal Coverage, Uneven Access: The Redistribution Effects of Colombia's Health Benefit Equalization

Presenta: Paul Andrés Rodríguez Lesmes

Universidad del Rosario

Autores: Giancarlo Buitrago^{2,3}, Sandra Camacho², Diana Pinto², Paul Andrés Rodríguez Lesmes¹, Thomas Hone⁴

1. Universidad del Rosario
2. Universidad Nacional de Colombia
3. Hospital Universitario de Colombia
4. Imperial College London

Background: In 2013, Colombia equalized the benefit package of the Subsidized Regime with that of the Contributory Regime, eliminating longstanding coverage gaps. This reform provides a natural experiment to assess how benefit expansions affect healthcare use in a near-universal system with supply constraints.

Methods: Using individual-level administrative data and a difference-in-differences design, we compare changes in utilization across regimes before and after the reform.

Results: Healthcare use increased among subsidized enrollees, particularly for diagnostic services, but declined among contributory members, suggesting substitution rather than aggregate gains. Geographic access improved, especially in underserved areas, yet capacity constraints limited broader effects. No heterogeneity was found by procedure cost or baseline availability.

Conclusions: Expanding benefits without parallel investments in service capacity may reallocate, rather than expand, effective access.



- Preguntas

Maestra de ceremonias: Voy a iniciar con Diego en el orden de las presentaciones. Preguntas muy puntuales para él. Entonces, Diego, la pregunta es: ¿existen paralelos claros entre lo ocurrido en México y los riesgos actuales en otros sistemas latinoamericanos?

Diego Cerecero: Bueno, creo que en realidad hay varios paralelos a los que podemos prestar atención. Yo creo que varios de los ejemplos que hemos visto en el día de hoy, por ejemplo, el caso colombiano, nos habla de reformas muy grandes en cómo se prestan y se financian los servicios. Pero también hay otra serie de países en la región. Por ejemplo, apenas hemos estado platicando con personas en Guatemala, donde nos han estado comentando que también dentro de su propio sistema han estado considerando incrementar la cobertura para ciertos grupos poblacionales. También, digo, hay otros países, por ejemplo, Costa Rica, que ha expandido la cobertura en el pasado a escalas más o menos parecidas a los tipos de sistemas que estamos pensando en implementar.

En el caso de México, yo creo que lo que es muy interesante aquí es que, a pesar de que todos en su medida están implementando —muchos de los países están implementando reformas muy mayores en sus sistemas—, algo que marca una diferencia importante es la capacidad técnica y la capacidad de evaluación para la implementación de dichas reformas. Como lo estuvimos revisando en la mañana, en el caso de México, por ejemplo, estas reformas básicamente borraron algo que ya existía, que se construyó con evidencia.

De hecho, como parte de este proyecto, tenemos un estudio comparado en el proceso de reforma de México y Colombia, donde justamente las analizamos como dos estudios de caso que pasan por una reforma; ambas reformas basadas en evidencia y hay algunas reformas que fueron exitosas. Por ejemplo, en el caso de México, la reforma fue exitosa en la implementación, pero en el caso de Colombia la reforma en implementación ha ido en una etapa mucho más lenta.

Entonces, pues hay, digamos, varios ejemplos. Varios países de la región, como lo he dicho, han pasado por reformas, pero yo creo que el tema central acá es justamente la capacidad que cada uno de los países tiene para poder evaluar e identificar las necesidades de la población y, de esa manera, poder transicionar a reformas que aumentan la cobertura, pero con información y con evidencia.

Maestra de ceremonias: Continuamos con Carlos. Carlos, la pregunta es, si el problema es de diseño, ¿cuál sería el cambio estructural más urgente que debería hacerse hoy en el modelo de aseguramiento?

Carlos Pinzón: El cambio estructural del aseguramiento más urgente. Es que yo creo que, de diseño, yo no estoy tan de acuerdo que el problema sea de diseño, porque cuando yo hablo de diseño en sistemas de salud, hablo de un aseguramiento. El aseguramiento tiene tres propósitos: uno es gestionar un recurso de manera eficiente. Cuando uno asegura a una persona, a un carro, es disponer de un recurso e invertirlo lo mejor posible



para lograr un objetivo, que es que en un carro, si se accidenta, yo pueda repararlo; en un ser humano, si se enferma, yo tenga cómo atenderlo. En eso creo que el sistema estaba logrando cosas.

El segundo propósito del aseguramiento es alinear los incentivos entre lo que se presta en servicios de salud y el valor que debería generar el sistema. En eso hemos fallado. En eso el sistema de salud colombiano ha perpetrado y ha consolidado sus acciones en mejorar cobertura y acceso, pero falta el paso de poder relacionar eso con resultados en salud. Y el tercero es en protección financiera. Y en eso lo hemos logrado; somos un país que tiene una protección financiera y un gasto de bolsillo por debajo de cualquier país de la región. Entonces, por eso digo que más bien yo diría: el problema que tiene el aseguramiento actualmente es falta de regulación —que lo dice por todo lado—, falta de regulación en el marco de la gestión del riesgo en salud, falta de regulación frente al manejo de reservas técnicas, falta de regulación en el marco mismo del logro de los resultados.

Entonces, si tú me lo preguntas a mí, el problema no es de diseño, el problema es de mecanismos de control; en lo que hemos fallado es en mecanismos de control. Calcular la UPC pareciera sencillo, pero hoy nos hemos dado cuenta que no es tan sencillo. Aun así, desde tiempo atrás el sistema ha reconocido que es insuficiente en su cálculo, y aun así no hemos hecho los cambios porque nos falta información, porque los sistemas de información no dan, etcétera. Entonces, vuelvo y reitero que ahí el ejercicio está en el marco de que el sistema de aseguramiento para mí es. Después en el panel de los asesores de los candidatos se discutirá esto, pero creo fielmente que el problema es una falta de institucionalidad en el marco de la regulación del aseguramiento, que así tuviéramos un sistema único de salud, también se necesita.

Porque al final en los sistemas de salud, en la teoría, siempre ayuda a tener un intermediario, que es una visión errada que tenemos como sistema actual: es que creemos que la intermediación es mala. La intermediación es mala cuando es ineficiente y cuando genera más gasto en la intermediación, que el valor que genera la intermediación. En el sistema único de salud también requeriríamos un intermediario porque el Ministerio no es su competencia gestionar, es su competencia dirigir. Entonces ahí tampoco está el problema; el problema es de regulación a mi entender. Inmediatamente deberíamos tener claramente medidas de regulación.

Ahora, lo que necesita el sistema ahora no es diseño, es flujo de caja, porque sí está echando humo, porque sí se requiere fondear IPS y EPS, porque sí se requiere salvaguardar y salvar elementos propios de la prestación de servicios, que hoy obviamente las noticias lo dicen, pero nosotros en el sistema lo estamos viviendo: fallas de acceso en interrupción de tratamientos y muertes relacionadas con este evento.

Maestra de ceremonias: Continuamos con la siguiente pregunta del público que está dirigida a Juan Camilo. En la presentación Juan Camilo mencionó que el principal reto sigue siendo el alcohol y tabaco, uno de los principales retos. ¿Qué barreras políticas o económicas han dificultado avanzar más en estos sectores?



Juan Camilo Herrera: Hay un póster allá afuera que lo va a explicar mejor que yo. Ese póster lo tiene Blanca, lo pueden ir a ver. Y básicamente es un tema de economía política. Hay muchísimas barreras, pero yo diría —y se los digo por experiencia propia y eso es algo que cualquiera puede consultar porque las sesiones del Congreso quedan grabadas—: el año pasado se discutió la ley de financiamiento. En la ley de financiamiento se incluyó la propuesta que hemos venido trabajando de alcohol y tabaco.

Y cuando uno va y está en el Congreso, pues una de las primeras cosas que uno nota es cómo sucesivamente casi que muchos legisladores, por no decir la mayoría, la primera cosa que dicen es: “Miren, me declaro impedido para debatir sobre esto por conflicto de interés”. Entonces, la palabra clave es un tema de conflicto de interés, y creo que para nadie es un secreto; La Silla Vacía lo ha mostrado, varios medios periodísticos lo han mostrado.

Muchas de las empresas que hay detrás, al menos por ejemplo de bebidas alcohólicas y bebidas azucaradas aquí en el país, subsidian campañas políticas, incluidas desde el nivel territorial, del ejecutivo, las legislativas, nacionales, etcétera. Para nadie es un misterio. Entonces, evidentemente hay un tema de economía política y yo diría que la principal barrera, para ser muy corto en la respuesta, es el conflicto de interés.

Maestra de ceremonias: Continuamos con Frederica. Frederica, la pregunta del público es: Si hoy se diseñara nuevamente la política de incentivos evaluada en Ceará, ¿cuál diseño consideras de incentivo sería el más recomendable de acuerdo a tu ponencia?

Frederica Padilha: Bueno, yo creo que estos indicadores que fueron utilizados en el eje de esfuerzo, que son como indicadores más relacionados a la atención primaria, que, como dice, en Brasil es de responsabilidad de los municipios, tienen más gobernabilidad sobre estos; como vacunación, prenatal adecuado, que son indicadores que los municipios sabrían cómo cambiar.

Yo creo que cuando vamos a pensar en indicadores de resultado para esos tipos de programas de *pay for performance*, pago por resultado en la salud, es más complicado pensar en tasas de mortalidad, de internación. Yo creo que es posible también, pero hay que hacer como ciertos tratamientos en esas tasas, utilizar como medias móviles, no de municipio, poblaciones mejores. En Ceará nosotros queremos intentar influenciar al gobierno para cambiar esa política que ahí continúa activa, sería de mirar en estos indicadores que los municipios tienen una mayor gobernabilidad. Yo creo que sería esto.

Y también en esta parte también de otros tipos de incentivo, ¿no?, de estos más motivacionales, de premios, que fueron como mecanismos que tuvieron mucho logro en el área de la educación.

Maestra de ceremonias: Finalizamos esta ronda de preguntas con el profesor Paul. La pregunta está basada en la experiencia analizada cuando el paquete subsidiado es igual al contributivo. ¿Qué servicios aumentaron más en utilización y cuáles permanecieron con barreras?



Los videos de esta sesión están disponibles en:



Conversatorio con líderes de salud de campañas presidenciales



Conversatorio con líderes de salud de campañas presidenciales

Visiones de Estado sobre la salud, modelos de reforma y sostenibilidad

Panelistas:

Román Vega Romero

Asesor de la campaña de Iván Cepeda

Alejandro Gómez

Asesor de la campaña de Claudia López

Bernardo Useche Aldana

Asesor de la campaña de Sergio Fajardo

Iván Sánchez Arango

Asesor de la campaña de Abelardo De la Espriella

Moderan:

Zulma Cucunubá

Pontificia Universidad Javeriana

Mauricio Serra

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Zulma Cucunubá (ZC): Buenas tardes a todas las personas que nos acompañan hoy en este espacio tan importante después de un largo día en que hemos estado discutiendo sobre sistemas de salud, transformaciones desde América Latina, comparaciones de diferentes sistemas de salud en nuestra región, aprendizajes también desde otras regiones del mundo y que ha sido un espacio muy importante académicamente. En este punto es muy relevante esa conexión que podemos hacer con el espacio político. Entonces, para



nosotros, de verdad que es un gusto tener aquí, haber podido convocar a líderes de salud de las campañas presidenciales que actualmente lideran y para nosotros, con el doctor Serra, es un gusto poder acompañar esta sesión. Vamos a hacerlo en varias partes. Primero, me voy a tomar el trabajo de presentar a cada uno de estos asesores y a continuación el doctor Serra explicará la dinámica de este panel.

Entonces, me gustaría invitar al doctor Román Vega Romero, asesor de la campaña de Iván Cepeda. El doctor Vega es médico con maestría en administración de salud y seguridad con un doctorado en administración y políticas de salud. Fue profesor titular de las áreas de administración de salud, salud pública, política social y ciencias sociales y humanas de la Pontificia Universidad Javeriana. Fue Secretario Distrital de Salud de Bogotá y actualmente es coordinador global del Movimiento para la Salud de los Pueblos.

Me permito ahora invitar al Dr. Bernardo Useche. El doctor Useche es asesor de la campaña de Sergio Fajardo. Él es psicólogo con maestría y doctorado del estudio del Instituto para Estudios Avanzados en sexualidad humana y doctorado en salud pública. Fue profesor de la Universidad de Caldas y trabajó como investigador asociado y senior en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas. Se ha desempeñado como presidente de Colsek, como director del Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud y Psicosociales de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y vicepresidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Muchísimas gracias al Dr. Vega y al doctor Useche por su presencia.

Le pido el favor que nos acompañe en el en el estrado también al doctor Alejandro Gómez. El doctor Gómez es asesor de la campaña de Claudia López. Él es médico con posgrados en auditoría de salud y finanzas. Fue Secretario Distrital de Salud, vicepresidente de Bonsalud, EPS, director de salud pública de la Alcaldía de Medellín, gerente general de la red hospitalaria de esa ciudad, director nacional de nutrición del ICBF y ustedes lo recordarán pues mayoritariamente seguramente porque fue Secretario de Salud en la administración pasada. Bienvenido, doctor Gómez.

Finalmente nos permitimos invitar al Dr. Iván Sánchez Arango, asesor de la campaña presidencial de Abelardo de la Espriella. El doctor Sánchez es abogado especializado en derecho de tecnología y telecomunicaciones con amplia experiencia en contratación público-privada en el sector salud, excontralor delegado anticorrupción.

Y así completamos nuestro panel. Estaba, como nos decía nuestra colega, invitado el Dr. Juan Diego Álvarez, asesor de la campaña de Paloma Valencia, quien es abogado, especialista en derecho ambiental, doctor en derecho. Él se excusa por motivos de salud, no nos pudo acompañar.

Entonces por favor le damos la bienvenida a nuestros invitados. Muchas gracias de verdad por estar acá.

Mauricio Serra (MS): Bueno, muy buenas tardes para todos, un gusto tenerlos acá y nuevamente agradezco el tiempo que nos dedican para este evento. Sabemos lo intensas que



son las campañas y en esta casi recta final para la primera vuelta hay una ocupación muy grande de cada uno de ustedes, pero creemos que es muy valioso el poder compartir en este que es un escenario principalmente académico, lo que cada una de las campañas está visionando para la salud de los colombianos. Todos sabemos que hoy posiblemente las dificultades del acceso a los servicios de salud son la principal causa de sufrimiento de los colombianos, lo manifiestan en las diferentes encuestas y una de las principales solicitudes para lo que deban hacer las campañas y el futuro presidente con su equipo. Entonces, es un gusto tenerlos acá. La dinámica que vamos a tener es que cada uno de ustedes va a exponer entre ocho, máximo 10 minutos de una forma libre las principales ideas del plan de gobierno que se propone cada una de las campañas. Vamos a ser desafortunadamente muy rigurosos con el tiempo y nos va a tocar la posiblemente la antipática labor de decirles se les está acabando el tiempo. Aquí al frente lo tenemos. Posteriormente vamos a tener una serie de preguntas en donde ustedes podrán ampliar este planteamiento. Hemos propuesto que arranquemos cada uno de ustedes a hablar y es de acuerdo al orden alfabético del nombre.

Entonces, el Dr. Alejandro será el primero, el segundo el Dr. Bernardo, el tercero el doctor Iván y el cuarto el doctor Román para que sea el orden alfabético del nombre el que nos oriente el orden en el que habla. Entonces, sin más preámbulos, invitamos al doctor Alejandro que nos haga la exposición general de su campaña.

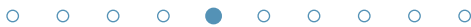
Alejandro Gómez

Asesor de la campaña de Claudia López

Hola, muy buenas tardes, Zulma, Mauricio, Román, Bernardo, Iván. Para nosotros es un gusto y es un honor poder compartir un rato con personas con las que hemos trasgado a lo largo de la vida profesional y también académica y que hoy representan miradas distintas de lo que estamos viviendo y de lo que debe ser la ruta de Colombia en los próximos años, específicamente alrededor del tema salud.

Creo que hay una cosa primera que tenemos que entrar a discutir porque se vuelve un lugar común. Mauricio lo decía, nadie podrá negar que estamos en medio de una crisis. Sí, hay gente que lo está negando. Hay posiciones que vemos de pronto en los medios de comunicación, específicamente por parte del señor Ministro, que dice que crisis de salud no hay. Nosotros pensamos que crisis de salud sí hay y creemos que hoy Colombia vive una crisis que no es una sino dos alrededor del tema de salud.

La primera es una crisis estructural de la que se ha hablado aquí en este escenario en las últimas horas, que viene desde por allá de 2010, en el momento en que los ingresos que tenían las aseguradoras por cuenta de las primas de las UPC empezaron a ser insuficientes para pagar la siniestralidad. O sea, hubo un equiparamiento entre ingresos y gastos y esto trae consigo un debate que ya nos trae aproximadamente unos 16 años. Pero sin lugar a dudas a esa crisis que arrastrábamos se le suma a una crisis coyuntural y la crisis coyuntural es en este gobierno y es una crisis de liquidez.



Toda vez que hay dos crisis, creo que tendríamos que tener dos soluciones como mínimo. Para la segunda crisis, la crisis de liquidez, nosotros planteamos la Constitución urgente de un fondo de salvamento del sistema de salud, del sistema prestador de servicios de salud, el cual se fondearía (sic) con títulos de deuda que se emitan desde el gobierno nacional de manera muy rápida, porque tenemos que salvar la red de prestadores, porque ese salvamento de la red de prestadores va a salvar vidas. Y es que hoy hay dolor, como decíamos, pero también hay vidas que se están perdiendo. Sobre eso no me quiero extender para hablar de lo estructural en los minutos con que cuento.

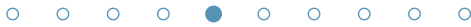
Yo creo que tenemos una crisis estructural en la cual no alcanza el dinero y esto lo venimos arrastrando por diferentes razones. No podemos negar que en el sistema de salud ha habido deshonestidad. Los que llevamos toda la vida en esto, sabemos lo que fueron las empresas solidarias de salud, sabemos lo que fueron las EPS, que descremaron el mercado para utilizar un término horrible, pero que se utiliza mucho en economía y se fueron dejando deudas. Claro que hubo problemas de honestidad, pero lo que hoy tenemos es un problema que es más profundo y es que el perfil demográfico de Colombia es distinto al que teníamos hace 10 o 20 años. Nos envejecimos, señoras y señores, y nos envejecimos, entre otras, porque es parte del éxito de la ley 100.

Hoy tenemos una esperanza de vida mayor, hoy tenemos menor mortalidad materna, hoy tenemos menor mortalidad infantil, hoy las enfermedades infecciosas no son lo que eran, pero trajeron consigo las crónicas no transmisibles de las que hemos hablado. Entonces, si somos distintos, nos enfermamos de cosas distintas. Y como dije en otro escenario, no vale lo mismo tratar una neumonía en un niño 10 días que tratar una hipertensión arterial en un viejo 30 años. No vale lo mismo. Entonces, lo que tenemos que hacer es recuperar una visión científica de lo que tenemos. Si estamos más viejos, tenemos que entender que el plan de beneficios no puede ser el mismo. Pero además el plan de beneficios en Colombia a lo largo de los últimos años, vía tutela, entre otras cosas, se volvió un plan de beneficios infinito. A un plan de beneficios infinito se le corresponde una prima infinita. Esta condición nos obliga a que seamos responsables y la responsabilidad desde la campaña de Claudia López implica que hagamos:

Número uno, un estudio actuarial, que sepamos quiénes somos, qué edad tenemos, de qué nos enfermamos y eso cuánto vale.

Número dos, que hagamos un nuevo pacto social, por antipático que ello suene en una campaña política, Colombia tiene que decidir qué plan de salud puede pagar y que sea correspondiente a su perfil epidemiológico. La nuestra es una propuesta de un plan de salud explícito. Sí, ese plan de salud implícito que hoy tenemos, ese plan de salud que dice tiene que hacer exclusiones para que no se las estén pagando, ese es impagable. El plan de salud explícito. Entonces, tendrá que venir acompañado de un mecanismo de evaluación de tecnología, suponemos que se haría a través del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud, nuestro IETS, para que se decida cuánto, qué entra y qué sale dentro del plan de beneficios.

Y por supuesto de un sistema de información creíble. Hoy nos preguntamos cuánto debe el sistema a los prestadores de servicios de salud y hay cinco o seis cifras distintas. La Asociación



de Clínicas y Hospitales dice una, así vamos en salud otra, la Contraloría dice otra, Afidro dice otra y todas las tenemos que creer porque no hay un plan, perdón, no hay un sistema de información en línea y con legitimidad que nos permita saber exactamente dónde estamos.

Estudio actuarial, plan de beneficios explícito, sistema de información en salud y un modelo de evaluación de tecnologías que además permita, año tras año, lo hace Uruguay, ver cuál es el plan de beneficios y cuánto vale, pero cada año, no cada 20 años cuando estemos quebrados. Creo que esto es lo responsable.

Uno podría ahondar en muchos detalles en el plan de salvamento con el que tenemos que empezar. Por supuesto que sí, pero tal vez el final de nuestra propuesta es una es un final de carácter filosófico. Hasta el día de hoy nosotros no hemos tenido un sistema de seguridad social en salud. Hemos tenido un sistema de acceso a servicios de salud. La gente caracteriza el servicio como mejor o peor en la medida en que pueda entrar más al consultorio, tener más ecografías o que o tener más acceso a medicamentos. Tal vez es el momento, con el envejecimiento que estamos teniendo, de migrar de un sistema de seguridad social en salud a un sistema de cuidado y protección social. Pensamos que el futuro va hacia allá, que pensemos más en el ser humano de manera holística y menos en el corazón que ve el cardiólogo, en la rodilla que ve el reumatólogo o en la piel que ve el dermatólogo. Creemos que hace falta esa visión de cuidado y eso debería llevar consigo una transformación filosófica, pues, de qué conocemos nosotros por salud y trabajar más por bienestar.

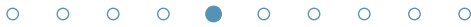
Esa es nuestra posición. Muchas gracias.

MS: Muchas gracias al doctor Alejandro, y además de eso, un excelente uso del tiempo, incluso le sobraron 58 segundos. Muy bien, el doctor Bernardo. Eso es un ejemplo de cómo gobernará el sistema de salud. Muy bien.

Bernardo Useche

Asesor de la campaña de Sergio Fajardo

Bueno, muy buenas, muy buenas tardes. El 26 de noviembre de 2010, en esta misma aula, en este mismo recinto, presenté en el Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud una ponencia titulada La ley inversa de la salud, el Banco Mundial y el proyecto de ley estatutaria de la salud en Colombia. Hoy en nombre del equipo de salud de Sergio Fajardo, liderado por Luz María Agudelo, les doy a todos ustedes un saludo respetuoso, en especial a los organizadores del octavo congreso, a los moderadores Zulma y Mauricio y en especial a los representantes de las distintas campañas presidenciales que participamos hoy en este debate. A no ser por sus responsabilidades con la campaña de Sergio en Antioquia que se lo impidieron, Luz María hubiera estado presente hoy aquí en su calidad de única mujer que dirige un equipo programático en salud de un candidato presidencial. En un sector donde el talento humano y los trabajadores de salud son mayoritariamente mujeres, Luz María la representa con excelencia a partir de sus credenciales académicas



y su experiencia como secretaria de Salud de Fajardo en la alcaldía de Medellín y en la Gobernación de Antioquia.

Saludamos también que la campaña de Iván Cepeda hoy con la presencia aquí del Dr. Román empiece a abandonar la posición profundamente antidemocrática de no participar en debates o de llamar a debatir únicamente con lo que denomina la ultraderecha. Una polarización que trata de forzar a los electores hacia los extremos, negando la voz del centro político. Los tres temas propuestos para este panel son visión del Estado sobre la salud, modelos de reforma y sostenibilidad. ¿Qué puedo decir en 8 minutos?

El Estado y la salud. Los sistemas de salud y sus distintas concepciones y modelos son ante todo un asunto que concierne a la economía y la política y son la institucionalidad a través de la cual el Estado asume la responsabilidad con el bienestar de la población. Con respecto a la rectoría y a la gobernanza, desde que en Alemania se aprobó la ley del seguro médico de 1883 y se estableció el primer sistema de salud en el mundo, quedó claro que esa responsabilidad se materializa en la rectoría que ejerce el gobierno nacional sobre el sistema. Cuando Fajardo plantea que en el primer día de su mandato establecerá un puesto de mando presidencial para empezar a solucionar el caos y la crisis actual de la salud, por lo demás, propuesta imitada por otras candidaturas, está anunciando que durante su gobierno el sistema de salud contará con una rectoría estratégica nacional, la misma que se diluyó con la ley 100. En su momento un defensor de la ley 100, el respetado Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez afirmó: “La ley 100 es buena, pero fue un error darle al sector privado el control de las políticas de salud y de los programas de promoción y prevención”, y agregó: “el Estado debe centralizar las políticas de salud”. Tenemos que rescatar el Ministerio de Salud. Fajardo se propone mejorar el rol del Estado como ordenador y rector del sistema de salud y garante último de la consagración del goce efectivo del derecho a la salud. Esas son sus palabras.

Aquí cabe la pregunta a las campañas de Paloma Valencia y Abelardo de la Espriella si plantean corregir el debilitamiento de la de la rectoría del Sistema de Salud originado en la Ley 100 promovida e implementada por Álvaro Uribe, en cuyo primer gobierno llegó hasta eliminar el Ministerio de Salud para fusionarlo con el Ministerio de Trabajo. Pero al mismo tiempo, Fajardo fue el primer candidato presidencial en convocar, dialogar, realizar grupos focales con todos los agentes del sistema de salud, bajo la premisa que una rectoría fuerte no excluye, sino que se complementa con los acuerdos y la coordinación de los distintos niveles de gobernanza dentro del Sistema de Salud, en primera instancia, el Consejo Nacional de Salud. En este escenario se debe velar por la solución a los conflictos que suelen presentarse entre los actores del sistema en razón de los intereses económicos particulares y debe evitarse que en el sistema haya un agente predominante, teniendo presente que el objetivo es la atención a las necesidades de la población y de usuarios y de pacientes. Tanto la rectoría como la gobernanza del sistema salud tendrán su papel en el gobierno de Fajardo.

Teniendo en cuenta que entre en este punto cabe preguntar a la campaña de Cepeda si van a dar continuación al estilo autoritario del presidente Petro, quien lo mismo ordena en



un Consejo de Ministros la liquidación de las EPS que están en quiebra, que descurre (sic) la responsabilidad argumentando que su gobierno fue engañado en el nombramiento de interventores en las EPS o de los administradores de la Fiduprevisora, los mismos que tienen a la Nueva EPS en las noticias todos los días, porque prestadores públicos y privados luego de implementar durante 2 años un nuevo modelo de salud, ni siquiera han logrado establecer un sistema de contratación con los prestadores. Aquí me estoy refiriendo al FOMAC.

Estado y salud pública. Para Fajardo, un objetivo central del Estado es mejorar la salud y el bienestar de la población de toda Colombia y entiende que el necesario aseguramiento individual y colectivo es parte integral del Sistema de Salud, pero no lo es todo. Por supuesto, el aseguramiento debe estar articulado con la salud pública. Por eso, en el programa de Fajardo se propone una canasta preventiva per cápita pagada por reembolso contra resultados para hacer evaluaciones preventivas basadas en la evidencia de acuerdo al ciclo vital, vacunación, salud mental, tamizaje de riesgo cardiovascular, cáncer de mama, cérvix, próstata y colon, evaluación funcional en la vejez, etcétera. Pero lo cierto es que en Colombia el Estado y los gobiernos de la Ley 100 están en deuda con la salud pública, con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Considerar que los planes de intervenciones colectivos, los PICs, tal como operan y con su dimensión clientelista son estrategias de salud pública efectiva, es ser demasiado optimistas.

Para mencionar apenas uno de los pilares de la salud pública, Fajardo emprenderá una labor sistemática para intervenir efectivamente los determinantes sociales de la salud. Se planificará y se implementará metódicamente programas concretos de infraestructura sanitaria, seguridad alimentaria, cobertura con agua potable de calidad, mejoramiento de vivienda y de vías, elementos todos imprescindibles para garantizar la salud de la población. Especial atención se dedicará desde el primer día a los territorios más vulnerables, Cauca, Chocó y Catatumbo en primer lugar. Al respecto una anécdota. En febrero del 2015, en este recinto también, Sir Michael Marmot dictó una conferencia sobre su trabajo en determinantes sociales de la salud. Al terminar su poderosa exposición, todos sabemos que Dr. Marmot, entre muchos otros aportes a la salud pública, dirigió la investigación y los rigurosos meses de trabajo que durante meses condujeron al informe de la Organización Mundial sobre determinantes. Intervino el entonces viceministro de salud, el Dr. Fernando Ruiz, para expresar que el gobierno de Colombia ya venía haciendo importantes avances en el tema. Lo sorprendente de esta afirmación, pues el atraso en esta área es monumental, probablemente tiene que ver con la concepción burocrática de las políticas públicas en salud. Así que si existe una norma o una comisión, la intersectorialidad, por ejemplo, conformada por representantes de distintos ministerios que se reúne periódicamente, esto es suficiente para producir resultados. Esta visión burocrática de los determinantes sociales tiene que cambiar en la presidencia de Fajardo.

Y termino sobre el modelo de salud, dos palabras. La ley 100 creó un sistema de aseguramiento social caracterizado porque la prima de seguro de los más pobres la cubre el Estado. William Cioa, experto en sistemas de salud de la Universidad de Harvard y del Banco Mundial, describe el sistema de salud colombiano y en particular el régimen subsidiado en estos términos. Es un grave error del gobierno del presidente Petro plantear que



las EPS son simplemente intermediarias financieras que hacen negocio con los recursos públicos y que se roban la plata. Es un error desconocer no solo la naturaleza del aseguramiento, sino también menospreciar el peso económico y político nacional e internacional del sector asegurador, así como creer que la astucia política puede superar la correlación de fuerzas necesarias en el país para sacar adelante una reforma de la trascendencia de la reforma de la salud. Esto no quiere decir que el sistema no tenga graves problemas y que no necesite una reforma. Y por eso Fajardo en su programa plantea que durante el 2027, concertando con todos los actores eh del sistema, presentará una reforma de ese Sistema de Aseguramiento social.

Muchas gracias

MS: Muchas gracias, Bernardo. Muy amable. Doctor Iván.

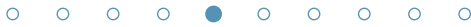
Iván González

Asesor de la campaña de Abelardo de la Espriella

Gracias. Buenas tardes para todos. Zulma, Mauricio, colegas auditorio, compañeros del equipo en salud, Paulo y Carlos. No estamos ante una crisis, Alejandro, estamos en una crisis humanitaria en salud. Desde diciembre hemos venido repitiendo esto y esto ha venido incrementándose en reflejarse de diferentes formas. Cuando la OMS describe qué se entiende por crisis humanitaria, parte de tres elementos. Primero, un gran bloque de la población que no tenga acceso a servicios de salud. En este caso hay 25 millones de personas que están en EPSs intervenidas. Segundo, que esa población no tenga acceso a medicamentos o a procedimientos vitales y ahí tenemos a los pacientes crónicos con entre 8 y 10 millones de pacientes y de personas que no tienen medicamentos. Y aparte de eso, un desfinanciamiento estructural del sistema que pues eso a todas de ustedes lo conocen. Entonces, estamos en presencia de una crisis humanitaria en salud y esa crisis humanitaria en salud tiene que ser en este momento la prioridad que tiene que asumir este o cualquier gobierno, porque tenemos en este momento a unas personas que requieren nuestra mayor atención.

Y para eso hay que resolver el problema de la caja porque definitivamente no hemos destinado los recursos necesarios para resolver esa caja. Como dice bien Alejandro, las cifras son opacas porque en este gobierno todo es opaco, pero entonces decimos 25- 20, no sabemos sin tener en cuenta la Nueva EPS, que puede estar también entre otros 20, no lo sabemos. Lo que sí tenemos, lo que sí sabemos es que hay que sacar el paciente del paro en el que se encuentra y ese paciente está involucrado a todos los actores del sistema; que son los prestadores, las IPSs, los médicos que están involucrados en esas IPSs, los laboratorios que nos están administrando los medicamentos, los pacientes crónicos que necesitan atención y aparte de eso tenemos al INVIMA y al que necesitan cumplir su tarea, pero tienen casi 28,000 procedimientos represados.

Entonces vamos dentro de la fórmula de rescate con el equipo económico de la campaña de Abelardo de la Espriella, hemos destinado 10 billones de pesos para llenar un cuarto



de tanque porque no vamos a resolver el problema estructural. 10 billones de pesos para destinarlo: Uno, a pagar esas nóminas que están pendientes. Hay que pagarle a los héroes con capa, que son los médicos. Segundo, hay que destinar al pago de por Dios, Instituto Nacional de Cancerología, que atiende los pacientes con las enfermedades con urgencia vital. Hay que pagar a la Liga contra el cáncer, a esos que están hay que darles recursos. Esos son 4 billones de pesos. Tres billones de pesos para pagar medicamentos que están represados y hay que entregarlos. Los tenemos mapeados con información que tenemos privilegiada. Sabemos que las EPSs no intervenidas saben en dónde están esos pacientes, pero no tienen sus medicamentos. Hay que entregárselos y si se los podemos entregar en la casa porque ese mecanismo ya existe. Vamos a entregar los medicamentos. Vamos a destinar 2 billones de pesos más para atender a los pacientes crónicos que necesitan sus tratamientos. Un paciente con diálisis o un paciente con una enfermedad rara que no se le entregue sus medicamentos, es un paciente desestabilizado, hay que estabilizarlos y tenemos un colchón de 1 billón de pesos que vamos a utilizar tanto para INVIMA como para IETS y hacer un desbloqueo del sistema. En ese sentido resuelto esta parte con estos 10 billones de pesos destinados que vienen directamente de los recursos del sistema del presupuesto de la nación. Tenemos recursos también ya mapeados dentro del ADRES para poder hacer ese giro inmediato. Resolvemos un pedacito del problema.

El segundo problema que tenemos que resolver es la insuficiencia de la UPC. ¿Y qué es lo que tenemos que hacer? Pues hacerle caso a la Corte Constitucional. La Corte Constitucional dio una orden perentoria: hagan un ajuste a la UPC, hay que hacerlo. Y estoy de acuerdo contigo, Alejandro, esa UPC tiene que tener adicionalmente una serie de variables que no hemos tenido en cuenta con las actuales y es que nos estamos envejeciendo. Hay unos elementos demográficos y de la población que hay que tener en cuenta adicional. Entonces, una UPC diferencial nos va a ayudar para poder fortalecer esa UPC y para eso hagámosle caso a la Corte. Con eso resolvimos el 50%.

Después vamos a sentar a todos los actores, a las EPS, a las IPSs, a los logísticos, a las farmacéuticas, a decirnos qué dinero nos vamos a reconocer porque tenemos que salvar el sistema. Finalmente, una vez teniendo en cuenta esto, vamos a mirar mecanismos para financiar esa descalce (sic) que hay del sistema y de allí para adelante vamos a buscar ya otros mecanismos que entro a resolver.

Pero como les digo, esa es la acción de los primeros 90 días. No vamos a utilizar ni emergencias económicas, ni vamos a pasar leyes al Congreso. Todo lo podemos hacer dentro de los marcos que tiene, dentro del marco de la ley que tiene el presidente de la República y el gobierno en general.

Dicho eso, vamos para adelante. Y para adelante, ¿qué queremos hacer? Pues sí le debemos al Sistema de Salud un sistema de vigilancia, supervisión y control que no ha existido desde la creación de la ley 100. En eso estoy de acuerdo con el Dr. Bernardo. Eso se le debe el Sistema de Salud a los colombianos. Como contralor delegado anticorrupción tuve muchos casos en salud en donde con personal limitado yo tenía que auditar 6,000,000 de facturas.



Eso es absolutamente imposible. Hoy con la inteligencia artificial, con *blockchain*, con *big data*, es posible hacer esos procedimientos sin mayor problemática. Eso nos va a permitir que cada peso que entra al sistema lo podamos mapear desde el momento en que entra en la UPC hasta el momento en que se le destina un medicamento, un tratamiento a una persona. Ese es un pilar fundamental que vamos a crear con el programa de Abelardo de la Espriella, que tampoco necesitamos hacer una ley para eso. Eso es lo que llamamos en tecnología un lago de datos en donde que ya con las herramientas que existen en el sistema, los RIPS, el MIPRES, la factura electrónica, podemos generar ese lago de datos y poder hacer este mapeo para poder vigilar cada peso.

Les digo como experiencia propia como como contralor delegado anticorrupción, la única forma para uno verificar que la plata no se pierda es ponerla sobre la mesa. Y la ponemos sobre la mesa y podemos hacer que eso se verifique, estamos cumpliendo al Sistema de Salud.

Ahora más propuestas, pero ya tengo 30 segundos que se los dejo a mi compañero, el doctor Román.

MS: Muchas gracias, doctor Iván. Muchas gracias por la precisión en el tiempo. También ahorro de tiempo. Está muy bien. Doctor Román.

Román Vega

Asesor de la campaña de Iván Cepeda

Buenas tardes. Es un gusto volver a mi Alma Mater. Como profesor durante alrededor de 26 años en la Pontificia Universidad Javeriana. Agradezco los 1 minuto 30 segundos que me han regalado los colegas que han hablado antes, que los voy a usar y quiero partir de plantear lo siguiente. Vamos a trabajar en dos temas de fondo. En primer lugar, un plan de choque para los primeros 100 días del gobierno de Iván Cepeda y en segundo lugar en una reforma estructural del Sistema de Salud de Colombia.

Nosotros no concebimos el plan de choque como un instrumento para mantener el estatus quo del actual sistema de salud, sino para abrir las puertas a su transformación superando las dificultades de acceso a medicamentos, a citas de médicos especialistas, que son los que hemos mapeado muy claramente.

Y quiero decir que lo que hemos vivido en este periodo es una crisis, obviamente no es, como dice la derecha de este país, una crisis cuya responsabilidad es del gobierno de Gustavo Petro, sino es una crisis estructural que si analizamos la historia ha tenido picos cada cierto periodo. Entonces, por eso vamos a trabajar en la idea del plan estructural. ¿En qué consiste esta idea? En lo fundamental, nosotros tendremos que garantizar liquidez a los hospitales, a las clínicas y particularmente a los gestores farmacéuticos. Creemos que podemos comprar la cartera vencida de los hospitales y de los gestores farmacéuticos y podemos también agilizar la inyección de recursos a la Nueva EPS en donde el Estado es mayoritario y convocar a las EPS públicas del Casanare, de Bogotá y



de Antioquia a que hagan lo mismo, controlando la corrupción y enfrentando el embarco de cuentas que actualmente tiene. Con esa medida podemos avanzar, pero además queremos resolver el tema en la cadena total hasta la última milla de la entrega oportuna de medicamentos a los pacientes. Hay medidas muy claras de compra y negociación conjunta que se pueden poner en práctica con EPS, algunas de ellas, y con redes de hospitales regionales, así como con los gestores. Y eso lo hemos venido explorando y no nos preocupa para nada.

Pero el plan de choque, por supuesto, no puede quedarse allí porque no será sostenible la solución provisional de mitigamiento del repunte de la crisis crónica del Sistema de Salud. Nosotros avanzaremos hacia una reforma estructural del Sistema de Salud. Crearemos un sistema de aseguramiento social, de acceso universal, equitativo, intercultural. Esa es la idea, pero será un sistema mixto. Nos han dicho que somos estatizadores y deberemos decir claramente no, no vamos a estatizar. La mayoría de la red prestadora de servicios es privada, pero la regularemos estrictamente, la protegeremos, la defenderemos y la regularemos en función del bien común. Esa es la idea general de un sistema de salud público de carácter mixto.

Además de ello, nosotros tendremos especial atención al tema del financiamiento del Sistema de Salud. El Sistema de Salud de Colombia, el presupuesto de la salud ha crecido en el gobierno de Gustavo Petro como nunca antes en la historia, en promedio 6% de crecimiento anual. Pero además de eso, la UPC también ha crecido más allá de la inflación. Esos son datos muy claros que nos indican que el problema no es de entrega de recursos a las EPS o a través del giro directo a los proveedores de servicios. El tema es el fenómeno de la intermediación, que es un obstáculo, una barrera. Incluso para las EPS intervenidas la intervención no ha sido eficaz en Colombia y no lo será mientras tengamos el sistema de salud que tenemos.

Pero además de ello, la corrupción es enorme. Consume alrededor del 10% del presupuesto anual, que es de 110 billones de pesos. Y la ineficiencia del sistema de salud es también gravísima. Consume el 15% del presupuesto de salud de este país. Por eso no queremos seguir echando plata, dinero de los colombianos en saco roto. Hay que corregir los defectos del sistema de salud. Avanzaremos hacia un modelo de fondo único con pagador único, eso es muy claro y fortaleceremos la ADRES como administradora de los recursos de salud para que cumpla su función de contratación y de métodos de pagos orientados a resultados en salud, al igual que mejore todo lo que tiene que ver con la trazabilidad del uso de los recursos y las auditorías a los prestadores, a los proveedores de servicios. Ese es un diseño que no es un invento, es lo que hacen países decentes en muchas partes del mundo, por ejemplo, Tailandia. De modo que nosotros pensamos en esa dirección.

El sistema de salud tiene que recobrar, fortalecer la salud pública y debe además montar la atención primaria en salud como una estrategia universal que posibilite no solo la prevención, la promoción de la salud, sino también el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Pero además de eso, que nos ayude a coordinar la atención en toda la red, la continuidad de la atención y a poner en práctica políticas públicas, salud en todas las



políticas como una expresión de intersectorialidad en salud. Creemos que Colombia no es Suiza, ni es Inglaterra, es este país de profundas desigualdades sociales que requiere correctivos profundos.

Por último, hay muchas otras cosas que seguramente preguntarán. Creemos que para que este sistema sea de calidad y realmente cumpla su misión de garantizar el derecho a la salud de los colombianos, debe resolver un problema que es la precariedad de las condiciones de empleo y trabajo de todo el recurso humano en salud. Aumentar el recurso porque es deficitario y además de eso distribuirlo equitativamente según las necesidades territoriales del país.

Por último, realmente por último, la reforma no será una imposición, será una concertación. No vamos a presentar al Congreso de la República un proyecto de ley sin que antes haya sido concertado en la sociedad, si eso es posible, sin perder la direccionalidad del cambio. Muchas gracias.

MS: Muy bien, doctor Román, muchas gracias. No, no necesitó el minuto y medio que le habían dado. Estuvo perfecto, ¿no? Estuvo muy bien en sus 8 minutos. Bueno, pues muchísimas gracias a nuestros panelistas por estas intervenciones tan precisas, tan concretas y creo que en cada una de ellas nos dieron una visión de lo que será el tema coyuntural en los 100 primeros días como que hablábamos con Alejandro, pero creo que nos formó una idea a todos que era una de las preguntas que teníamos, por tanto, no vamos a recabar en esto.

Y voy a empezar. Vamos a tener 2 minutos por cada uno para las preguntas que vamos a hacer. Esta mañana veíamos aquí en este congreso cómo la gobernanza es un tema fundamental para el sistema de salud y veíamos cómo es fundamental el entendimiento de una política en donde haya un órgano rector claro del sistema y en donde cada territorio juegue un rol específico y pueda de una forma armónica construirse la salud en el territorio. En concreto, la pregunta es, con la visión que ustedes tienen del sistema y de lo que quieren hacer, ¿cómo será la articulación territorial? Dado que tenemos tanta divergencia o tanta diversidad, más bien no divergencia, tanta diversidad en los territorios en donde tan importante es la población dispersa como la población en poblaciones urbanas densamente pobladas. Entonces, en concreto es ¿cómo será la articulación con el territorio y cómo será esa visión en el territorio? 2 minutos. ¿Quién quiere empezar? En el mismo orden. Perfecto.

Alejandro Gómez: ¿Cómo será la armonización con los territorios? Yo creo que, y lo decía en mi exposición inicial, de los problemas que ha tenido nuestro sistema es la falta de gobernanza. El gobierno nacional no ha hecho lo que le correspondía hacer. Hicimos, tratamos de hacer gobernanza del sistema, incluso el cálculo de la UPC se hace con la información de las EPS. O sea, esto es una vaina que no tiene mucho sentido cuando se mira a posteriori.

De modo que creo que hay que fortalecer el Ministerio de Salud como ente rector. Hay que tener sistemas de información que nos permita tener información confiable y permanente.



Los territorios, Dr. Mauricio, señoras y señores, son los actores que le dan la cara a los usuarios. Hoy por hoy el nivel municipal creo que ha hecho un poco de crisis. El nivel municipal disperso no tiene capacidades, de modo que estamos pensando en una organización de Colombia por regiones y el aseguramiento va a ser un aseguramiento regional. ¿Por qué? Lo debo decir, no lo dije en el primer momento. Nosotros creemos en el aseguramiento, pero un aseguramiento que va a migrar de lo que tenemos ahora con ánimo de lucro a un aseguramiento sin ánimo de lucro. Nos imaginamos alianzas público-privadas comunitarias en donde podamos, con la participación de alcaldes y gobernadores, hacer redes integradas de servicios de salud que con sistemas de información nos permitan gobernar. Colombia no son una, son tres, por lo menos. Una es acá Bogotá y las grandes ciudades donde hay mercado, donde funcionamos de cierta manera. Hay otra Colombia periférica, Riohacha y Quibdó, que funciona de otra manera y el Estado no es tan presente. Pero hay una Colombia que vive en el siglo XVII donde no hay sistemas de información, donde no hay gobierno, donde no hay Estado. Incluso la justicia la manejan los irregulares. Para tres instancias distintas de Colombia tenemos que tener tres modelos y, por supuesto, nos extenderemos en atención primaria. Es lo que me da para 2 minutos, doctor Mauricio.

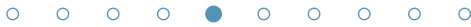
Bernardo Useche: Bien. Bueno, Claudia tuvo la experiencia y usted, doctor Alejandro, de territorializar el distrito de Bogotá y Fajardo tuvo esa experiencia en Antioquia y cómo articular el sistema de salud con ese territorio. Nosotros creemos que pasa por definir con las EPS que atiendan la población total de ese territorio. O sea, hay una preocupación porque la tendencia natural es a la selección adversa por cada una de las EPS. Aquí se discutiría con las EPS. Eso tiene que cambiar, tienen que comprometerse a atender la población de ese territorio. Ese es el primer punto.

El segundo punto es que hay que fortalecer las entidades territoriales de salud. Sabemos de sus inmensas debilidades, sobre todo sabemos de sus inmensas debilidades cuando se trata de desarrollar una concepción y unos planes efectivos de salud pública y de integrar la salud pública con el aseguramiento. Entonces, ese sería un segundo punto y no quiero pasarme de los 2 minutos.

MS: Muchas gracias, doctor Bernardo. Doctor Iván.

Iván González: Pues vea, es que cuando uno habla de territorios tiene que hablar de la red pública en salud, hospitales, centros de salud totalmente desarticulados y abandonados a su suerte. A esos, a ellos hay que traerlos, pero lo primero que tenemos que hacer es pagarles. Pero aparte de pagarles, tenemos que fomentar que haya médicos especialistas que se quieran quedar en esos territorios. Entonces, vamos a fomentarlo a través de una política pública para hacerlo. Pero insisto, si no les pagamos, pues no podemos hacer nada.

Yo le reconozco al gobierno de Petro que ellos desarrollaron unas infraestructuras. No sé en qué condiciones están esas infraestructuras hoy. Lo que no deja de ser cierto es que de nada sirve tener unas infraestructuras desarticuladas porque están desocupadas. Hay



que poner unos médicos, hay que poner unos equipos y pues para eso hay que hacer las asociaciones con las EPS, que esa es la territorialización que habla Alejandro, que eso se hace es una redistribución estratégica entre las EPS, pero fomentando la red pública. Entonces, de esta forma pues los traemos y con los sistemas de inteligencia artificial que vamos a implementar, nos va a permitir hacer un análisis predictivo del paciente con esa historia centralizada que ella en este momento está interoperando en unas pruebas y que nosotros vamos a desarrollar en toda su extensión a través del lago de datos que vamos a desarrollar. Le dejo 30 segundos al Román. Gracias.

MS: Gracias, Dr. Iván. Dr. Román.

Román Vega: Gracias por los segundos. Este sistema desterritorializó la salud. El mercado no territorializa, por supuesto, y nosotros vamos a reterritorializar la salud. Pero para hacerlo hay que aumentar los recursos de los niveles locales. Hay que aumentar el flujo de recursos y la cantidad de recursos del sistema general de participación, reconectando el incremento de estos recursos con los ingresos corrientes de la nación que se perdió en el proceso de reformas al sistema general de participación.

Fortaleceremos también las competencias y las capacidades de los entes territoriales con el fin de fortalecer la autonomía territorial, la descentralización y el cierre de brechas urbano rurales y entre territorios. Fortaleceremos, por supuesto, las redes de atención en salud integradas, etcétera, pero particularmente la red pública, en donde hoy hay más necesidades de acceso a la atención y construiremos la atención primaria integral de salud universal desde abajo, no desde arriba.

Por último, dos cosas, una planeación con dientes a nivel nacional y a nivel local y participativa. Y por último, una gobernanza fundada en un consejo nacional de salud y consejos territoriales de salud para que todos los actores podamos participar del proceso decisorio.

ZC: Muchísimas gracias a todos por acogerse al tiempo. Es muy interesante, por supuesto, para personas como yo y para académicos que trabajamos en el sector salud, ver que de cierta manera si hay un consenso, al menos inicial en el hecho de que hay una crisis aguda en este momento en el Sistema de Salud. Y digamos que lo celebro particularmente porque me parece que es muy importante ese reconocimiento por parte de todas las campañas. Y han manifestado las ideas que tienen para afrontar esa crisis en el corto plazo, que es tal vez lo que más nos está preocupando en este instante con cierres manifiestos de algunas IPSs y de algunas organizaciones que prestan servicios inminentemente necesarios para los pacientes.

Entonces, quisiera preguntarles, en el marco de lo que ustedes han mencionado, hay unos enfoques de corto plazo, algunos que nos hablan desde como el doctor Iván, desde la recuperación del sistema hasta el doctor Román, que nos habla de un cambio sustancial más que recuperación del sistema. Pero de todas maneras sí hay que resolver cosas en el corto plazo. Entonces, quisiera preguntarles si nos pueden explicar muy sucintamente esa parte del corto plazo, de dónde van a salir esos recursos, cómo se va a organizar y qué cambios



probablemente se requerirán para que efectivamente se genere un acceso a las atenciones que están acumuladas en este momento para los casos más especiales que hemos visto. Y esto cómo se separa o no de los de los cambios de largo plazo. Si nos pueden ahondar un poco, ¿qué cosas fundamentales tendrían que hacer ahorita en el corto plazo para subsanar los problemas más inminentes de esa crisis? ¿Qué movimientos sectoriales o qué cambios de presupuestos? ¿De dónde van a salir esos recursos? Porque es difícil en este momento saber exactamente qué significa esa compra, por ejemplo, centralizada medicamentos, cómo eso va a resolver el hecho de que no hay suficientes... digamos solvencia en el sistema. O por ejemplo el hecho de que hay una idea de comprar las carteras a hospitales y clínicas, que es una idea que manifestó el Dr. Román, que también es una cosa que, al menos personalmente, en este momento siento que estamos viendo eso como una manifestación de todas las campañas en que hay que hacer algo. Si nos pueden ahondar un poco en esas acciones de corto plazo, por favor.

Alejandro Gómez: Voy a empezar yo otra vez para no discutir sobre eso. Dos cosas, diría yo, son fundamentales en el inmediato presente apenas ganemos la presidencia de la República. Lo primero es convocar a los actores y cambiar el tono. No podemos seguir en esta gritadera, en esta descalificación, en este bandidos van, bandidos vienen, sincerémonos con las cifras. Yo creo que volver a recuperar unas mínimas formas para tener un diálogo constructivo es fundamental. Lo hicimos en Bogotá cuando tuvimos nuestro peor reto, Mauricio. Sí. Lo primero que hice con todos esos actores del sistema fue llamarnos a mi oficina y decirle, “Bueno, ¿y cómo le vamos a salir?” Porque esto no se trata tampoco de tener posiciones pedantes y autoritarias, se trata de construir entre todos.

Entonces, si nos reunimos y traemos una posibilidad de salvación, un fondo de salvamento, lo hemos llamado, no creo que vayamos a encontrar presupuesto, Iván, ojalá que sí. Yo creo que la vaina no va a estar de recoger presupuesto, no va a quedar plata. De modo que nosotros estamos hablando de títulos de deuda porque es lo que tiene uno en la mano como gobierno nacional, pero unos títulos de deuda que no se vayan a tirar más lo que es la regla fiscal y entonces tendrán que ser a 10 o 20 años. Y es con esos títulos que hacemos *factoring* con la cartera de los hospitales, clínicas y gestores farmacéuticos. De los gestores farmacéuticos podíamos hablar un poquito más, pero creo que es por allí.

Primero, recuperar la capacidad de diálogo entre los actores. Cuando nos ponemos de acuerdo, cuando escuchamos con respeto, logramos acuerdos sobre cosas en las que estamos inicialmente con posiciones diversas. Y segundo, fondeamos lo que tenemos que fondear. Después de eso vendrán muchas cosas. Se me queda por fuera y en esta charla por fuera está la calidad. Nadie está hablando de calidad en el sistema, por fuera está la salud mental. ¿Y quién se preocupa por la soledad y la cantidad de hospitalizaciones que tenemos? El abandono de los mayores. Tenemos la capacidad de la atención primaria en salud para que sea resolutiva desde el primer instante. Pero bueno, son muchos los temas. Hacemos un esfuerzo por ser concretos, pero creo que por ahí tendríamos que empezar.

Bernardo Useche: Gracias. Bien, ¿qué hacer en lo inmediato? El problema más serio aquí es lo financiero, porque uno puede hacer un listado de actividades, vamos a entrar a desarrollar



todo esto y el problema es lo financiero, sabiendo cómo está la siniestralidad, sabiendo que por cada 100 pesos se están gastando 111. Y por lo tanto hay que calcular efectivamente cuánto sería el valor de la UPC y entrar a resolver ese problema. Lo que hemos discutido en el equipo es la opción de la titularidad de la deuda, que lo han mencionado ya mis colegas aquí. Pero también nos hemos atrevido a ver que es probable que, en el comienzo, necesitemos hacer un préstamo a un organismo internacional. Sería la forma más expedita, sería una forma de tener un recurso que, en los tiempos de crisis, como en el de la pandemia, es absolutamente válido recurrir, así no seamos muy amigos de aumentar la deuda externa, pero en unas condiciones como la que tiene el sistema, tal vez se optaría por esta forma de financiación.

Hecho eso y con una UPC calculada de una manera transparente, pues se entrarían a fijar una serie de planes que son en 9 segundos no los alcanzo a enumerar. Diría uno simplemente, creo que habría que hacer un programa de lo que en Estados Unidos se llaman los *patient navigators*, un programa de personas de la comunidad o entrenadas que acompañen a los pacientes, pero especialmente a los que tienen enfermedades de alto costo o en lo materno infantil para que puedan superar todas estas limitaciones que se tienen para obtener las citas y lo de los procedimientos y demás. Gracias.

Iván González: Digamos que ya expliqué el plan de choque nuestro, pero voy a hacerle doble clic a un par de cosas. Por un lado, Aleja, Alejo, A, B y C tenemos de planes de presupuesto para el cuarto de tanque que necesitamos, que sabemos que no es toda la deuda, pero para esos 10 billones sí tenemos para quitarles el ahogo los que tienen el sistema, o sea, para poder pagar las nóminas y pagarle los prestadores que lo necesiten. O sea, esos 10 billones los tenemos localizados y también para prestarle el servicio a los crónicos y para entregar medicamentos. O sea, esa plata, esos 10 billones los tenemos localizados. Ahora, esos otros 20 o 25, instrumentos financieros, los hay todos. Titularización, *factoring*, pongan lo que quiera. Nosotros como equipo de campaña nos sentamos con el Banco Mundial y ya les dijimos, “Venga, necesitamos una plata.” Dijeron, “Hágale, nosotros lo financiamos y eso es un préstamo a largo plazo, eso se puede hacer.” Entonces, digamos que sobre ese aspecto estamos de acuerdo.

Yo sí hay un tema que dice el Dr. Román que a mí me llama la atención y es el tema de compra de cartera hospitalaria. Yo invito al Dr. Román a que se eche una revisadita de los números de los hospitales y de las clínicas en donde hubo hospitales y clínicas que tuvieron utilidades incluso superiores a las que tuvieron las EPS el año pasado. Entonces ahí eso está como regular. Entonces esa parte hay que mirarla porque prestadores de servicios de salud que se volvieron multimillonarios con las atenciones, unos sí y otros no. El por qué se le pagó a unos valores extraordinarios y a otros no, eso es un tema que hay que revisar con lupa y con auditoría internacional para poderlo revisar, porque eso sí están con las carteras de las EPS. Las EPS, especialmente las intervenidas, están con unos sobrecostos increíbles al sistema y le están pagando y ahí no hay gestión del riesgo. Eso sí hay que revisarlo.

Román Vega: Sí, yo creo que hay algunas coincidencias y también diferencias. Sí tenemos que inyectar recursos a la Nueva EPS y agilizar eso y comprar las carteras de hospitales y



clínicas y de los gestores farmacéuticos que estén vencidas, los recursos del presupuesto son recursos de uso corriente, no nos alcanza el dinero. Tendremos que ver la posibilidad de conseguir un crédito que permita que tengamos los recursos para hacer esa tarea. Por supuesto, tendremos que distinguir entre empresas prestadoras de servicios de salud o instituciones que tienen altas ganancias, eso lo sabemos, pero también distinguir quienes se han venido quebrando, pequeños y medianos hospitales privados y la red pública del país. Y nosotros tendremos que ser cuidadosos.

Y en materia de uso eficiente de los recursos, es claro que nosotros podremos hacer ahorros con un manejo eficiente los mismos a través de la compra, por ejemplo, de medicamentos negociada centralmente y de pronto con agrupamientos de compra conjunta, pero también un control estricto en la gestión de la distribución y de la dispensación de medicamentos, de modo que controlemos el robo que se llama corrupción en este país y la pérdida de recursos que es enorme a través de esos procesos en el sistema de salud.

MS: Muy bien, pues muchas gracias y ya en nuestra última pregunta y para terminar. La propuesta es que en 2 minutos cada uno de ustedes nos cuente en qué se diferencia su campaña, qué nos quieren o qué quieren mandarle de mensaje al auditorio o qué consideran que es erróneo de otras de las propuestas de las campañas y que tengan en estos 2 minutos libertad de expresar y que quede en el auditorio el mensaje final de cada una de las campañas.

Alejandro Gómez: ¿Qué cosas podemos dejar en estos 2 minutos? Lo primero que estamos viendo dos crisis y que no podemos negar ninguna de las dos. La estructural que traíamos desde atrás, multicausal, la actual que tenemos, que es fundamentalmente una crisis de liquidez.

Así las cosas, las crisis de liquidez se solucionan con plata. Tenemos que hacer una inyección urgente para salvar la red prestadora de servicios de salud y hacer una correcta transformación del sistema de salud con que hemos contado hasta hoy.

Nosotros le reconocemos grandes ventajas al sistema de aseguramiento creado por la 100. Por supuesto que sí, pero también reconocemos que está agotado y que necesitamos otro tipo de sistema porque el envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental están planteando retos que tenemos que asumir de manera distinta.

Creemos que se necesita parar y hacer un estudio actuarial correcto. Seguir haciendo aseguramiento, sí, pero aseguramiento sin ánimo de lucro a través de la modalidad que hemos pensado que sean alianzas público-privadas comunitarias.

Lograr un plan de beneficios que Colombia necesite y que sea capaz de pagar y hacer un pacto social para poderlo manejar. Con un modelo de sistema de información y de evaluación de tecnología y costos, podemos estar haciendo un reajuste anual que responda a la epidemiología y no al gasto que tienen las EPSs.

Creemos que podemos tener una mejor vida si tenemos para futuro un sistema de cuidado y protección social más que un sistema de seguridad social en salud como el que hemos



tenido hasta hoy. El envejecimiento no va a parar, los costos crecientes no van a disminuir, o enfrentamos la situación con otro modelo o estaremos manejando quiebras cada dos años.

Bernardo Useche: Bien, creo que esta es la pregunta más importante de todas porque hay muchas coincidencias en muchos aspectos concretos, pero ¿en qué nos diferenciamos?

Mire, con respecto a la candidatura de Paloma Valencia y de Abelardo de la Espriella, la principal diferencia nuestra es que consideramos que en esas campañas la defensa de la Ley 100 es tan firme, que se va a continuar en más de lo mismo, así sea modernizando el sistema, pero manteniendo un sistema que sabemos generó inequidades en salud enormes, territoriales, entre el contributivo y el subsidiado, entre los sectores socioeconómicos. Con un agravante y es que hay que tener en cuenta la situación internacional.

Las campañas de Abelardo y de Paloma abrevan en la política norteamericana y especialmente la de los republicanos. Y Estados Unidos en este momento su política de salud, por ejemplo en farmacéuticos, es hay que abaratar precios en Estados Unidos, pero señores de las farmacéuticas para eso pueden ir, tienen todo el mercado de América Latina y cosas por el estilo. Y el aseguramiento, ¿cierto? Entonces eso no nos deja tranquilos.

Y con respecto a la campaña de Cepeda, creo que se puede continuar o la desarticulación del sistema que ha habido pensando, teniendo como modelo, pues unos sistemas que por ejemplo en Cuba ya están reversándose porque la condición real obliga a eso, o un doble discurso como el que acabamos de escuchar que se va a hacer ahora sí una reforma, pero de nuevo una reforma ahora sí con concertada o ahora sí negociada con los actores del sistema. Cuando esa concertación ya se vivió en la primera parte de este gobierno y fracasó.

Iván González: Pues y ¿por qué no defender la ley 100? Es que acaso ¿crees que estamos muy bien hoy? Teníamos, estamos dentro de los 20 mejores Sistemas de Salud del mundo. Que claro que teníamos problemas, pero esos problemas se resuelven con las herramientas que vamos a implementar para que se resuelvan y es a través de hacer un monitoreo de cada peso que entra al sistema, que lo podemos poner sobre la mesa para poder verificar que ese dinero se gaste de la mejor forma. Eso es lo que yo quiero resaltar, porque realmente la ley 100 fue una de las grandes conquistas que tuvieron los colombianos. Haberlo desbaratado fue una de las peores situaciones que nos llevó a una crisis humanitaria que ahora tenemos que resolverle a ocho o 10 millones de personas que están en este momento en esa situación. Entonces, claro que hay una defensa del sistema, pero eso sí, reconocemos que necesita ese monitoreo y lo vamos a hacer y lo vamos a hacer a través de unos sistemas de supervisión, vigilancia y control estrictos y encima de la mesa para que todos los ciudadanos lo podamos verificar de la mejor manera.

Román Vega: Agradezco de nuevo los segundos otorgados. Realmente nosotros avanzaremos con el plan de choque en perspectiva de la transformación estructural del sistema de salud, alineando a los actores que tienen que ver con el sistema de salud y la sociedad colombiana. Nosotros no buscamos polarizar en función del bien común, que es lo que defendemos, sino unir a la sociedad y unir lo que es posible de unir para avanzar. Y elemento



clave de ello será el diálogo. Ya comenzó el diálogo. Continuará luego de que se gane la presidencia de la República para definir las medidas y la política a poner en práctica y durante la implementación habrá diálogo continuo. Nosotros no vamos a excluir del proceso de diálogo a nadie. Sin embargo, sabemos que habrá diferencias y que habrá que tomar decisiones, eso no lo dudamos.

Otro mensaje que me parece importante es, nosotros construiremos un sistema mixto público, fortaleceremos lo público, protegeremos lo privado, pero lo regularemos, no hay duda, para que sirva el bien común y sirva a los intereses particulares que defienden algunos sectores privados. Eso lo haremos.

Este proceso seguramente va a institucionalizar nuevos espacios que permitan que la sociedad colombiana delibere acerca de la reforma, pero del plan de choque, pero también acerca del proceso continuo de implementación y de seguimiento del sistema de salud.

Vamos a aprender mucho de hermanos de América Latina y el Caribe como Brasil. Creemos que es posible que Colombia institucionalice lo que en Brasil se denomina la Conferencia Nacional de Salud con un espacio de todos y de todas para discutir los temas del sistema de salud y la salud del pueblo colombiano. Eso para nosotros es muy importante.

Queremos decir dos cosas más en este último mensaje. La primera es que realmente hay que fortalecer la industria farmacéutica nacional en una perspectiva de soberanía sanitaria, tanto la pública como la privada. Ese es un compromiso que hemos venido haciendo con la industria farmacéutica nacional. Y el segundo elemento tal vez de este planteamiento es que Iván pondrá en práctica una comisión de la verdad para aclarar cómo se saquearon los recursos de la salud y quiénes fueron sus responsables en la idea no de castigar a nadie, sino en la idea de crear una conciencia que posibilite en la sociedad colombiana una revolución ética en la salud que es importante para nosotros.

ZC: Muchas gracias a los cuatro asesores de estas cuatro campañas. De verdad que ha sido un gusto poder estar aquí compartiendo con ustedes y sabemos que quedan muchas preguntas en el tintero, pero creo que también claramente hemos podido ver las diferencias en las propuestas y también las coincidencias. Yo quisiera que este espacio pudiéramos seguirlo teniendo. Es muy importante para la ciudadanía comprender qué es lo que se está planeando en el corto y en el largo plazo. Y vemos muchas coincidencias también al menos en la aceptación, digamos, de la situación de crisis, que creo que son muy importantes porque hay que atender esa urgencia, pero unas grandes diferencias en el mediano y el largo plazo. Que es muy relevante que la ciudadanía comprenda cuáles son esas las consecuencias de esas diferentes decisiones. Pero también una apertura al diálogo que la celebremos verdaderamente y ver que no se necesita pelear necesariamente para escucharnos y conocer esas diferencias. Entonces, de verdad que muchas gracias.

Asistente: Una invitación. El 14 de mayo próximo tenemos un foro convocado porque el 14 están invitados los candidatos. Agradecemos a ustedes, pero disculpa, permíteme que diga la importancia que tiene para el sector salud, que los candidatos se refieran al tema de



la salud. Están invitados al 14 de mayo, todos tienen las invitaciones, colegio Bethlemitas y seamos coherentes. Si este es uno de los temas más importantes del país en este momento, que sus candidatos asistan. Los esperamos a las 2 de la tarde. Todos tienen las invitaciones. Eso nos mostrará el interés real que tienen los candidatos en el tema de la salud. ¿Quién convoca? Convocan todos los actores del sistema de salud. Son más de 35 organizaciones donde hay todos los actores. Nos ha costado mucho trabajo organizar eso. Es un espacio importante. Eso lo queremos escuchar allá. Gracias.

ZC: Gracias, doctora Clemencia y apoyamos, por supuesto, esa convocatoria. Ojalá de verdad que podamos escuchar a los candidatos. Bueno, no nos queda más que agradecer a todas las personas que han estado a esta hora de forma presencial y de forma virtual y les esperamos mañana a partir de las 8 a para continuar con este octavo Congreso de Sistemas de Salud.

El video de la sesión se encuentra disponible en este enlace:



Resumen del día

El primer día de nuestro encuentro estuvo marcado por un diálogo académico y político de alto nivel sobre los principales desafíos de transformación de los sistemas de salud en América Latina. La jornada inició con una apertura institucional que destacó la importancia de fortalecer alianzas inter-universidades y redes regionales de investigación para promover reformas orientadas a la equidad, la sostenibilidad y el fortalecimiento de la salud pública. La conferencia inaugural de la profesora Ana Lorena Ruano permitió contextualizar las experiencias recientes de reforma en la región, resaltando las tensiones entre universalidad, financiamiento y capacidad estatal.

Durante la mañana, el bloque de gobernanza reunió perspectivas nacionales e internacionales sobre rectoría estatal, gobernanza multinivel, participación y transparencia. Las intervenciones de Francisco Becerra, Gerson Bermont, Carol Bernal y Andrés Vecino evidenciaron la necesidad de fortalecer capacidades institucionales, mejorar la articulación territorial y avanzar hacia modelos de gobernanza más participativos y basados en evidencia.

Las sesiones orales complementaron esta discusión con investigaciones sobre diseño institucional, gobernanza territorial, sistemas indígenas de salud y sostenibilidad del aseguramiento en Colombia. En la tarde, el eje de financiamiento y sostenibilidad abordó uno de los temas más sensibles de los sistemas de salud contemporáneos. Cómo garantizar cobertura universal bajo crecientes restricciones fiscales y presiones demográficas.

El panel, con la experticia de Diana Cárdenas, Augusto Acosta y Daniel Maceira permitió discutir equidad, protección financiera, regulación y sostenibilidad del gasto público, mientras que las ponencias académicas analizaron temas como el impacto de las liquidaciones de EPSs, los efectos de la eliminación del Seguro Popular en México, los incentivos fiscales subnacionales y los impuestos saludables.

La jornada cerró con un conversatorio político entre representantes programáticos de las campañas presidenciales de Iván Cepeda, Sergio Fajardo, Claudia López y Abelardo de la Espriella, quienes expusieron visiones divergentes sobre el futuro del Sistema de Salud, los modelos de reforma y la sostenibilidad financiera. Este espacio reflejó que la transformación de los Sistemas de Salud no es únicamente un desafío técnico, sino también profundamente político, donde convergen distintas concepciones sobre el rol del Estado, el mercado y la garantía del derecho a la salud.

En conjunto, el primer día del congreso consolidó como un escenario regional de reflexión estratégica y construcción colectiva sobre el futuro de los sistemas de salud en América Latina.

03

Prestación de servicios de salud: paradigmas en tensión, desmontando supuestos y construyendo soluciones innovadoras

Moderadora: Diana Pinto

Universidad Nacional de Colombia



Muy buenos días a todos. Bienvenidos a este panel en el cual esperamos analizar, en base a evidencia y experiencias concretas, la tensión entre lógicas tradicionales de prestación y enfoques emergentes basados en la prestación público-privada, redes integradas, enfoque territorial, atención primaria en salud y atención centrada en la persona.

La idea de este panel es invitarlos a pensar qué supuestos, que siempre hemos venido manejando en la prestación de servicios, deben replantearse a la luz de los avances tecnológicos que, pues, básicamente están revolucionando el mundo. Y cómo pensamos por fuera de la caja.

Vamos a comenzar con la conferencia del doctor Sergio Minué, quien es coordinador del centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Atención Primaria de Salud y es investigador y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con una amplia trayectoria en reformas de atención primaria y redes integradas de servicios de salud en distintos países de la región, incluido Colombia. Bienvenido, Sergio.



Conferencia magistral

¿Sobrevivirá la Atención Primaria en un mundo de Inteligencia Artificial?

Sergio Minué (España)

Coordinador, Centro Colaborador de la OMS en Atención Primaria de Salud
Investigador y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Muchas gracias, Diana. Buenos días a todos y a todas. Es para mí un enorme placer y un privilegio estar hoy aquí. Y en ese sentido quiero agradecer especialmente a Diana Pinto, con la que llevamos trabajando desde hace más de 10 años, la posibilidad de estar, y por supuesto a la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, a la Universidad Nacional de Colombia y a la Universidad del Rosario.

Como ha comentado Diana, yo soy profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Trabajo fundamentalmente en tres líneas.

Una tiene que ver con mi origen: yo soy médico, especialista en medicina familiar y comunitaria. En mi país, para trabajar de médico general en atención primaria tienes que ser especialista en medicina familiar. Y esa es una línea de trabajo que he mantenido durante toda mi vida, fundamentalmente en este último tiempo, ligado a dirigir desde hace 13 años el Centro Colaborador de la OMS sobre atención primaria en salud. Precisamente esa es una parte de mi experiencia.

La otra tiene que ver, como también ha comentado Diana, con la experiencia especialmente en proyectos de consultoría internacional en el norte de África, pero sobre todo en Latinoamérica.

Y la última tiene que ver con, bueno, con mi línea de formación académica, que yo tengo un doctorado en economía y formo parte de un grupo de investigación sobre toma de decisiones, últimamente también muy vinculado a la inteligencia artificial.

Desde luego no pretendo en cierta manera valorar ni sugerir qué se puede hacer en un país tan complejo como Colombia. Yo creo que los países europeos tenemos mucha suerte, somos países muy sencillos a la hora de producir cambios y a la hora de tener sistemas con buenos resultados. Latinoamérica es enormemente más complejo y en ese sentido todos los cambios y las innovaciones que se producen tienen mucho más mérito. Lo que sí que voy a hacer es,



a partir de esas tres experiencias, contarles un poco algunas reflexiones para el debate, porque fundamentalmente mi propósito es estimular la discusión que luego se pueda producir.

Bien, actualmente se dice que el mundo es un *VUCA world*. Yo hubiera añadido una última letra al acrónimo (VUICA(t)), que es la de Threats, amenazas. Es un mundo volátil, incierto, complejo, ambiguo y especialmente amenazante por todo lo que está pasando en el mundo hoy en día. Y si hablamos de futuro, a mí siempre me ha servido de mucho esta transparencia de Bezold y Hancock de hace ya muchos años, donde hablaban precisamente de que el futuro se construye a partir del hoy, del ahora, y hay diferentes alternativas.

Uno es el futuro más probable, otro el futuro posible, dentro del cual está el plausible, pero no probable. Luego está el que para nosotros sería preferible. Y finalmente hablaban también de lo que se llaman los *wild cards* o cartas salvajes, o cisnes negros en la terminología de Taleb, es decir, lo que nadie espera que ocurra.

Vamos a partir del principio, ¿no? De cómo estamos ahora. Y en ese sentido, si hablamos de atención primaria y atención primaria de salud, la atención primaria de salud está en la situación que describía Dickens en “Historia de dos ciudades”.

“Era el mejor de los mundos y el peor de los tiempos. La edad de la sabiduría y la locura, de las creencias y la incredulidad, de la luz y las tinieblas, la primavera de la esperanza y el invierno de la desesperación. Todo poseíamos, pero nada teníamos. Íbamos directos al cielo y al camino opuesto”.

La atención primaria está en la mejor situación de su historia y en la peor situación de su historia. Voy a intentar explicarlo. Mejor situación: no hay ninguna intervención en los sistemas sanitarios con mayor impacto en salud. Digo bien, salud solo, no digo satisfacción de clientes, etcétera, etcétera. Salud, que la atención primaria, con evidencias sólidas, muy sólidas, construidas a lo largo de 30 años.

Este es un artículo del *JAMA Internal Medicine* donde si tú tienes poca inversión en médicos de atención primaria, tienes más mortalidad en los diferentes condados americanos, e incluso si tú reduces los médicos de atención primaria, lo que haces es reducir la esperanza de vida. Todo eso se consigue con lo que Barbara Starfield, la profesora añorada de *John Hopkins*, estableció como los atributos de la atención primaria. Tiene que ser accesible. Cuidado, mi país pasa por presumir de tener una de las mejores atenciones primarias del mundo, pero no es accesible. Tenemos dos semanas para ser atendido por el médico de familia.

Segundo, tiene que ser longitudinal: de la cuna a la tumba. Tienes que tener siempre el mismo médico, cosa que tampoco se cumple en mi país. Tiene que ser integral: responder a todo y resolver casi todo. En eso sí que estamos bien. Y finalmente tiene que tener la capacidad de coordinar los servicios independientemente de dónde se produzcan.

¿Qué valor le darían ustedes a un fármaco que reduce la mortalidad un 30%? Esta pregunta se la hice a un periodista que me estaba entrevistando y me dijo: “Saldría en las noticias.



La primera noticia del día”. Nunca salió. Y nunca salió porque no es un fármaco, es tener el mismo médico de cabecera. Cuanto más tiempo mejor. Si lo tienes más de 15 años, este es un estudio, no es una muestra, es toda la población de Noruega: se reduce la mortalidad un 30% si tienes el mismo médico más de 15 años. Es dosis-dependiente. En Dinamarca hicieron lo mismo el año pasado y llegaron a la misma conclusión: también es dosis-dependiente. Y cuanto más tiempo tengas con tu médico de cabecera, menor va a ser tu mortalidad.

Lo que pasa es que esto no tiene patente, no vende fármacos, y por lo tanto a la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo no les interesa. ¿Por qué digo que está en la mejor situación del mundo? Porque por primera vez en la historia, todos los organismos internacionales, no solo OMS, están de acuerdo en que la base para la sostenibilidad de los sistemas es invertir en atención primaria.

Lo dice OMS, lógicamente desde el nuevo marco, podríamos decir conceptual, que es el marco establecido en la Declaración de Astaná en el año 2018. Pero lo dice OCDE, desde hace más de 10 años viene insistiendo en esta cuestión y en que además hay que tener muy presente lo que dicen y opinan los profesionales que están en la trinchera. Incluso lo dice el Banco Mundial, que después de la famosa Declaración de Alma-Ata del año 78 buscó una fórmula alternativa de atención primaria que se llamó “selectiva”, que solo era dar cuatro servicios a gente pobre de países pobres. El Banco Mundial también defiende ahora una atención primaria de salud integral.

Pero, ¿cuál es el peor de los mundos para la atención primaria? Y ¿por qué digo que está en la mejor situación y en la peor? Porque esta es la percepción. Y no me he ido a los países donde, es que claro, en esa situación, con ese contexto tan complicado, es difícil que la gente quiera trabajar en atención primaria. Me he ido a los países ricos, al club de los ricos, que es el *Commonwealth Fund*, donde el derecho de admisión está restringido. Son países como Alemania, Reino Unido, Australia, Canadá, Francia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suiza, Estados Unidos y Suecia. Están hartos del escaso tiempo que tienen para atender a los pacientes en todos los países más ricos del mundo. Están profundamente insatisfechos con cómo realizan su trabajo. El nivel de *burnout* va aumentando. Evidentemente es mucho más bajo, por ejemplo, en Suiza o en Países Bajos, pero es muy grande en Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos o Reino Unido.

Y este es el informe que hizo el año pasado OMS Europa sobre la salud mental de los profesionales en Europa: 28% de síntomas de depresión, 24% de síntomas de ansiedad, 15% casi de intentos o de ideas suicidas. Es decir, los profesionales no están bien, y en cambio esto no parece ser una prioridad para la mayor parte de los servicios. Es más, tienen ganas de huir de la atención primaria.

También en el *Commonwealth Fund* se ve ahí el porcentaje de los que están pensando abandonar la profesión en los próximos 3 años. Y como ven, Reino Unido, el 67% de los mayores de 55 años quieren escapar. Y no quieren entrar. Porque formamos muchos médicos de familia, pero luego en cuanto pueden se escapan. Esta es la planilla, en la parte derecha de la imagen, del sistema MIR en España. La gente no elige medicina de familia. ¿Qué elige?



Dermatología. ¿Por qué? Por tres cosas: da mucha plata, ¿no?, no ves al paciente —lo más importante—, y al mismo tiempo es sencilla porque manejas un ámbito de conocimiento restringido. No es como cuando yo saqué el MIR, donde la más demandada era medicina interna, precisamente por lo compleja que era.

Esto, ¿qué está generando? Pues que en gran parte del mundo no hay profesionales para trabajar en atención primaria, sobre todo si se trata de trabajar en zonas aisladas, en zonas peligrosas, en zonas deprimidas.

Bien, este es un artículo que publicó en una revista de Filosofía y Medicina una médico muy joven, que es esa mujer que tienen en la pantalla, Caroline Engen, a raíz del análisis sociológico de un fenómeno que pasa en uno de los países más ricos, más privilegiados del mundo, que es Noruega.

Hace 4 años se elaboró una plataforma en Facebook que se llamaba “Los médicos deben vivir”, y es precisamente por la generación de protestas derivadas del suicidio de un médico residente precisamente por las condiciones en las que estaba trabajando. ¿Por qué este malestar generalizado? Bueno, una de las razones es evidentemente la falta de tiempo y el exceso de pacientes. Esto es un trabajo de los *Annals of Internal Medicine* donde se ve que los médicos en atención primaria dedican... o deberían dedicar, cerca de 62 horas semanales para atender a un panel de alrededor de 2000 pacientes. E incluso en el *British Medical Journal*, una persona tan prestigiosa como la antigua directora del *Royal College of General Practitioners*, que es Iona Heath, claramente dice: “Los médicos en atención primaria tienen que estar para resolver los problemas de salud de la gente, no para prevenir a los que ya están muy sanos”.

Para eso, evidentemente, necesitamos salubristas, necesitamos nutricionistas, necesitamos enfermería, pero no es la labor fundamental en el primer nivel. Y además de eso, lo que está ocurriendo precisamente porque la gente envejece, tiene muchas patologías, viven en condiciones deprivadas y los determinantes sociales inciden mucho sobre su salud, las consultas son cada vez más complejas, y en cambio en mi país tenemos entre 7 y 10 minutos para atender esa complejidad. Mal vamos. Pero también mal vamos porque atención primaria tiene un grave defecto de origen que tiene que ver con la ambición desmedida. Porque si yo soy cardiólogo solo me preocupan los problemas del paciente... pero no los problemas del paciente, los cardiológicos, e incluso si soy arritmólogo, solo las arritmias.

E incluso en mi ciudad hay una unidad de Wolff-Parkinson-White, un tipo de arritmia. Ahí es relativamente fácil controlar tu ámbito de conocimiento, pero si quieres controlar todo el ámbito, más la familia y la comunidad, más los determinantes sociales de la salud, es materialmente imposible. Necesitamos en atención primaria, evidentemente, una diversidad de perfiles que va más allá que la del médico.

Redes integradas. Redes integradas ha sido, yo creo, el gran éxito que tuvo OMS y OPS, primero OPS en el año 2010. Copió en gran medida el documento de RISS OMS y yo participé en ese proceso, con mucha más gente, evidentemente, precisamente porque se dieron



cuenta de que la APS sola no resuelve un sistema de salud. El poder sigue estando en el hospital, y o integramos al hospital dentro de las redes o no vamos a hacer absolutamente nada. El problema es que la evaluación de las redes integradas nos lleva un poco a la depresión, porque todas las revisiones sistemáticas que se hacen llegan a la conclusión de que no hay evidencia de que esto mejore.

Esta es la primera y la más grande, yo creo que la mejor, que fue la de MacInnes para Stanford. Y nosotros como Centro Colaborador hicimos un *update* que lo hicimos, lo repetimos tres veces, donde llegábamos a la misma conclusión: la mayor parte de las redes no se basaba en atención primaria, la evidencia era incierta y necesitábamos pilotajes. E incluso hicimos un trabajo del que yo tengo un recuerdo maravilloso con Diana, que fue la coordinadora de este proyecto, que fue hacer estudios de caso en cuatro países, uno de ellos fue Colombia, en Nariño, precisamente de cómo estaban organizando las redes.

Y estas fueron un poquito las conclusiones a las que llegamos en cuanto a los desafíos: la dificultad para elaborar una evaluación rigurosa —veremos hasta qué punto esto era cierto según las últimas evidencias—, la falta de información a la población, el enfoque de la red debe sustentarse en atención primaria por lo que debería ir acompañado de un cambio cultural cambiando del “hospitalismo” hacia afuera, la falta de coordinación y diseño de procesos compartidos, la falta de financiamiento, o que las redes son fundamentalmente dinámicas.

Me ha gustado mucho leer esto y leer las dos revisiones más recientes, que yo creo que son muy interesantes, de por qué la evidencia es tan débil, y es porque el fenómeno es muy complejo. Entonces, intentar resolver problemas complejos con soluciones sencillas siempre te lleva al desastre. Esta es una revisión que hizo uno de los inventores del concepto de cuidados integrados, que es Stephen Shortell, americano, y dijo: “Tras más de tres décadas, la evidencia científica sobre los beneficios de la coordinación e integración son insuficientes”. Pero, ¿qué es lo que dice él? Que es que hay que trabajar a tres niveles: en lo macro, en lo meso y en lo micro. Pero fundamentalmente en lo micro y fundamentalmente en la interrelación de personas, profesionales y pacientes. Además, con un uso de las redes sociales, de todo lo que tiene que ver con la teoría de redes, y en ese sentido recomiendan, por ejemplo, utilizar la Teoría del Actor-Red.

Nosotros hicimos un trabajo de fin de máster brillante que tuvimos en la escuela precisamente sobre la aplicación de la Teoría del Actor-Red a las redes integradas y, fundamentalmente, como ven ahí, a la cuestión de la coordinación relacional. Al final Shortell lo que dice es: lo importante es la relación, la relación del médico de familia con la enfermera, del médico de familia con el cardiólogo, del cardiólogo con el del bloque quirúrgico, etcétera, etcétera, etcétera. Y las últimas dos referencias, yo creo que fundamentales. La de Greenhalgh dice: “Los que esperan respuestas universales a preguntas concretas sobre si funciona la atención integrada se van a decepcionar”. Y dice: “Los modelos de integración deberían ser evaluados en relación con sus heurísticos, con sus formas de trabajo, podríamos decir, más informales, más que por su poder predictivo”.



Y Ling propone cuatro preguntas fundamentales en relación con esto: ¿cómo cambia la integración la conducta de la gente?, y si se encuentran mejor con ese cambio; ¿en qué cambia la colaboración entre profesionales y organizaciones?; ¿cómo se ajusta a la prioridad local del lugar donde se aplica?; y ¿cómo se fortalece el sistema global? Las redes integradas forman parte del sistema global, entonces no se puede en cierta manera deslegitimizar la importancia de las redes integradas por el hecho de que no haya evidencia. No hay evidencia en contra. No hay a favor, pero no hay evidencia en contra.

Bien. ¿Cuál va a ser el futuro? Y entró en la segunda parte de mi intervención. Bueno, va a depender, desde mi punto de vista, de dos cosas. Una es de nuestros valores, otra es de la tecnología. Voy a empezar por los valores.

Donald Berwick formuló los tres famosos principios u objetivos de un sistema de salud que son: control del coste, mejora de la salud, mejora de la experiencia. Leape, que está en la parte derecha de la imagen, profesor de Harvard, experto en error, uno de nuestros maestros precisamente en el estudio de la toma de decisiones, añadió el significado para los profesionales. De nuevo, volvemos a la importancia de los profesionales, y últimamente se ha incorporado un último que es la cuestión de la equidad.

Todo esto está muy bien. Yo creo que nadie discute que son cinco valores fundamentales. El problema es cuando entran en conflicto. ¿Qué preferimos? ¿Ajustarnos al coste, mantener la equidad, mejorar la experiencia a toda costa, aunque sea a cambio de reducir la salud, o mejorar la salud, aunque sea a costa de reducir la experiencia de la gente con respecto a los servicios? Todo no cabe, ese es el problema. Y en función de eso tendremos un tipo u otro de sistema sanitario. El famoso cubo de OMS, en el sentido de que para conseguir la cobertura universal deberíamos extender la cobertura a toda la población de un país reduciendo al mínimo el gasto de bolsillo y con el mayor rango de servicios posible, es materialmente imposible. Ningún sistema sanitario puede dar eso a toda la población sin que paguen, y encima todos los servicios. No digamos nada con la genómica, proteómica e inteligencia artificial. No es posible. Entonces, ¿dónde establecemos el *mix*? ¿Cómo tiramos adelante?

Esta es la evolución, según Thomas Piketty en su obra del capital, de la evolución de la inequidad a lo largo de los dos últimos siglos. Lo redujimos brutalmente después de la Segunda Guerra Mundial y ahora no tiene límite en cómo está aumentando la inequidad en cualquier país del mundo, incluidos, por supuesto, los países tradicionalmente privilegiados como son los europeos. Ahora bien, no hay que olvidar esto. Cuanto más igual es una sociedad, más vive. Lo demostraron Wilkinson y Pickett. Y hay evidencia enorme en relación con este tipo. Julian Tudor Hart decía esto, y yo creo que este es un grave error que, por ejemplo, comete mi país: querer dar servicios de clínica privada a un sistema público no es posible. La solidaridad es incompatible con un mercado donde esencialmente se trata de satisfacer las necesidades de la población a cualquier coste.

Y por último, aparte de los valores, el futuro va a depender de la tecnología. Pero la tecnología da miedo. Yo en uno de los primeros proyectos en los que participé, que fue en Cuba,



me llamó la atención que un colega cubano me recomendó este libro, la primera edición, no es este: “La singularidad está cerca” de Kurzweil, donde decía que llegaría un momento donde sería imposible diferenciar al humano de la máquina.

Parece que cada vez está más cerca. Y Schmidt, el antiguo consejero delegado de Google, en una intervención de hace tres semanas aproximadamente decía que él está asustado de la progresión de la inteligencia artificial. Que prácticamente no va a ser necesario que nadie ponga programáticamente el sistema, y en 6 años estaremos en una situación donde será esa inteligencia artificial la que determine qué es lo que hay que buscar y cómo hay que buscarlo. Yo no sé si esto es ciencia ficción, si es un cisne negro, como decía Taleb, pero es hacia donde vamos.

Bien, voy a hablar ya para acabar de dos tipos de futuro. Uno tiene que ver con el más probable y otro con el preferible, al menos para mí. El más probable. Tuvimos una reunión de todos los centros colaboradores de OMS hace un mes justo en Lyon; 800 centros colaboradores hay en el mundo. Se presentaron aproximadamente la mitad, y esta era un poco precisamente una aproximación a una prospectiva que hacía la OMS, basada evidentemente en la literatura científica, de cómo podemos construir el futuro. Pero antes tenemos que saber qué tipo de futuro queremos.

Bien, estas son las tendencias que establecía la OMS en esa reunión de cara al futuro. Y me llama la atención porque hay sociales, confianza en la ciencia, expectativas de atención personalizada en tiempo real, aumento de la movilidad tecnológica, entre ellas por supuesto la inteligencia artificial, la cuestión de la sostenibilidad de materiales y el cambio climático, la cuestión de nuevos incentivos para la fabricación de fármacos o políticas como la cuestión también de la divergencia, regulación de tecnologías.

Ninguna de estas tiene que ver con personas. Ninguna de estas tiene que ver con profesionales, con que los profesionales están quemados. Ninguna de estas tiene que ver con pacientes que están enfermos. Ninguna de estas tiene que ver con pacientes que se están muriendo. No parece que sea una tendencia. Entonces, probablemente vamos hacia un futuro donde la persona sea superflua.

Estas son las líneas del NHS para los próximos 10 años: de lo analógico a lo digital, del hospital a la comunidad, de la curación o el tratamiento a la prevención. Muy bien. Pero de nuevo, ¿qué pasa con la gente que realmente hoy por hoy está enferma y que cada vez va a estar más porque cada vez va a vivir más años?

Bien, el uso de *chatbots* de inteligencia artificial. Seguimos teniendo una brecha grande entre profesionales y pacientes, pero cada vez hay más pacientes, personas que buscan, y que buscan simplemente en *Gemini* o en *Claude* o el *ChatGPT* que no están filtradas, que no responden a evidencia suficientemente fiable en muchas ocasiones.

La parte buena de la noticia, como decía este artículo en JAMA, es que esto esencialmente a los profesionales les va a quitar trabajo, burocracia, informes que hay que hacer, registro



en la historia clínica. Vale, bien. Yo creo que eso está bien, pero el enfoque que tienen es muy parecido al que tengo yo con el cajero automático. Yo voy al cajero automático para que me dé plata. Y cada vez más vamos... esto está sacado de la página web del *Substack* de Topol, donde cuenta que desde hace ya más de 10 años en el fondo de ojo es posible determinar 150 enfermedades. Entonces, yo tengo un problema, yo voy al cajero a que me dé el diagnóstico. Vale, ya sé lo que tengo. Lo que tengo es una hiperuricemia asintomática.

La razón de todo esto tiene que ver con lo que comentaba Rosenberg, que era profesor en Harvard de la historia de la medicina, y es que hemos convertido a las enfermedades en entidades reales. No es que yo tenga un trastorno que podría ser interpretado como una alteración hidrocarbonada que se llama diabetes. No, es que la diabetes existe en sí misma, es una entidad.

Porque además si a la gente no le decimos el diagnóstico exacto, no es que diga: “Je, fíjate qué bien, qué prudente”, sino lo que dice es: “Este tipo no tiene ni idea”. Porque realmente el no tener diagnóstico disminuye la satisfacción. Esto se publicó en este artículo del BMJ. Aparentemente la inteligencia artificial acierta más. Acierta más cuando lo que estamos valorando esencialmente es esta relación basada en el cajero automático: yo tengo esta serie de síntomas, ¿cuál es el diagnóstico? Bien, hasta ahí vamos bien.

Esto está generando, evidentemente, de nuevo, inequidad. Y volvemos a la cuestión de los valores. ¿Los valores de equidad son importantes o no son importantes? Porque evidentemente está generando una brecha digital brutal entre los que pueden buscar y los que no pueden buscar. Los que se van a poder pagar el *ChatGPT* de enésima generación o los que no se lo van a poder pagar.

Es decir, como decía Harari en este libro de “Homo Deus”, va a haber dos cohortes de personas. El desecho humano del que hablaba Bauman, que realmente no sirve para nada porque ni tiene trabajo ni posibilidades de tenerlo, es redundante y pobre, y por lo tanto no tiene acceso al sistema de salud; y en cambio, el cada vez más parecido a Dios que puede prolongar la vida como quieren los tres presidentes de las tres potencias del mundo. Vamos hacia eso.

¿Cómo va a ser el sistema sanitario? Este es un estudio muy bonito en *The Lancet* sobre endoscopistas, que aquellos que utilizaban inteligencia artificial detectaban muchos menos adenomas en un cribado de cáncer de colon. ¿Por qué? Porque decían: “Bueno, esto lo hace la máquina”. Entonces, no tenían ese estímulo para seguir investigando, seguir buscando, seguir formándose, ¿no?

¿Cuál sería un futuro preferible? Esto es de hace una semana. La cuestión de “no hay intervención humana actualmente en la inteligencia artificial en materia de salud”. Es decir, es un modelo de gobernanza en que se espera que los médicos intervengan supervisando, pero la realidad es que no tienen tiempo, ni en muchas ocasiones ni ganas. Y lo que plantean son alternativas, especialmente la final, a la que deberíamos optar: hacia un co-razonamiento donde la inteligencia artificial sería un elemento más a la hora de tomar decisiones. Ojalá. No soy muy optimista en relación con esto.



Pero esta es la realidad de lo que tenemos en las consultas de atención primaria, no de atención especializada del cardiólogo o del cirujano plástico. Tenemos, como decía McWhinney, en la parte izquierda, personas que van, y hay una parte importante que están enfermos, *sick*. Pero tenemos los que probablemente no lo están, los que aún no lo están, los que asombrosamente lo están. Los que no lo están mucho, pero lo podrán estar, y los que no están. Y luego tenemos los que no van, y son los que más lo necesitan. Los que viven en situación de calle, los que son adictos a sustancias, los violentos, los sucios, los prostitutos o prostitutas. Y a esos no les atendemos. Porque si no vienen, mejor, porque son complejos. La cuestión es que diferenciar toda la parte izquierda no es nada sencillo. No vienen con una etiqueta que diga “probablemente enfermo” o “enfermo”.

Y en ese sentido el diagnóstico es un proceso que es extraño. El título original *is a wicked problem*, es un problema dinámico que va cambiando con el paso del tiempo y que lo más importante sería quizás reconocer el problema. Iona Heath, y con esto ya estoy acabando, hablaba de que no se pueden mezclar las experiencias estresantes de la vida con la dolencia y con la enfermedad. Tenemos tendencia a que cualquier cosa: me han suspendido en clase, me he separado de mi novia, he tenido problemas con el jefe, todo eso son problemas catalogables como enfermedades, no hay más que ver el DSM-5 para comprobarlo.

Y en ese sentido, con respecto a la inteligencia artificial y lo que sería un futuro predecible, Herbert Simon, el padre de la investigación sobre economía del comportamiento, hablaba de que la decisión humana es la mezcla de dos cosas: el contexto en el que tú vives y tu capacidad cognitiva. La inteligencia artificial nos puede solucionar mucho de la capacidad cognitiva, incluso diría más, podría sustituirlo. Pero no va a cambiar el conocimiento del contexto, desde mi punto de vista. Este es el contexto de Ana, 78 años, diabética, hipertensa, con artrosis, estenosis del canal, ¿no? Ningún parámetro funciona bien. Pero cuando el médico le dice: “Oye, que es que mira cómo tienes tú tus parámetros”. Y dice: “Ya, pero Lázaro murió y los chicos se fueron”. Ese es el problema de Ana, que Lázaro murió y los chicos se fueron. ¿Qué inteligencia artificial va a solucionar este problema?

No hay que olvidar este libro, se lo recomiendo, es maravilloso, de un médico general, por desgracia ya muerto, Sweeney, y que decía precisamente de que hay significación estadística, significación clínica basada en la biomedicina, pero más importante que esa todavía es la significación biográfica. Es decir, cómo vivo yo la situación en la que estoy, que a lo mejor ni siquiera es una enfermedad.

En definitiva, y este libro también es súper recomendable, de Iona Heath en relación con lo que aprendió de un pintor que es John Berger, y escritor, y decía: “Yo lo que aprendí es la importancia que tiene como médico mirar, ver, escuchar, conectar, tocar, esperar”. Esto va a seguir siendo un elemento fundamental.

Escribimos Iona Heath y yo un artículo en el BMJ precisamente en relación con la crisis de la medicina general a nivel mundial y que cualquier adopción de un régimen que imagine la sustitución de los profesionales sanitarios por algoritmos o inteligencia artificial ignora no solo lo que es un buen médico o una buena vida, sino sobre todo lo que es un ser humano.



Pero este es el futuro preferible. Para mí, no tengo nada claro que sea el futuro más probable, que probablemente sea el que al final ocurra. Y en ese sentido, una de las debilidades que tenemos los partidarios de este enfoque es que precisamente nuestros valores —escuchar, permanecer, recordar, manejar la incertidumbre y ser prudentes— son valores del pasado. Muchas gracias.

● Preguntas

Maestra de Ceremonias: Muchas gracias, Dr. Sergio, por su presentación. Tenemos una pregunta del público. Uno de los problemas de nuestro sistema es la continuidad en la atención, la rotación del personal de salud, especialmente en zonas rurales, geográficamente dispersas o con conflicto. Si tener un mismo médico reduce la mortalidad, ¿qué cambios puntuales pueden ayudar a conseguir esa continuidad?

Sergio Minué: Esta es la pregunta del millón, porque en la mayor parte de los lugares es muy difícil hacerlo. En los países donde, en cierta manera, tienen más tiempo de relación con la población a la que atienden, es porque tienen incentivos poderosos para estar allí. Especialmente en las zonas más alejadas, más deprivadas, más violentas, tienes que tener unos incentivos cuantiosamente diferentes a los que viven en el centro de la ciudad. Y hay experiencias en ese sentido que han funcionado bien. Ejemplo, Chile desde el año 1954 tiene un modelo que se llama médicos generales de zona, que el incentivo que se les da a los médicos para que vayan a zonas lo más alejadas o lo más complicadas es que, primero, van a tener un salario mucho más alto que si vivieran en la capital.

Y la segunda cuestión es que, además, cuantos más años estén, más solos estén y más difícil sea la zona, más puntos tienen para luego hacer, por ejemplo, la especialidad que quieran. Y en ese sentido se consigue que durante al menos 4 o 5 años tú tengas el mismo médico de referencia. Probablemente lo que pasaba en los años 50, que había médicos generales en Inglaterra o en mi país. Mi hermano, por ejemplo, que es médico de familia también en España, lleva 30 años atendiendo a la misma población. Probablemente ahora eso no sea posible, pero entre un extremo y otro, yo creo que podemos buscar un término medio.

Mantener a profesionales 5 años, por ejemplo, no es una cantidad exagerada. Al fin y al cabo, el mandato político son 4 años en todos los países y permite el que se desarrolle esa confianza que es la que tiene ese buen resultado de mortalidad. Pero en cualquier caso es muy importante que a la gente se le incentive para estar estable en el mismo lugar, no para lo contrario.



Panel de Prestación de servicios y Atención Primaria en Salud

Diana Pinto: Bueno, definitivamente Sergio nos ha dejado con la mente dando vueltas. Bueno, nos has planteado realmente unas preguntas muy profundas, sobre todo de pensar en cuáles son los valores, y me parece súper importante esto de hay que pensar hacia dónde queremos ir. O sea, eso determina cómo formamos ese camino, pero hay que tener claro qué es lo que se desea. Yo diría, pues, que esa es una de las grandes lecciones de lo que nos planteó Sergio.

Ahora vamos a seguir con nuestro panel de discusión, que es un panel de lujo realmente. Entonces voy a invitar a nuestros panelistas a que pasen, por favor, al podio.

Mientras que van pasando voy a comenzar con explicar cómo va a ser esta dinámica. Entonces, vamos a tener una pregunta por cada panelista. El tiempo es limitado. Esperamos poder robarnos algunos minutos adicionales porque realmente vamos a tener unas ideas increíbles que nos van a plantear. Cada persona va a tener 6 minutos para su intervención, que yo voy a estar mirando allí en la pantalla, y voy a tratar de ser, pues, muy querida sugiriéndoles terminar el tiempo, pero, pues, en dado caso me va a tocar ejercer la disciplina. Entonces, les agradezco ser muy precisos con el uso del tiempo.

Muy bien. Entonces vamos a comenzar con la intervención de Flor Nelly Ante, quien es gerente de la ESE Hospital El Tambo, Cauca, y cuenta con más de 20 años de experiencia, y ha sido reconocida por su liderazgo en el fortalecimiento de la atención primaria en salud con enfoque territorial y comunitario, así como estrategias innovadoras de acceso equitativo. Entonces, pues, Flor Nelly, te invito a que nos cuentes: ¿cuáles innovaciones permiten responder a los retos de prestar servicios de salud en contextos rurales y en municipios de categorías 4 a 6?

Flor Nelly Ante

Gerente ESE Hospital El Tambo

Muy buenos días a la doctora Diana Pinto. Un saludo especial a los compañeros panelistas y gracias a la Universidad Javeriana por esta invitación. Sí, cuando vamos a hablar de ese tema es muy importante situarnos en el contexto de nuestro municipio de El Tambo, Cauca. Es un municipio de sexta categoría, el decimotercer municipio más extenso del país, con el 94% de la población rural dispersa. Cuando nosotros llegamos a la administración



del hospital en el año 2012, realizamos un diagnóstico participativo con las comunidades, con las juntas de acción comunal salientes y entrantes. El panorama era caótico: 32 muertes perinatales por 1000 nacidos vivos, pacientes con hipertensión arterial controlados (sic) igual que la diabetes. No había acceso a servicios de salud, a pesar del aseguramiento de la población. Teníamos una sede principal donde los usuarios tenían que llegar desde las 3 de la mañana para alcanzar un cupo con médico, con odontólogo, con enfermería, y a pesar de ello muchos no alcanzaban a esta atención.

Sin embargo, encontramos algo muy importante: el empoderamiento comunitario con la salud. A partir de allí, con ellos construimos un modelo de salud; no llegamos a imponer, construimos. Lo que hicimos fue dividir el municipio en cinco zonas. Teníamos una zona sur, que es básicamente la zona afro, donde está el consejo comunitario El Samán. Teníamos dos zonas de cordillera, y teníamos una zona de periferia. A cada una de estas zonas se les asignó un equipo de atención primaria en salud. Entonces, allí, ¿qué es importante de este pilar? Es un talento humano con arraigo. En cada una de estas veredas o corregimientos nombramos a un auxiliar de enfermería extramural. La auxiliar fue postulada por la comunidad, las hojas de vida. Ya nosotros evaluábamos técnicamente si cumplía y se nombraba. Entonces, con estas auxiliares, ¿qué pasa con ellas? Ellas conocen su población, la caracterizaron y saben qué necesidades en salud tiene su población.

Además de ello, pues, se nombró en esas cuatro zonas, a cada zona, un equipo de atención primaria en salud. El coordinador de estos equipos de atención primaria en salud es el médico general. Está conformado también por enfermera, odontólogo, auxiliar extramural de la zona, higienista oral, la persona que entrega los medicamentos, auxiliar de toma de laboratorios y, según la necesidad, también se cuenta con psicólogo y fonoaudiología. Entonces, nosotros cada primer sábado del mes realizamos la planeación de la atención en salud de estas zonas. Nos reunimos con los auxiliares extramurales y ellos miran, según las necesidades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, qué actividades requiere su población: si requieren consulta adulto, joven, crecimiento y desarrollo, vacunación, y según ello programamos la brigada, qué profesionales van a ir. Entonces, los auxiliares realizan la demanda inducida y vamos nosotros a unas unidades de atención, que esas unidades de atención es otro pilar importante para nosotros.

Cuando llegamos en el 2012 solo había algunas unidades comunitarias incipientes. En este momento tenemos nueve unidades de atención en salud debidamente habilitadas y dotadas y 24 unidades comunitarias que componen nuestra red de atención. Entonces, eso es muy importante. Estas unidades fueron los predios donados por la comunidad y fueron construidas con recursos del Ministerio, de ONG, de la ESE, y allí estamos prestando esa atención. También miramos que no había resolutiveidad, que el acceso a especialidades en la ciudad capital era difícil. Entonces, por ello abrimos especialidades básicas y telemedicina en forma sincrónica que garantiza la oportunidad de un día. Con ello, ¿qué logramos? Unos importantes resultados de impacto: disminuir muertes perinatales, muertes maternas en cero desde el año 2023, pacientes controlados, mejor oportunidad en especialidades que la ciudad capital, y mostrar que la estrategia de APS es costo-efectiva.



Ya no estamos en un hospital, estamos llevando salud a la comunidad; no estamos tratando enfermos, estamos previniendo la enfermedad, estamos detectando en etapas tempranas. Evitamos colapso de hospitalización, colapsos de urgencias, y disminuimos los descuentos por no cumplimiento de metas con las EAPB. Esto se ha hecho a través de un trabajo coordinado, un trabajo en equipo con la comunidad, con las EAPB, con la alcaldía municipal, con el concejo municipal, donde nosotros tenemos, digamos, unos acuerdos contractuales con las EAPB.

Gracias a Dios, nos hemos podido posicionar y mostrar que somos una ESE que cumple, que nuestra atención está centrada en el usuario, y con un excelente equipo llegamos a unas negociaciones que es un gana-gana para el usuario, para la ESE, para la IPS. También trabajamos articuladamente con las IPS privadas para garantizar una atención integral. También trabajamos, pues, como les había dicho, articuladamente con los consejos comunitarios, con la IPS indígena, con los cabildos, y llevamos más de 20 años trabajando articuladamente con parteros y médicos tradicionales. Gracias.

Diana Pinto: Muchas gracias, Flor Nelly. Sin duda hemos visto un verdadero ejemplo de buenas prácticas del cual tenemos mucho que aprender.

Vamos a seguir entonces con nuestro siguiente panelista, el doctor Fredy Bojanini. Lleva 15 años dedicado a liderar procesos de desarrollo de servicios integrales de salud, que incluyen la innovación en el uso de inteligencia artificial, analítica, datos y gestión del riesgo de salud poblacional. Ha sido creador de la Sociedad de Economía Mixta que administra y opera Mi Red Barranquilla, la red pública de la ciudad.

Doctor Bojanini, el paradigma que deseamos reevaluar es aquel de la prestación de servicios públicos versus servicios privados. ¿Usted cree que sigue siendo útil la distinción público versus privado o deberíamos hablar de otros modelos? ¿Cómo rompe Barranquilla con ese paradigma?

Fredy Bojanini

Mi Red Barranquilla

Muchas gracias a ti Diana por la invitación a este interesante evento. Por supuesto, un agradecimiento a la Universidad del Rosario, a la Universidad Nacional y a mi alma mater, que es la Universidad Javeriana; 36 años hacía que no llegaba a este recinto donde nos graduamos Diana y yo. Y un saludo muy especial a todos los panelistas.

Quiero comenzar con la primera pregunta que tiene un fondo ideológico: ¿nuestro sistema de salud es público o privado? Durante décadas hemos discutido el sistema de salud colombiano como si fueran dos modelos opuestos, casi que enemigos, pero quizás el verdadero problema es que seguimos haciendo probablemente la pregunta equivocada. Hoy por eso quiero compartirles esa experiencia que nos obligó a desmontar varios supuestos y a desaprender muchas cosas sobre gobernanza en salud. Me refiero puntualmente a la experiencia de la red pública distrital de la ciudad de Barranquilla.



Para ello, quiero someramente mostrarles de dónde partió. Hacia el año 2008, la red pública era una ESE, se llamaba Red Hospitales, y era 100% pública. En ese entonces teníamos 50% de la población asegurada, sin embargo, ni siquiera el primer nivel de atención era contratado con la red pública por la condición caótica desde el punto de vista administrativo, financiero, operativo, laboral y de resultados de salud. Por tanto, a ese nuevo gobierno que se posiciona en el 2008 se le vuelve prioritario la salud como desarrollo de la ciudad y de la población más vulnerable.

Por tal razón, en conjunto con el Ministerio toma la decisión de liquidar la ESE con un inconveniente importante: que lo restringe durante 10 años de formar una nueva institución, pero al mismo tiempo que hace la liquidación establece una gobernanza del sistema de salud y lo basa en cuatro pilares fundamentales. Uno, el aseguramiento universal; dos, la atención primaria con salud familiar y comunitaria; tres, nosotros creamos un programa de caminantes o de promotores de la salud hace 18 años; y cuatro, la integralidad de la atención y la territorialización y georreferenciación en la atención con el fin de facilitar acceso y disminuir el gasto de bolsillo.

Para ello crea una estampilla hospitalaria y planea la construcción y reconstrucción de 40 centros, de los cuales 30 son de atención primaria que se encuentran a menos de 1 km de la vivienda de la zona de influencia, ocho centros de mediana complejidad que están a 2 km de la vivienda, y dos centros de alta complejidad que se encuentran muy céntricos en las diferentes zonas donde tenemos nuestra población asignada. A partir de ese año, del 2008 al 2011, buscamos en la ciudad un operador y se encuentra un operador público que es Caprecom IPS. Lamentablemente, comienza a mejorar un poco el sistema, pero a los dos años hay cambio de gobierno presidencial y entra en caos Caprecom y se retira.

Posterior a eso, como no habíamos cumplido los periodos de 10 años, se busca otro operador y se encuentra la IPS Universitaria de Antioquia, la cual tiene un 99% de capital público y un 1% privado, y se encarga de la administración y operación de la red. Además de la integralidad, logra un paso importantísimo en la administración y operación que es la integración (en ese entonces no eran 40, eran 36 centros) administrativa y operativa de los centros. Eso da un paso importante, pero pasan los años, siendo un operador externo, comienza a tener dificultades y en el año 2016-2017 vuelve y fracasa, no se sostiene financieramente y decide retirarse.

Ya se cumplen los 10 años y la ciudad tiene que tomar una decisión de si monta una ESE o una institución pública o busca un operador privado y ahí viene la pregunta público-privado. Pero esa pregunta público-privado se respondió con otra pregunta: ¿qué tal si nos aventuramos a un modelo mucho más resiliente en el que involucre lo mejor del público y lo mejor del privado, disminuya las debilidades de los dos y así logremos algo? Por tanto, en este momento, la administración decide hacer una convocatoria pública de un socio privado que tenga la experticia tanto administrativa como operativa y que además tenga capital.

En ese entonces surge la convocatoria y nace Mi Red Barranquilla IPS en el año 2018. Al nacer en ese año, el sector público logra con una mayoría accionaria el 65% de esa nueva



sociedad y le deja al privado el 35%. Lo cual de alguna manera es recibido aceptablemente, sabiendo que la gran responsabilidad de la administración y operación es del privado. Cuando se revisaron las fortalezas y las debilidades de ambos, encontramos que el modelo público aporta inversión estatal, enfoque territorial, reinversión social, marco regulatorio favorable porque obliga a contratar directamente con ellos y la capacidad de articulación con políticas públicas.

Por otro lado, el modelo privado hace una inversión de capital privado, tiene una experiencia administrativa y operativa y tiene una posibilidad de la continuación de la planeación estratégica a lo largo del tiempo. Además, tiene autonomía administrativa, menor politización y mayor capacidad de ejecución. Pero igual nos quedan unas debilidades de ambos bandos: en el sector público hay dependencia de los cambios de gobierno (felicitó a Flor porque durar tanto tiempo como gerente es porque demuestra sus cualidades, eso no es usual en lo público), la fragmentación y la planeación estratégica se interrumpe con cada gerente que llega, además de la politización, la corrupción y la inadecuada concepción de lo público.

La hipótesis fue sencilla: si logramos integrar fortalezas y disminuir debilidades, podríamos construir algo diferente. Y para ello nos acompañamos de la nueva definición de salud. Y en esa definición de salud, entendiéndola no como la ausencia de enfermedad ni el Estado de bienestar, sino precisamente esa habilidad o capacidad que tienen las personas y las comunidades para adaptarse y gestionar esos desafíos físicos, mentales y sociales.

Después de 8 años, ¿qué ha ocurrido con la red? ¿Cuáles son sus resultados? Hoy la red cuenta con 40 sedes activas, más de 500 servicios habilitados, 525 camas y 11 quirófanos. En lo financiero, que tanto nos cuesta, tenemos una estabilidad financiera con un margen de EBITDA del 9,7%, una rentabilidad estable que el año pasado fue del 5,4%, cobertura de recaudo del 95% con respecto a los gastos, glosas acumuladas de los 8 años del 2,8% y 85% del recaudo sobre ventas totales. Pero sin embargo también tenemos una cartera de 173.000 millones, que se dobló en los últimos años, y apenas debemos 66.000 millones que son parte del corriente de lo que nosotros hacemos, y una deuda financiera del 0%. Pero lo más importante son los logros en operativo y de calidad. Atendemos más de 2 millones de consultas al año, 367.000 urgencias y 15.000 cirugías. Fortalecimos áreas críticas en la ausencia de enfermedades, la transición hacia la ISO 7101. Recibimos la certificación de la *World Stroke Organization* como centro de Stroke y somos certificados por ICONTEC como red de atención primaria. Eso se dio gracias a un gran acuerdo de gobernanza entre lo público y lo privado. Es algo que en un periodo de 8 años nos da las posibilidades de poder ser replicado en muchas otras partes. Muchas gracias.

Diana Pinto: Vamos a continuar con la intervención virtual de la secretaria de salud de Cundinamarca, Adriana Tinjacá, quien tiene 17 años de experiencia en gestión administrativa, jurídica y territorial en el sistema de salud. Se ha desempeñado como jefe de la oficina asesora jurídica del Hospital Universitario La Samaritana, donde lideró procesos de contratación, defensa jurídica y fortalecimiento institucional.



Volvemos entonces a nuestro paradigma de los modelos de prestación con enfoque territorial. Bienvenida, doctora Neidy, y esperamos que nos cuente cuáles innovaciones permiten responder a los retos de prestar servicios de salud en contextos rurales y en municipios de categorías 4 y 6.

Adriana Tinjacá

Secretaria de salud de Cundinamarca

Muy buenos días para todos. Qué pena no haber asistido de manera presencial; tuve un inconveniente y tuve que salir de la ciudad. Ya me encuentro ingresando, pero estoy atenta. Reciban un cordial saludo de nuestro señor gobernador, Jorge Emilio Rey Ángel, desde el departamento de Cundinamarca. Estamos muy agradecidos por esta invitación, por permitirnos hacer parte de este foro y expresar todo lo que hemos hecho desde el departamento en nuestro territorio.

Quisiera iniciar hablando de nuestro plan de desarrollo, que ha impactado en el territorio, tanto en lo rural como en lo rural disperso. Tenemos 35 metas que fueron construidas con nuestras comunidades y muchas de ellas impactan precisamente en el rompimiento de brechas en la prestación de servicios de salud, a la innovación y, sobre todo, al impacto en la calidad de vida de los cundinamarqueses.

Una de nuestras metas insignias, que ha tenido resultados muy positivos, es “Médico en tu territorio”, una iniciativa para tener médico 24/7 en nuestra ruralidad y rural disperso. Se trata de médicos generales en sitios donde no había consulta ni medicina priorizada, y donde esporádicamente iba el médico una, dos o tres veces a la semana. Los fines de semana los centros de salud estaban cerrados, lo cual era una necesidad sentida en nuestras comunidades.

Por ello, decidimos financiar este programa desde el departamento. Actualmente tenemos 223 médicos en tu territorio pagos por la Gobernación, que han impactado de manera positiva en la prestación del servicio, que han mejorado nuestros indicadores en salud pública. Dichos médicos han tenido una inversión en el 2024 de 8.000 millones de pesos, 27.000 millones en 2025 y esperamos una inversión de alrededor de 35.000 millones para 2026. Al final, contaremos con una red hospitalaria basada en atención primaria desde medicina general y otras especialidades que contribuyen a mejorar estos indicadores.

Hemos prestado alrededor de 468.000 consultas en zonas rurales y dispersas, se ha impactado principalmente en atenciones prioritarias. En los 18 meses que llevamos con este programa, hemos realizado 18.000 atenciones de urgencias en horario nocturno, que no contaban estos municipios con este programa. Entonces, uno de nuestros aportes para la salud pública y para el mejoramiento de nuestros indicadores y para el impacto en el departamento precisamente es esta estrategia de médico en tu territorio. También tenemos medicina especializada de tres especialidades que es ginecología, pediatría y medicina interna en 64 sedes que no contaban con este beneficio, se han realizado alrededor de 56.000 atenciones de medicina especializada en seis meses.



Esto ha mejorado indicadores como desnutrición, peso y talla de los niños, nuestra cobertura de vacunación ha superado el 95%, que es la esperada y la meta propuesta no solo por la nación sino por el departamento. Adicionalmente, contamos con equipos básicos adicionales a los que entrega la nación. El departamento tiene equipos básicos pagos por el departamento. Este equipo básico está compuesto por auxiliares, odontólogos y trabajadores sociales. Este equipo básico específicamente del departamento de Cundinamarca no tiene médico porque es complementario y articulado con los demás equipos básicos tanto de la nación como los municipales, impacta también no solamente en la prestación, sino también en la recolección y caracterización de nuestra población.

Llegamos a los 101 municipios de cuarta, quinta y sexta categoría y hemos caracterizado alrededor de 600.000 personas en el departamento. Por lo tanto, tenemos ya un marco geográfico y epidemiológico del departamento, lo cual ha contribuido a impactar las necesidades en salud y en salud pública de nuestro departamento de Cundinamarca. Entonces, ya llevamos dos iniciativas súper importantes que han impactado, que es médico en tu territorio, equipos básicos.

Adicionalmente también generamos la estrategia de plan financiero para nuestras Empresas Sociales del Estado (ESE). Este plan consiste en hacer seguimiento detallado a los indicadores de cada una de nuestras ESEs con ayuda de *Price WaterHouse Cooper*. Iniciamos en 2023 con 17 hospitales en riesgo financiero; actualmente, siete nos quedan en alto riesgo y estamos revisando el plan con el Ministerio de Salud y la Supersalud. Durante el periodo 2024-2025, ninguna ESE ha quedado en alto riesgo, ha terminado su año con el pago de salarios y acreencias laborales al día.

La idea es que la prestación del servicio de salud no se afecte, está proyectada de acuerdo al departamento a tener a nuestro talento humano satisfecho y a nuestro talento humano con pagos al día. Sabemos que existen algunos retrasos y problemas con los pagos y la cartera de nuestros hospitales, y por ello el departamento se ha propuesto a ese déficit que no financian las EPS, lo pone el departamento porque la idea es no cerrar servicios, la idea es que nuestro talento humano cuente con sus salarios al día. Por ello el departamento ha realizado una inversión de alrededor de 200.000 millones de pesos apalancando a las ESE para que no se vea desmedro en su prestación de servicios, cierres de servicios, cierres de camas, que es lo que está pasando en el país y que estamos tratando nosotros de ser los proveedores para que esto no suceda en Cundinamarca.

Entonces, estas son las tres principales estrategias de las cuales quisiera hablar. No obstante, tenemos inversión en infraestructura también alrededor de medio billón de pesos para el cuatrienio. Hospitales regionales que se van a estar finalizando como el hospital de Soacha, el hospital de Fusagasugá, también renovación en infraestructura en Funza, en Villeta, un nuevo hospital regional en Ubaté, entre otras muchas inversiones que en realidad van a impactar y van a generar mayor acceso a nuestros servicios de salud.

Diana Pinto: Muchas gracias por compartir su experiencia. Otro ejemplo de cómo los territorios se las ingenian para sobrellevar los retos que tienen para proveer servicios de salud a



su población. Continuemos con otro paradigma. Ahora nos vamos para las redes de prestación de servicios.

Vamos con el doctor Luis Gonzalo Morales, que cuenta con más de 35 años de experiencia en el sector salud. Ha sido en dos ocasiones secretario de salud de Bogotá, director de hospitales, gerente de EPS, consultor y asesor en temas de sistemas y servicios de salud. Doctor Luis Gonzalo, ¿cuál diría usted que es el rol de los incentivos en alinear el óptimo funcionamiento de las redes de prestación?

Luis Gonzalo Morales

Asesor, ex secretario distrital de salud de Bogotá

Muy buenos días. Un saludo muy cordial a todas las personas que nos acompañan presencial y virtualmente. Un agradecimiento a la Universidad Javeriana por esta invitación y, por supuesto, a mis colegas panelistas.

Quisiera centrar esta intervención en una idea fundamental: el verdadero problema de las redes de prestación de servicios de salud no es su diseño formal, sino la forma en que están estructurados los incentivos que orientan el comportamiento de los actores. En Colombia, desde la Ley 100 de 1993, hemos construido un sistema que logró avances importantes en cobertura, pero al mismo tiempo consolidó una lógica fragmentada de prestación de servicios. En la práctica, las redes no funcionan como sistemas integrados, sino como una suma desorganizada de contratos entre aseguradores y prestadores, cada uno respondiendo a incentivos individuales muchas veces contradictorios.

El resultado es conocido, con una fragmentación de la atención, duplicidades, ineficiencias y una débil coordinación entre los niveles de complejidad. Esto ocurre porque los incentivos actuales están centrados en la producción de servicios y no en los resultados en salud. Se paga por actividad, no por valor; se premia el volumen, no la integralidad ni el resultado. El problema se vuelve aún más crítico en el contexto actual. Tenemos presiones estructurales muy claras como el envejecimiento de la población, el crecimiento sostenido de los costos derivados de la tecnología médica, la ampliación del aseguramiento universal y el reconocimiento creciente de la salud como un derecho fundamental. Todo esto incrementa la demanda y tensiona la sostenibilidad financiera del sistema.

Frente a este escenario, seguir operando con los mismos incentivos no es viable. La evidencia internacional es consistente en mostrar que las redes de prestación solo funcionan cuando los incentivos están alineados hacia la gestión integral del riesgo, los resultados en salud y el control de costos. Es decir, cuando todos los actores —aseguradores, prestadores, proveedores de tecnología y profesionales— tienen razones claras para coordinarse, prevenir y optimizar el uso de recursos por naturaleza escasos y limitados.

¿Qué implica esto entonces en la práctica? Primero, en el plano financiero, hay que avanzar hacia esquemas que incentiven la prevención y la atención primaria. Modelos como la



capitación ajustada por riesgo o los presupuestos globales por grupos de patologías permiten desplazar el foco de la atención episódica hacia una gestión continua e integral de la salud de las personas. Esto, en el caso colombiano, implica repensar la forma como hoy se calcula la Unidad de Pago por Capacitación (UPC).

Segundo, en el plano contractual, necesitamos pasar de contratos meramente transaccionales de cortísimo plazo entre aseguradores y prestadores, a acuerdos de corresponsabilidad de largo plazo; contratos que incluyan resultados en salud, que distribuyan los riesgos de manera explícita y que obliguen a coordinar la atención entre los distintos niveles de la red. Y tercero, en el plano organizacional, debemos fortalecer la gobernanza de las redes. Esto implica fortalecer el liderazgo clínico, tener sistemas de información interoperables —es increíble que este país, después de casi 30 años, no los tenga— y sobre todo la participación activa de los profesionales de la salud en la toma de decisiones.

Aquí hay un punto clave. No es posible lograr cambios reales si los médicos y los prestadores no están alineados con los objetivos del sistema. Esa alineación no se logra únicamente con normas —aquí tenemos la creencia de que todo lo resolvemos con un decreto—, sino con incentivos adecuados. Esto nos lleva a una conclusión inevitable: Colombia necesita una reforma estructural de su Sistema de Salud, pero no centrada únicamente en cambiar las instituciones, y menos el nombre de las instituciones. Aquí se volvieron felices, cada uno que llega quiere cambiar el nombre a lo mismo, creyendo que con eso hicieron un enorme cambio de fondo. Hay que rediseñar los incentivos que determinen cómo se comportan los actores.

Esa reforma debe partir de un principio básico: los recursos de salud son limitados y su uso eficiente depende de decisiones conjuntas, clínicas y organizacionales bien informadas. Por eso médicos y prestadores deben convertirse en actores conscientes y corresponsables de esa limitación; deben hacer parte de la ecuación que hace funcionar el sistema. Finalmente, es importante reconocer que esto no es solamente un problema técnico, sino también un problema político. Durante décadas, el sistema ha operado bajo una lógica de mercado que ha privilegiado la competencia sobre la cooperación. Superar esta lógica es fundamental si queremos construir redes verdaderamente integradas, centradas en las personas y sostenibles en el tiempo.

Si queremos que las redes funcionen en la práctica, debemos dejar de pensar únicamente en su diseño estructural y empezar a enfocarnos en lo que realmente las hace operar: los incentivos. Muchas gracias.

Diana Pinto: Gracias, doctor Luis Gonzalo. Seguimos nuestra trayectoria por los diferentes niveles del Sistema de Salud y nos dará sus aportes ahora la doctora Marcela Granados, quien es directora general de la Fundación Valle de Lili, institución que ha trabajado por más de 30 años, y también es profesora de la Universidad Icesi.

Pertenece a la junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y fue miembro del Consejo Asesor de Acreditación en Salud del Ministerio de Salud y Protección



Social. Este paradigma del cual nos va a hablar la doctora Marcela Granados es la calidad y la atención centrada en la persona. Cuéntenos, doctora, ¿qué oportunidades y desafíos para centrar los servicios en la persona ve usted en nuestro sistema?

Marcela Granados

Directora general Fundación Valle de Lili

Muchas gracias por la invitación a la Universidad Javeriana, a la Universidad Nacional y a la Universidad del Rosario, a los compañeros del panel y a ustedes por la asistencia. La pregunta sobre si es viable en nuestro sistema de salud actual pensar en la atención centrada en las personas, la respuesta es sí. Sí, pero, además, hay que pensar que esto es un imperativo estructural, operativo y clínico.

Veníamos de una atención centrada en el médico, donde el médico daba una orden médica, y de hecho se llama orden, tenía que cumplirse esa orden médica independiente de qué ocurría alrededor del paciente. Posteriormente, la evolución se centró muchísimo en la tecnología y se centró en la eficiencia de las instituciones. Más adelante se empezó a hablar de la atención centrada en el paciente, pero finalmente llegamos a la atención centrada en las personas, que no solamente incluye no solo al paciente, sino a su familia, a los profesionales de la salud y a la comunidad. Y creo que como decía, es un imperativo porque en este momento, que no podemos estar a un lado de lo que se viene con la inteligencia artificial, necesitamos que esta estructura de atención de servicios de salud centrada en las personas sea muy fuerte.

La pregunta es ¿se necesitan muchos recursos económicos para implementar esto? La respuesta es no. Hay un punto en que sí, pero hay un punto en que son decisiones que hay que tomar desde la alta dirección. Voy a empezar hablando de las IPS porque esto requiere intervención en los tres niveles mencionados por el doctor Sergio ahora: el nivel micro, y es la relación directa del médico con su paciente y la familia y los profesionales de la salud; nivel meso, que somos las direcciones de las instituciones prestadoras de salud; y un nivel macro, donde tiene que estar el gobierno dictando normatividad al respecto.

Y voy a empezar por el meso porque creo que es donde puede haber un cambio y donde las instituciones pueden cambiar. Si hay una decisión dentro de la gobernanza de las instituciones de que la atención tiene que ser centrada en las personas, comienzan entonces a generarse estrategias. A nivel micro ¿qué hay? Creo que lo más importante y lo que yo sacaría a flote es educación. Es educación de nuestro cuerpo médico en atención centrada en las personas. Es incentivar, como lo hemos hecho y voy a hablar ahí ya un poquito de lo que hemos hecho nosotros, de que los pacientes en nuestra unidad funcional de oncología, los pacientes siempre tengan una planificación de decisiones anticipadas. Hay que respetar la decisión del paciente, pero hay que decirle al médico que, si él tiene en su cabeza una quimioterapia específica que si él toma una decisión anticipada sobre hasta qué línea llegar, el médico debe respetarla. Eso se hace con educación. Lo hace el hospital incentivando los espacios de comunicación. Tenemos un centro de bioética diferente a la ética



hospitalaria, diferente a la ética de investigación, de bioética, donde incentivamos discusiones entre las personas y los médicos y el personal de salud para que simplemente tomen espacios de deliberación que los lleve a tomar decisiones más conscientes. Entonces, creo que los centros de bioética son importantes dentro de las instituciones, incentivando esas deliberaciones. La educación del paciente es muy importante. La educación del paciente sobre su enfermedad, la educación del paciente sobre, nuevamente, sus decisiones y eso es algo que hay que incentivar y hay que formalizar dentro de las instituciones.

Ahora, la institución, ¿qué más puede hacer? puede ser organizando dentro de su sistema de calidad de vida y si se quiere dentro de la certificación de empresa familiarmente responsable, el cuidado de los colaboradores, el cuidado de ellos y de su familia como parte del cuidado de esa de esa persona.

¿Qué más puede hacer la institución? Ejemplo, nosotros tenemos un proyecto, un programa que se llama Hospital Padrino, que nos ha permitido conocer regiones apartadas de Colombia en este momento con 400 hospitales apadrinados y por ejemplo, nosotros cambiamos en la atención de la población indígena del norte del Cauca, en donde teníamos necesidad de educar a nuestros médicos a que el parto no se atiende en la posición que tradicionalmente lo han atendido, sino que hay que adaptarse a la forma en cómo las comunidades lo tienen. Educamos al médico y educamos a la comunidad acerca de cómo esa mezcla para que el resultado final sea un parto normal, una disminución de la mortalidad materna y un bebé que nace sano. Tuvimos que hacer cambios institucionales para atender la población como cambios en la dieta, asegurando el nivel de proteínas, pero con los gustos de esa comunidad, o pintar una sala de partos con un color salmón, porque siempre debería verse el reflejo del sol para poder que hubiera satisfacción. Entonces, son cosas que realmente no tienen una inversión muy grande, tienen decisión de las del meso para poder impactar el micro.

Y desafortunadamente nosotros no podemos impactar tanto el nivel macro, pero como política pública sí somos conscientes de que hay que tomarlo y que hay que tomarlo no con cambios bruscos cada cierto tiempo, sino con algo continuo a través del tiempo donde haya incentivos, que es muy importante, para que las instituciones lleguen a este nivel y podamos cumplir la quinta quintuple meta: resultados fuertes en salud, resultados comparables con los mejores estándares, experiencia del paciente adecuada, disminución de costos —porque ningún sistema del mundo es infinito y puede ser pagable—, satisfacción de todos los grupos de interés, donde están las personas y colaboradores de la salud, pero también la comunidad y equidad. Creo que esa quintuple meta también tenemos que tenerla siempre cada que tomamos una decisión en nuestros hospitales. Muchas gracias.

Diana Pinto: Gracias a usted, Marcela, porque pienso que nos ha mostrado uno de esos puntos en el futuro deseable hacia el cual queremos avanzar.

Bueno, y desafortunadamente para cerrar, porque realmente este panel ha estado interesantísimo, tenemos a Martha Lucía Ospina, presidente ejecutiva del Hospital Universitario Méderi y docente de la Universidad Internacional de la Florida. Martha fue directora general



del Instituto Nacional de Salud de Colombia, directora de la Cuenta de Alto Costo, viceministra de Salud y directora de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social. Tiene una amplia trayectoria en salud pública de liderazgo institucional a nivel nacional e internacional y nos va a hablar de la innovación en tiempos de crisis.

¿Qué innovaciones facilitan a las instituciones prestadoras de servicios de salud ser resilientes ante shocks externos, económicos, políticos, desastres? ¿Y en qué consisten esas innovaciones, doctora Martha?

Martha Ospina

Presidenta ejecutiva Hospital Universitario Méderi

Buenos días todavía para todos. Voy a hablar, para aprovechar el tiempo, como de algunas ideas que espero que sean sobre todo desafiantes, que quedemos pensado. Por supuesto, voy a hablar desde un lugar de un hospital de alta complejidad, de un hospital además de gran tamaño, que es receptor de muchas zonas de Colombia y que tiene un rol reinventado. Diana me quitó las palabras, pero nosotros debemos construir el futuro que deseamos, no vivir el que probablemente nos suceda. Eso espero que lo concluyamos, voy a tratar de motivarlo.

Empiezo recordando cuál es el verdadero alcance de los servicios de salud. Los servicios de salud en todos los estudios que se han hecho desde 1976 muestran que solamente modifican el 11% de la morbilidad y mortalidad. El resto, de todo el daño en salud, o que vemos como carga, está explicado por otras cosas. El 43% proviene del estilo de vida, el 19% del entorno y el resto, el 25%, ni lo toco porque proviene de la biología.

Eso nos recuerda que debajo de esa pequeña maniobra que tienen los servicios de salud, que es el 11%, aunque se le eche el 90% de la responsabilidad o de la culpa, en realidad están los determinantes sociales, las causas de las causas. Y es sobre eso que una y mil veces tenemos que ir, sobre todo un país que tiene una agenda inconclusa muy grande en ese tema. Entonces, hablando de qué hacemos con esa carga de enfermedad actual, pues también conocemos la vieja receta de la gestión de riesgo a todos los niveles. Sabemos la gestión de riesgo poblacional que deben hacer; el doctor Bojanini nos la mencionó, lo que es caracterizar poblaciones, lo que se debe hacer. Yo soy una entidad territorial o una IPS que, en representación de la entidad territorial, soy la puerta de entrada de poblaciones, también qué hago si soy una EPS o como se llame, porque quiéranlo o no siempre existirán porque el gestor poblacional es necesario como agente de la población y debe gestionar conglomerados poblacionales. Y, por supuesto, que están los prestadores, los que son de puerta de entrada que tienen unas capacidades enteras, insisto, de caracterizar poblaciones y adaptarlas a las necesidades, como nos lo decía la doctora que hacen en El Tambo.

Pero también, ¿qué pasa entonces con los hospitales de alta complejidad? ¿Son los malos de la película? ¿No les interesa nada? Es decir, ¿miran el mundo desde una torre y no les importa lo que pase? Eso no es cierto, eso es lo que han querido hacer creer. Pero en realidad les voy a dar unas cifras. En Colombia existimos 35 hospitales universitarios en todo



Colombia. Debajo de ellos hay 56 hospitales, imagínense esa pirámide, 56 hospitales acreditados solamente. Del tamaño que tiene Colombia. Debajo de ellos hay 2.193 hospitales y clínicas. Esos son todos los que existen. Debajo de ellos hay 11.750 IPS institucionales de todo tipo y debajo de ello hay 59.000 prestadores, incluyendo consultorios, consultorios odontológicos, consultorios de terapias.

Entonces, esa es la oferta que hay. Pública y privada para 50 millones de colombianos en un territorio que concentra el 90% de su población en la zona andina con un reto enorme de 11 millones de colombianos en una zona enorme, dispersa y rural. Entonces, hemos confundido lo que es el flujo de las redes con el diseño de las redes y la administración de las redes. Son tres cosas distintas. Luis Gonzalo lo dijo, tangencialmente y eso son cosas diferentes. Los pacientes se mueven de abajo hacia arriba, claro, pero las redes se deben diseñar de arriba hacia abajo y se deben administrar con incentivos adecuados horizontalmente, KPIs comunitarios, contratos que nos interesen a todos y resultados en salud y en gestión administrativa.

Como me queda un minuto, les voy a dar estos números que son muy interesantes. Un hospital universitario de alta complejidad maneja 500 entidades clínicas, es decir, 500 patologías. Un hospital general de tercer nivel maneja 1.700. Un hospital general de segundo nivel maneja 5.100. Un centro ambulatorio especializado, como los hay de cáncer, renales, de esos, maneja 100 diagnósticos y una IPS o red de puerta de entrada, como la que nos describe el doctor Bojanini, maneja 9.600 diagnósticos. Les hago una pregunta simple porque se me acabó el tiempo, ahí los dejo con este reto: ¿Qué es más fácil, hacer 500 redes integradas temáticas de arriba hacia abajo o hacer 10.000 redes imaginándosela en diferentes territorios de abajo hacia arriba? Las redes tienen que pasar de ser redes integradas a ser redes inteligentes y eso solo se logra con una construcción pensada. Tenemos las herramientas hoy en día, nadamos en datos. Nadamos en datos y hoy en día si para algo sí existe la inteligencia artificial y sí sirve, es para hacer imputación de faltantes, porque las series de tiempo son suficientemente largas para uno poder predecir el valor que falta.

Entonces cierro con esto, la atención primaria, preguntarán entonces cómo va ahí. Creo que va, nos dieron ahorita una conferencia magistral. Claro que va. Pero la moderna, no desempolvando el libro de Alma-Ata por Dios bendito a estas alturas de la vida; o sea, la moderna con lo que necesitamos y en un contexto real, porque nos lo dijeron claro, en un contexto colombiano real.

La atención primaria, y cierro con esto, necesita un enfoque con cinco componentes absolutamente necesarios. No lo digo yo, también lo dice la literatura. Cinco componentes necesarios: uno, proyectos y programas para lograr el empoderamiento de las personas y las comunidades. Nos lo dijo El Tambo. Sin eso, sin la contraparte comunitaria, o sea, recuperar la verdadera promoción de la salud, no esa distorsión que hemos tenido. Segundo, políticas y programas vinculantes multisectoriales. Hace tiempo que esos consejos territoriales debieron haber cambiado, eliminado, porque los consejos territoriales de planeación, en los que de manera vinculante todo el mundo aporta para modificar los verdaderos determinantes o es una historia sin fin.



Tercero, articulación sociosanitaria. Nosotros no tenemos sector social, tenemos un reguero de cosas: el ICBF por un lado, las cajas de compensación por el otro, los subsidios de desempleo por el otro, los hogares de paso por el otro. Hace rato que tenemos que tener sector social que deje de cargarle la mano y la plata al sector de la salud. Cuarto, la exigencia mínima de garantizar las capacidades básicas y las funciones esenciales de salud pública de las autoridades sanitarias locales. No puede ser que cada torero trae su cuadrilla y la cuadrilla que trae, pues, es de dudosa capacidad técnica. Y quinto y último, y acabo, gracias por el minuto y medio: los servicios de salud deben ser altamente resolutivos de puerta de entrada. Nos lo dijo claramente en la conferencia el doctor Minué. Los servicios son máxima resolutiveidad al primer contacto, lo cual significa tecnología a distancia. Ya existe. Máxima resolución, diagnóstico, manejo y seguimiento, ojalá por el mismo equipo, pero sobre todo tener lo más importante, estrategias variadas de acceso y canalización. ¿Hacia dónde? Pues hacia redes inteligentes que desde arriba le digan, porque a nosotros, cierro con esto, no nos interesa que nos lleguen los pacientes, nos interesa que no nos lleguen; no nos interesa que nos llegue el paciente de artritis reumatoidea en una tormenta, que no nos llegue. Por eso la cabeza que articula la red tiene esa teleasistencia permanente con su red hacia abajo para que se maneje adecuadamente en puerta de entrada, más en un país como Colombia, de manera que solo nos llegue aquello que es absolutamente indispensable. Muchas gracias.



Presentación de trabajos del bloque prestación de servicios y APS

Do health facilities save children's lives? Evidence from Peru

Presenta: César Huaroto (Perú)

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Autores: César Huaroto, Pedro Francke, Claudia Vivas

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Introduction and objective: Child mortality remains high and unequal in many LMICs, yet the causal impact of expanding primary health-care infrastructure is hard to identify because facility placement may track development trends. This paper estimates the effect of expanded geographic access to public health facilities on child mortality in Peru.

Methods: We link administrative records on the rollout of >8,000 public health facilities since 1932 to microdata from four Peruvian population censuses, covering nearly 10 million mothers, and complement mechanisms with 24 DHS waves (1986–2024). Exposure is measured as cumulative lifetime years (or share of life) living in a district with a facility. Identification uses a continuous-treatment difference-in-differences design leveraging within-district variation across cohorts and census waves, with rich controls and fixed effects; standard errors are clustered at the district level.

Results: An additional year of exposure reduces child mortality by about 1.1 deaths per 1,000 live births (≈ 0.01 SD), relative to a mean of roughly 35 per 1,000, with stable estimates across exposure measures, samples, and alternative specifications. Robustness checks with more demanding fixed effects and placebo outcomes support the interpretation that effects are not driven primarily by broad socioeconomic upgrading.

Conclusions and implications: Sustained, geographically proximate primary care infrastructure yields sizable, long-run reductions in child mortality in Peru, plausibly by shifting pregnancies and early childhood into formal care. Mechanism evidence indicates increased antenatal care, institutional delivery, and vaccination, and reduced child morbidity with



greater exposure. These results support prioritizing long-run investments in accessible primary care—especially in historically underserved districts—while motivating future work on facility quality and referral capacity.

Adherencia al tratamiento farmacológico, integración administrativa y resultados cardiovasculares en Colombia: un estudio transversal

Presenta: Cristian Alberto Corrales Ramírez

Universidad Icesi - PROESA

Autores: Cristian Alberto Corrales Ramírez¹, Victoria Soto¹, Irieleth Gallo¹, Blanca Fernández², David Watkins³, Alexandra Vigoya², Kristen M. Danforth³

1. Universidad Icesi - Proesa

2. Red de Salud ESE Ladera

3. Universidad de Washington

Introducción: En Colombia se han definido Rutas Integrales de Atención en Salud para población con riesgo cardio—cerebro—vascular (RIAS-ECV) con el objetivo de orientar acciones que permitan identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo asociados a estas enfermedades. Dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM2). Aunque la RIAS-ECV busca integrar las atenciones en salud, la entrega de tecnologías en salud puede estar fragmentada en diferentes instituciones, afectando los resultados clínicos de estos pacientes.

Objetivo: Determinar cómo la adherencia al tratamiento farmacológico y la integración de los servicios de salud en un único prestador influyen en los resultados clínicos de pacientes con HTA o DM2 atendidos en una red de atención primaria en salud en Cali.

Métodos: Estudio transversal con un alcance correlacional, utilizando información de 4,857 pacientes con HTA o DM2. La asociación entre el control de la presión arterial, la adherencia al tratamiento farmacológico y la integración administrativa se evaluó mediante un modelo de regresión logística. Además, se estimó la Reducción Absoluta del Riesgo, el Número Necesario a Tratar y se aplicó la prueba de Johnson-Neyman.

Resultados: La adherencia al tratamiento farmacológico se asocia con el control de la presión arterial, y la integración de los servicios de salud podría coadyuvar la obtención de resultados



favorables en el control de HTA. De manera conjunta, el efecto de la integración administrativa sobre la probabilidad de mantener la presión arterial controlada depende de la adherencia: el impacto de la integración es mayor en pacientes no adherentes al tratamiento.

Conclusiones: resultados respaldan estrategias que favorezcan la prestación de servicios integrados, incluyendo coordinación en la entrega de medicamentos. Ignorar desarticulaciones administrativas entre actores puede obstaculizar el logro de los hitos de las políticas de atención integral en salud y en los modelos de acción territoriales.

Desde la mirada del paciente: evaluación longitudinal de integración del cuidado en la RIAS-Cardio-Cerebrovascular-y-Metabólica en dos redes de APS bogotanas

Presenta: Diana Pinto

Universidad Nacional de Colombia

Autores: Diana Pinto, Sandra Camacho, Nicolle Quintero

Universidad Nacional de Colombia

Objetivo: Evaluar, mediante indicadores reportados por pacientes, cómo se experimenta la atención integrada de la Ruta Integral de Atención Cardio-Cerebrovascular y Metabólica (CVD-RIAS) durante un año de seguimiento, identificando avances y brechas en acceso, continuidad, coordinación y atención centrada en el paciente.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal en adultos ≥ 30 años con hipertensión y/o diabetes tipo 2, activos en CVD-RIAS en dos redes de atención primaria bogotanas. Se aplicó un cuestionario validado, en la línea de base y a los 4, 8 y 12 meses (2024–2025).

Resultados preliminares: 1260 pacientes completaron la medición inicial; 78 se retiraron durante el seguimiento. Entre 76% y 98% no reportó problemas para recibir atención ante un evento de salud. La percepción positiva del número de contactos disminuyó en una red (94% a 73%) y aumentó en la otra (66% a 83%); la suficiencia percibida de contactos profesionales se mantuvo $> 81\%$. Más del 80% reporta < 3 años siendo atendido por el mismo profesional; la atención por el mismo equipo disminuyó en una red (61% a 22%) y aumentó en la otra (22% a 40%) y menos pacientes percibieron positivamente la calidad de la atención cuando lo atiende otro equipo.

Los recordatorios para citas descendieron ($\approx 85\%$ a 61–72%), aunque su utilidad fue $> 80\%$. En coordinación, 85–94% percibió que el equipo sigue el mismo plan. En atención centrada en el paciente, la concertación de metas fue $\sim 74\%$ al inicio; 39–49% reportó tener plan de manejo, aunque $> 90\%$ lo consideró útil al tenerlo. La mayor parte de los pacientes estuvo



de acuerdo con que su equipo tenía en cuenta lo que para ellos era más importante en el cuidado de su salud (80% a 69%).

Conclusiones: CVD-RIAS avanza en acceso y coherencia del cuidado. Persisten brechas en entrega de medicamentos, continuidad y consolidación de planes de atención.

Práctica médica subordinada a intereses comerciales y precariedad laboral: el reto de los consultorios adyacentes a farmacias privadas en México

Presenta: Sandra Patricia Díaz Portillo (México)

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Autores: Sandra Patricia Díaz Portillo¹, Anahí Cristina Dreser Mansilla¹, Silvia Magali Cuadra Hernández¹, Humberto Álvarez Sáyago², Jaqueline Elizabeth Alcalde Rabanal¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México

2. Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar-México

Introducción: En México, los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF) brindan el 18% de las consultas ambulatorias. En este modelo, la farmacia contrata al médico y administra el consultorio vinculando la prescripción y venta de medicamentos.

Objetivo: analizar los mecanismos y procesos organizacionales que determinan y construyen un conflicto de intereses (CDI) en dos cadenas de farmacias en Ciudad de México.

Estudio cualitativo: Se entrevistaron 30 participantes. 24 médicos y 6 supervisores de dos cadenas de farmacias (CF1 y CF2). La CF1 utiliza estrategias corporativas de ventas que incluyen: incentivos económicos al médico por número de recetas y medicamentos vendidos, y monitoreo de su productividad por parte del supervisor. En la CF2 el personal de farmacia discrecionalmente brinda incentivos al médico y monitorea su productividad. En ambas cadenas el personal de farmacia utiliza mecanismos diferenciados de coacción hacia los médicos para que activen las ventas, cuyo eje central fueron las amenazas de pérdida del empleo, caracterizado por ser precario. Los médicos desarrollaron estrategias de afrontamiento tales como adecuar la prescripción a las exigencias de farmacia o mantener su autonomía técnica ignorando dichas presiones.

Conclusiones: Los resultados sugieren que los CAF operan bajo una lógica empresarial que subordina la práctica médica a intereses comerciales, lo que puede comprometer la



calidad y seguridad de la atención. El CDI se consolida y reproduce mediante prácticas rutinarias que ejercen supervisores y vendedores, que buscan alterar la práctica médica y alejarla del bienestar del paciente. Los CAF se han consolidado en México y este modelo ya incursiona en otros países de América Latina; estos hallazgos contribuyen a la discusión de sus implicaciones para los sistemas de salud, dado que fomentan la prescripción de medicamentos en función de intereses comerciales, afectando la salud e incrementando el gasto de bolsillo de las personas.

Los videos de esta sesión están disponibles en estos enlaces:



04

Generación de recursos en salud: decisiones, tensiones y resultados

Moderador: Dayana Katherine López
Pontificia Universidad Javeriana



Buenos días. Para mí es un honor moderar este panel sobre la última de las funciones de los sistemas de salud, en el marco de este congreso, que vamos a estar revisando. Durante estos dos días recorrimos el tema de rectoría y gobernanza, prestación de servicios y atención primaria, y vamos a cerrar con este tema de generación de recursos. Llegamos a la función que hace posibles todas las demás. Y es que, sin talento humano bien formado y bien distribuido, sin tecnologías sanitarias accesibles y racionalmente incorporadas, sin mecanismos de control que garanticen el uso adecuado de los recursos, las otras tres funciones quedan totalmente vacías.

Por tanto, este panel, que hemos denominado “Generación de recursos en salud: decisiones, tensiones y resultados”, tiene tres objetivos. El primero es analizar la generación de recursos como función estructural de los Sistemas de Salud. El segundo, identificar algunas fallas en el proceso de planificación, implementación, monitoreo y evaluación, centrándonos en dos componentes clave: por un lado, el talento humano en salud y, por el otro, las tecnologías sanitarias, particularmente los medicamentos. Y tercero, discutir los mecanismos de decisión, regulación, uso y control de estos recursos.

Tenemos cinco voces expertas y con diversas trayectorias para este debate. Vamos a dar paso al primero de ellos, que es el Dr. Gustavo Nigenda. El Dr. Gustavo es profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México e investigador nacional nivel 3; especialista en sistemas y políticas de salud y en recursos humanos en salud con énfasis en enfermería, y cuenta con formación en antropología social, planificación y financiamiento en salud, y doctorado en política social por *The London School of Economics*.



Conferencia magistral

Retos para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud

Gustavo Nigenda (México)

Profesor e investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México
Fundador del Instituto Nacional de Salud Pública

Primero que nada, agradecer a los patrocinadores de este evento, a los organizadores del mismo, a la Universidad Javeriana, al doctor Enrique por la invitación para participar en este evento tan importante y presentarles algunas ideas con relación al tema de la fuerza laboral en salud, que me ha preocupado desde hace muchos años y que de alguna manera también me ha permitido observar su cambio de evolución durante alrededor de 40 años que he estado trabajando en este campo.

Creo que es importante señalar de entrada, no voy a hablar yo sobre medicamentos, no voy a hablar sobre otros recursos, me voy a centrar sobre el tema de los recursos humanos en salud.

Primero que nada, este cuadro que les quiero mostrar fue publicado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2022, y donde hizo una especie de valoración sobre los efectos que la epidemia COVID-19 había tenido sobre los recursos humanos en salud en cinco países, y aquí está incluido Colombia. Creo que los datos que presenta Colombia comparado con el resto de los países son bien interesantes, porque vean ustedes, la tasa de infección de recursos humanos en salud fue de 3,27%. Ecuador tiene la tasa más baja, pero el resto de los países, incluido Bolivia, Chile y Perú, tienen tasas bastante más altas que lo que tuvo Colombia. Y el segundo dato que me interesa mostrar es el último renglón, en donde está el porcentaje de casos en recursos humanos con relación a los casos totales con la población, y Colombia tiene el porcentaje más bajo, también muy por debajo de los otros países.

Para mí es un indicador de que Colombia tuvo la capacidad de brindar cierta protección a su fuerza laboral en salud y esto se evidenció a través de los resultados que aparecen aquí. Creo que esto es importante. En México, ya Sandra habló un poco de México y voy a referirme a algunas de las cosas que dijo Sandra. En México no tuvimos esa capacidad. Sin embargo, lo que para mí destaca de esta gráfica es que las enfermeras que estuvieron en mayor contacto con los pacientes, sobre todo en el área hospitalaria, fueron aquel

grupo de profesionales con el porcentaje más alto de infección de todos los profesionales de la salud. Con 38,9%. Otros trabajadores incluidos, trabajadores sociales, dentistas, etcétera, 32% y médicos el 25%.

Creo que son dos lecciones importantes que nos dejan estas gráficas: una, que los efectos sobre los recursos humanos fueron muy importantes y devastadores en muchos casos, y otra es que no podemos bajar la guardia y tenemos que estar preparados para la siguiente epidemia, para el siguiente shock epidemiológico. Porque en realidad lo que los expertos dicen es que esto tiene una alta probabilidad de que suceda; lo que no sabemos exactamente es cuándo, pero tenemos que prepararnos. Tal vez tenemos poco tiempo o un poco más, tenemos que prepararnos para un eventual nuevo shock.

Un elemento que es importante para poder estar preparados, es tratar de identificar cuál es la disponibilidad de recursos humanos que existen en los países. Aquí la OCDE ha estado publicando en los últimos años esta disponibilidad a través de la relación de grupos ocupacionales específicos como enfermeras, médicos con relación a la población. Y lo que la OCDE encuentra hoy día en sus datos más recientes es que el promedio de los países de la OCDE es de 8,9 enfermeras por 1000 habitantes, ¿no? Esos países que están aquí abajo, que son miembros de la OCDE, también se ha calculado la relación entre enfermeras y 1000 habitantes y se encuentra que están por debajo del promedio de lo que presentan los países de la OCDE.

Colombia tiene un déficit bastante importante, de acuerdo con sus datos, en relación al número de enfermeras por 1000 habitantes. Los médicos, el 3 por 1000 habitantes es el promedio de los países, y también por debajo de ese promedio aparecen México, Colombia, Turquía, Corea del Sur y Polonia.

Sin embargo, estos datos provienen de registros de los Ministerios de Salud principalmente. Y en países como México tenemos otras formas de medir esta disponibilidad. Con un equipo de economistas y epidemiólogos del Tec de Monterrey y de la Universidad Nacional, hemos estado haciendo este tipo de trabajos tratando de diferenciar, una vez que las personas están en el mercado laboral, en qué condición están y por qué aparecen o por qué no aparecen en los datos estadísticos del Ministerio de Salud.

Y lo que encontramos es lo siguiente. Si podemos diferenciar en tres grandes capas, la capa de en medio son aquellas personas que se declaran ocupadas dentro de la estructura del sistema de salud. La capa superior, aquellas personas que declaran que no están ocupadas, simplemente están buscando en ese momento trabajo. Y la capa inferior son aquellas personas que están trabajando, pero no en el mercado laboral de la salud, sino están por fuera haciendo otras cosas. Estos son datos que nosotros hemos estado trabajando de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, que es una encuesta probabilística que por más de 20 años nos ha permitido construir estas estadísticas.

Estos son datos que nosotros hemos estado trabajando de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, que es una encuesta probabilística que por más de 20 años nos ha



permitido construir estas estadísticas. Lo que esto quiere decir es que, por lo menos para enfermeras, estamos hablando de que el 30% de las enfermeras disponibles en el país con entrenamiento, título y licencia no están contabilizadas en los datos que le presenta el Ministerio de Salud a la OCDE o a la OMS o al Banco Mundial. Entonces, la disponibilidad, de acuerdo con nuestras estimaciones que en México la OCDE la considera en 3,0 por 1000 habitantes, nosotros la estamos estimando en 4,7. Es decir, es realmente un porcentaje mucho más alto de lo que se está reportando.

Curiosamente, México ha enfrentado esta situación del déficit de médicos y enfermeras a través de incrementar la formación de estas dos categorías, por medio de diferentes mecanismos e incentivos. Quien más ha crecido en los últimos años es enfermería. Ustedes lo observan aquí. La barra azul es el crecimiento de los médicos y la barra roja es el crecimiento de las enfermeras. Mientras que en 2010-2011 encontramos que se estaban egresando un mayor número de enfermeras que de médicos en el total del país, para el último año tenemos que las enfermeras están en un proceso de expansión muy importante; los médicos también están creciendo, pero las enfermeras están muy por encima de ellos.

Y un elemento aquí que es importante resaltar es que buena parte de este crecimiento está dado a través de la expansión de la oferta privada, de escuelas privadas. Me parece que Colombia pasa por una situación similar, Brasil pasa por una situación similar. Es decir, aquí hay un elemento que hay que considerar. En los últimos años del periodo, los egresos de las escuelas privadas en enfermería representan el 50% del total. Mientras que en los primeros años representaban el 20%, hoy día representa el 50%. Bueno, los egresados, los titulados, tienen la misma tendencia.

Bueno, estas son las categorías de formación de enfermería que hay en el país: auxiliares, técnicos, posttécnicos, licenciadas, especialistas, maestras, doctorantes y las tasas de crecimiento que están en la columna del lado derecho. Entonces, ustedes pueden observar que en realidad el país no le está apostando hoy día a seguir formando auxiliares en enfermería ni técnicas en enfermería. Las licenciaturas han crecido de manera importante, 400% entre 2006 y 2023, pero las especialistas, las maestras y doctorantes han crecido en términos de los miles. Con relación al primer año y al último año de este periodo.

Entonces, México está apostando de manera importante al crecimiento de enfermeras, no solamente en volumen, sino en términos del nivel académico que están alcanzando. Bueno, también tenemos algunos problemas de regulación, porque el crecimiento acelerado de las escuelas de enfermería no va aparejado a los niveles de acreditación de esas escuelas. El proceso de acreditación en el país es voluntario; las escuelas deciden entrar o no al mismo, tiene un costo, pero de alguna manera ese proceso de acreditación les da cierto prestigio en el mercado para sus egresadas, etcétera. Y además, la idea es que el proceso garantice cierto nivel de calidad en esa formación.

También en México hemos empezado a hacer un cambio de enfoque cada vez más claro, en términos de lo que era el enfoque tradicional, basado mucho en la enfermera que va a trabajar en hospitales y va a ser auxiliar de un médico, para empezar a plantear la posibilidad



de que las enfermeras se muevan más a la atención primaria de la salud y alcancen niveles de autonomía de práctica que les permitan ser líderes dentro de las áreas donde trabajan.

Y esto que ya lo mencioné, existen miles de profesionales graduados que no pueden insertarse laboralmente debido a la ausencia de espacio. Bueno, entonces, un lado de la moneda tiene que ver con la formación de médicos y enfermeras, y el otro tiene que ver con el mercado laboral, ¿no? Y el papel de la fuerza laboral.

Aquí creo que es importante hacer un paréntesis en términos de que la visión tradicional que ve a los trabajadores de la salud como un recurso del sistema, creo que tratamos ya desde hace muchos años de que dejemos de pensar así. Ustedes de hecho han hecho un cambio importante al plantearlo como talento humano, pero básicamente el resto de los países no lo ve como talento humano, sino como fuerza laboral, la fuerza de trabajo en salud. Y de hecho esa es la posición que tiene la OPS, para promover este tipo de conceptualización en donde entendemos a los individuos como capaces de ejercer cierto tipo de funciones, ciertos roles dentro del sistema.

Bueno, en México las enfermeras están ubicadas dentro del sistema de salud en los diferentes niveles de atención. Preferentemente están ubicadas en áreas hospitalarias, segundo y tercer nivel de atención, y solo 20% de las enfermeras que hay en México y de las cuales tenemos información de acuerdo con la Secretaría de Salud, están ubicadas en primer nivel de atención. Y con los médicos pasa algo similar. Estamos hablando que los médicos están en un 15% del total de médicos en primer nivel de atención.

Bueno, hemos estado documentando el tema de la precarización laboral, ¿no? Ya desde hace algunos años iniciamos con enfermería y hoy estamos incorporando también a medicina. Y esto me liga con lo que Sandra estaba hablando hace un momento, que me parece que es importante. Bueno, primero tengo que comentarles que la precariedad laboral tiene que ver con la pérdida de protección, de las condiciones de empleo, de lo que era el empleo tradicional en donde las personas tenían una seguridad social, tenían un contrato, tenían también beneficios sociales; estos se han ido perdiendo. Y la OIT planteó que se puede analizar el tema de la precarización a través de cinco variables: una que es el salario, la jornada laboral, la contratación en términos formales, las prestaciones sociales y la seguridad social.

Nosotros lo que hicimos fue utilizar la Encuesta de Ocupación y Empleo para operacionalizar estas variables y ponerles rangos y valores. Entonces, lo que hicimos fue hacer también un indicador sintético en donde si teníamos cero, en la suma de todos los valores del cuadro del lado derecho, no tenía precariedad la persona. Pero si identificábamos por lo menos un componente, tenía precariedad baja; dos o tres componentes, tenía precariedad mediana; y cuatro o cinco componentes, precariedad alta. Los datos que les voy a presentar en adelante son de aquellas personas que tienen al menos una categoría o una variable de precariedad. Porque no me dio tiempo de mostrarles cómo se diferencian estos niveles.

Un dato interesante es que empezamos a hacer esta medición de la precariedad y en 2022 encontramos la oportunidad de tener una población de enfermeras de América Latina,

y utilizamos un cuestionario que le aplicamos ex profesamente, en donde construimos con estos cinco indicadores la posibilidad de identificar cuál era el nivel de precariedad que tenía este grupo de enfermeras. Entonces, encontramos que, a un nivel de precariedad de cualquier nivel, los más altos fueron Argentina y Perú. Por arriba del 80% son declarados como trabajos precarios. Chile y Colombia a nivel intermedio. Vean ustedes, Colombia está arriba del 65% de precariedad y México por debajo del 60% de precariedad. Esto para el 2022.

Ya con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, que es una muestra representativa a nivel nacional. La gráfica anterior no es una muestra representativa, es una muestra por conveniencia, pero esta es representativa y lo que identificamos aquí es la serie desde el 2005 hasta el 2025 y la evolución de la precariedad. No solamente identificamos niveles de precariedad en médicos y enfermeras, sino también en los ámbitos de trabajo, en el ámbito privado y en el ámbito público. Entonces, lo que encontramos primero que nada es que esta línea que está en la parte superior es el ámbito privado. ¿Sí? Entonces, el ámbito privado en México arrancó del 68% y hoy día, en la actualidad, estamos en 93% de trabajos precarios en el sector privado.

Tenemos en el caso de medicina en el verde, 78% de los médicos declaran ser precarios para 2025. Y esto es interesante, porque la idea que uno tiene, tradicional en el mercado laboral de la medicina, es que los médicos están bastante bien posicionados en el mercado laboral. Pero Sandra ya mostró claramente, que las nuevas generaciones de médicos están entrando a áreas de mercado que los ponen muchísimo en riesgo. Y comparando con enfermeras y médicos, los médicos declaran un nivel de precariedad más alto, 78% para 2025. Las enfermeras por debajo. Y el sector público, es más protector de la condición laboral que el sector privado, obviamente, pero, sin embargo, ha crecido de manera muy importante la contratación precaria dentro del sector público.

Ahora, una cosa más: de 2017, 2018 en adelante, o sea, una tendencia que venía moviéndose más o menos de manera horizontal, empieza a crecer de manera importante. Esto es a partir de la pandemia a la fecha, ¿no? Los porcentajes de precariedad han aumentado de manera increíble, y esto puede tener múltiples implicaciones en el funcionamiento del sistema de salud.

Otro elemento que quiero traer también a la discusión como parte de lo que está sucediendo con la fuerza laboral en salud, es por un lado la feminización de la medicina, que ya había arrancado desde algún tiempo, pero que en esta gráfica en México encontramos que todavía entre 2014 y 2021 hubo un incremento, una porción de crecimiento de la feminización de la carrera de medicina en el país. Hoy día estamos encontrando que la mitad de los médicos que se forman o que egresan son mujeres y la otra mitad son hombres. Pero en enfermería estamos encontrando un fenómeno al revés, dado que la enfermería ha sido siempre una carrera, una práctica feminizada de gran mayoría de mujeres.

Hemos estado viendo también en México con otros datos, esta es una encuesta que levanta el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud en México, especialmente para enfermeras.



Aquí están tratando de entender la dinámica del mercado laboral en enfermería, y lo que hemos estado observando es que el crecimiento también es sostenido, aunque no llega a los niveles de medicina. Pero si este nivel sostenido y el ritmo de crecimiento se mantienen en los próximos años, que yo creo que sí, vamos a tener en 10 años tal vez una enfermería en donde van a ser mitad hombres y mitad mujeres. Y digo que sí lo creo porque yo doy clases, yo doy clases a enfermeras, ¿no? A nivel licenciatura, y este semestre en mi último curso que ofrecí, me encontré que la mayoría del grupo eran hombres. Era el 70% hombres y la diferencia era mujeres, mientras que nunca antes, de todos los años que tengo de dar clases con enfermeras, había encontrado una mayoría de hombres.

Bueno, la participación femenina es muy importante en el sector salud. Más allá de que medicina sea una profesión masculinizada, este estudio que hizo el *Task Force* Interamericano sobre el liderazgo de mujeres me parece bien interesante. Lo que muestra es que en la región de América Latina el 72% del personal de salud son mujeres, ¿no? O sea, la fuerza laboral es feminizada, 87% en enfermería para toda la región, ¿no? Sin embargo, parte de las conclusiones de este *task force* es que, al ser un sector feminizado, es subvaluado económicamente.

Persistencia de ingresos menores en comparación con categorías masculinizadas; lo tenemos en los datos que hemos estimado de precarización. Y a pesar de ser mayoría, la representación de enfermería en puestos directivos y de diseño de políticas públicas, solo el 30% de los cargos son ocupados por mujeres. Entonces este cuadro que está del lado derecho muestra las diferentes representaciones proporcionales dependiendo de la ubicación del grupo de mujeres. Y mientras más alto es el nivel, directoras ejecutivas del sector sanitario, menor es la proporción a través de la cual tienen participación las mujeres. Entonces estas inequidades también aparecen en conjunto con el crecimiento y la proporción de mujeres que existen en la actualidad en el sector.

Bueno, un elemento que yo quiero reforzar de lo que también señaló Sandra, es que el sector privado en México, por lo menos, es un sector bastante desregulado. Hay áreas en donde la regulación básicamente no existe. Por lo tanto, el hecho de que podamos tener una participación de médicos principalmente en la actualidad, y eventualmente también de enfermeras y otros grupos ocupacionales, hace que esos sectores generen ofertas de trabajo que son muy precarias, ¿no? Que son poco protegidas.

Otro elemento que también he encontrado recientemente, esto ha sido un problema, la migración de personal de salud. Un problema en América Latina, principalmente en los países del Caribe, Caribe Inglés, sí; Jamaica, Barbados, Guyana y otras islas del Caribe tienen problemas muy serios porque pierden muchos médicos y muchas enfermeras a partir de procesos de migración. Se van a Estados Unidos o a Canadá o a Inglaterra, que es su lugar preferido. Pero el fenómeno empieza a tener como que otra situación.

En México hoy día hay una serie de representantes de organizaciones alemanas que vienen por enfermeras, Y una de las cosas que han estado intentando es hacer convenios con organizaciones públicas mexicanas para llevarse a las enfermeras que recién están



egresando. La directora de mi escuela que recibió una oferta de ese tipo dijo: “De ninguna manera. O sea, aquí estamos entrenando enfermeras con dinero público mexicano y esto es un producto que preferentemente irá a dar al mercado nacional, excepto que las compañeras de manera individual, y es todo su derecho, acepten una oferta de su parte, pero no en términos de hacer un convenio”. Sin embargo, esto no es necesariamente el caso de no hacer convenio.

Bueno, aquí encontramos que los flujos de migración son complejos, ¿no? Generalmente uno puede identificar en América Latina que somos una región exportadora. Sin embargo, Brasil, por ejemplo, ha tenido un programa que ha logrado importar médicos a través de este programa Médicos, que ya está en su segunda generación y que lo que busca es tratar de reclutar médicos de otros países para que vayan a trabajar a áreas rurales.

Aquí hay toda una serie de prioridades de la agenda regional en salud para los ministerios y para todos los actores involucrados, incluyendo la Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo: aspectos de regulación, aspectos del ordenamiento del mercado laboral, el género, la distribución geográfica e institucional, la participación del sector privado.

No puedo acabar con conclusiones porque este es un tema bastante complejo, pero más bien quisiera yo poner algunas preguntas aquí, porque a mí me ha cuestionado mucho el avance de la precarización, ¿no? Primero, tenemos un crecimiento de la fuerza laboral en salud en América Latina, ¿no? ¿Hasta qué niveles debemos alcanzar la disponibilidad? O sea, si Dinamarca tiene dos enfermeras por 1000 habitantes y nosotros tenemos tres o menos de tres, ¿tenemos que alcanzar a Dinamarca para tener una disponibilidad adecuada? Si Grecia tiene 6,6 médicos por 1000 habitantes y nosotros tenemos menos de tres, ¿tenemos que alcanzar a Grecia para poder tener una disponibilidad adecuada? Depende de muchas cosas, ¿cierto? Pero la pregunta sigue ahí.

La transformación del mercado laboral terminó la época del empleo protegido. O sea, ya no vamos a vivir las épocas gloriosas en donde todos los trabajadores estaban protegidos, sindicalizados, teníamos derechos, etcétera. Hoy día creo que los datos de México nos muestran que probablemente este fenómeno esté expandido en otros países de la región y su contraparte, la otra cara de la moneda. Entonces, ¿la precariedad del mercado laboral es nuestro nuevo estatus laboral normalizado?

Existe el trabajo del profesor Guy Standing de la Universidad de Londres que él plantea que la precariedad va a crecer a tal punto que los precarios se van a volver una clase social global y le llama “precariat”. Y entonces dice que son un riesgo para las economías, pero que tienen elementos que los unen, que los identifican a nivel global. La mayoría de mujeres en la fuerza laboral, pero con profundas inequidades de género. ¿Esto debe ser así? ¿Por qué y para qué regular la formación en el mercado laboral? ¿Cuál es el papel del sector privado? Y dentro de esto, ¿cómo debe ser regulado? ¿Cuáles son los efectos en el desempeño del sistema de la precariedad para lograr cobertura universal, para lograr equidad distributiva, para lograr eficiencia y calidad de la atención? Y, finalmente, ¿cuál es el papel del Estado en todo esto? O sea, hay que repensarlo, ¿no? Gracias.



Dayana Katherine López: Muchas gracias, Dr. Gustavo. Nos deja usted un panorama con respecto al talento humano y la descripción que hace en México, que conecta quizá con muchos de nosotros acá en Colombia y en otros países, conecta con realidades que son comunes a nuestro contexto latinoamericano. Y en el caso particular de Colombia hay diversos estudios, grupos de investigación y universidades que han documentado este tema de la precariedad laboral como un problema más estructural, que no implica solamente hablar de empleo y, como usted bien lo describió, implica hablar de salud mental de los y las trabajadores de la salud, hablar de desigualdades e inequidades de género, hablar de protección social, de los sistemas de protección social y cómo se está regulando el mercado laboral, y por supuesto, de la dignidad en el trabajo y más en una función tan fundamental como la que tienen los trabajadores de la salud. Entonces, muchísimas gracias.

Bueno, ahora damos paso a un bloque de intervenciones orales de nuestros panelistas. Cada uno va a tener una intervención de ocho minutos para conectar, seguir abordando pues este tema en discusión. Entonces, voy a dar paso al Dr. Luis Carlos Ortiz. Es administrador público y magíster en economía y política internacional con amplia experiencia en liderazgo, formación y gestión de recursos humanos en salud.

Actualmente se desempeña como director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, y lo hemos invitado a precisamente enfocar su conferencia en este tema: la formación del talento humano y la respuesta a las necesidades del sistema, que, como bien el Dr. Gustavo nos mostraba, nos plantea unos retos gigantes. Bienvenido, doctor.



Panel de Recursos

Formación del talento humano y respuesta a las necesidades del sistema

Luis Carlos Ortiz

Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)

Mil gracias. Buenas tardes para quienes asisten acá de manera presencial, para quienes están participando de manera virtual. Saludo especial a los organizadores: Javeriana, Andes, Nacional. Es un tema difícil de desarrollar en tan poco tiempo, intentaremos por lo menos dejar algunos elementos planteados.

Siempre me he cuestionado por qué, por ejemplo, desde la regulación y la política nacional se ha definido como prioritaria la formación de talento humano en temas como APS, medicina familiar y comunitaria, mejorar la resolutiveidad en el primer nivel de atención; por qué si tenemos normas, políticas, incluso evidencia internacional de que eso funciona, por qué no avanzamos más rápido y con mayor contundencia en ese propósito. ¿Qué explica la baja oferta y demanda de médicos familiares en Colombia si desde hace por lo menos una década estamos diciendo que se necesitan más médicos familiares en este país y no damos un paso de manera contundente pese a los avances? ¿Cómo se las está arreglando nuestro sistema de salud, nuestras instituciones, para brindar servicios de salud con tan pocas enfermeras? Creo que es uno de los indicadores más bajos de la región. Existiendo tantas necesidades en salud oral, ¿por qué nuestros odontólogos no tienen más demanda laboral, no son mejor remunerados? Bueno, esto aplica casi para todas las profesiones de la salud.

¿Y qué explica la baja capacidad resolutive de nuestros primeros niveles de atención? Un poco para superar esa discusión de que es que las universidades no forman bien a los profesionales y, por otro lado, no, es que los servicios de salud y las instituciones les restan capacidad resolutive con tantas restricciones que tienen a su ejercicio profesional, que nos falta un modelo de atención, que no existen buenas condiciones en términos de los elementos que necesitan, etcétera.

Entonces es importante también preguntarnos, cuando hablamos de necesidades de talento humano, ¿de qué estamos hablando? El título era “Necesidades del sistema de salud”, pero también uno se cuestiona si las necesidades que plantea el sistema de salud realmente representan las necesidades en salud de la población con respecto a ese talento



humano, y si son también, o corresponden, a las necesidades que expresan las instituciones de nuestro sistema de salud y cómo se identifican. Y entonces hay diferentes fuentes o instrumentos para identificar esas necesidades: datos, estudios sociodemográficos, epidemiológicos, los ASIS, etcétera. ¿Qué nos dice hoy el derecho a la salud en Colombia? ¿Cómo se reflejan los planes de salud que se dan, las políticas y los modelos de atención desde las entidades reguladoras, pero también, en un sistema como el colombiano, las relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores, entre otros?

¿Dónde se planifica? Creo que todos planifican. Planifica el gobierno nacional, las instituciones del sistema, planifican los gobiernos territoriales y locales, pero por supuesto también planifican las instituciones del sector salud. Y entonces, esa planificación ¿cómo se transforma en decisiones? Si uno ve que finalmente la mayor parte de decisiones sobre el tema de talento humano en salud se están tomando en las instituciones, llámense aseguradores, pero particularmente los prestadores. ¿De acuerdo con qué? Con la capacidad instalada que tienen, con la disponibilidad de recursos que tienen, con la disponibilidad de tecnologías, procesos, habilitación, con cómo se llevan a cabo esos contratos con otras instituciones; y eso al final se traduce en la demanda real de talento humano en salud, tanto en cantidades como en calidades.

No siempre las necesidades están reflejadas bien en la demanda real del talento humano en salud. Y ahí entonces entramos a ver que son estas instituciones acá quienes definen los perfiles, el número, la ubicación, el tipo de vinculación y remuneración para el talento humano con base en sus objetivos, capacidades y recursos, en el marco allá del tema regulatorio y de las políticas que definen; pero al final son ellos quienes están definiendo esto. Y quienes forman, las universidades también, pues por supuesto miran una política, miran una regulación, pero al final también las decisiones se toman de esa lectura que hagan de las demandas reales de talento humano en salud. Yo voy a formar realmente para lo que está demandando el sistema y sus instituciones, y no probablemente para esos objetivos de política, esos deseables que se plantean desde la política, y eso empieza a generar dificultades a la hora también de evaluar si realmente se está formando el talento adecuado en términos de cantidades, de calidades, de perfiles y de competencias que se requieren para atender bien a la población.

Aún en ese contexto, digamos que en las décadas recientes el sector educativo ha dado una respuesta relativamente coherente a las necesidades que ha tenido el sector salud en las últimas dos décadas. En la última década, por ejemplo, casi que se duplicó el talento humano sanitario, el personal sanitario disponible en el país, y eso permitió, por ejemplo, avanzar en el indicador de talento humano en 14 puntos en esta última década, entre el 2011 y el 2022. Pero, sin embargo, persisten unas brechas importantes en términos de la distribución regional por zonas rurales, urbanas y por niveles de atención. Seguimos teniendo dificultades. Ya incluso acá el profesor Nigenda hablaba sobre el tema de la relación de enfermeras por médico, ¿cómo nos las estamos arreglando con tan pocas enfermeras? Claro, la explicación así de sopetón es que realmente estamos utilizando auxiliares de enfermería, personal técnico, digamos, reemplazando esas funciones del personal profesional. Seguimos diciendo que hay un déficit de médicos especialistas en el país, pero particularmente médicos familiares.

Hace unos 12 años decíamos desde el Ministerio de Salud que se necesitaban con rapidez 4000 o 5000 médicos familiares; hoy escasamente llegamos a 1000. Entonces ahí hay problemas, digamos, entre la política, entre el deber ser, lo que es bueno para el sistema, para la población, y la forma como están tomando las decisiones.

Cosas positivas es que, en el año 90, antes de la Ley 100, que teníamos 20 facultades en 10 departamentos, pasamos a tener 67 facultades en 21 departamentos. Digamos que hay algunos temas positivos: es mejor que haya más facultades en más territorios, que no se centralicen en las principales ciudades, y creo que eso constituye un logro que vale la pena destacar. Eso es medicina, pero se puede también traducir para las demás profesiones de la salud. Con esa oferta podemos decir que para el año 2030 vamos a tener 3,2 médicos para cada 1000 habitantes; en el 2040, 3,9 médicos por cada 1000 habitantes, lo que nos ubica, digamos, en la tabla o en el punto medio de la tabla de los países de la OCDE. También me planteo la misma pregunta que plantea el profesor Nigenda: si llegamos a tener eso, ¿eso nos va a equiparar en términos de acceso y de calidad en los servicios de salud? No se sabe, no sabemos, porque eso depende también de muchos otros factores que cada país irá construyendo.

Hablando ya no de números sino de la calidad, de la pertinencia de la formación, también es un tema que continuamente acá en Colombia se está planteando, y creo que en todos los países del mundo: la enfermera, el médico, el odontólogo que se debe tener para atender las necesidades propias de la población. Este es un trabajo que sale en el 2016 donde participó gobierno, entidades del sector salud, universidades, etcétera, y se plantearon unas recomendaciones justamente para mejorar esa respuesta desde el sector educativo a las necesidades del sistema. En ese momento estaba construyéndose el MIAS y, de alguna forma, todo lo que se hizo, incluso lo que hacen las facultades de medicina, está construido con base en lo que se llama el MIAS. El MIAS es el Modelo de Atención Integral en Salud, que daba respuesta a un vacío que yo me atrevo a decir que hoy todavía no se ha llenado. Ese MIAS finalmente no se concretó, no se instauró de manera adecuada en nuestro sistema. Hoy el gobierno actual propone también un modelo que hay que esperar si finalmente logra consolidarse y logra armonizar las relaciones entre los agentes de un sistema para que haya un buen flujo del paciente, donde haya una atención adecuada del paciente con un adecuado manejo de los recursos.

ASCOFAME dice: “No, efectivamente hay que implementar unas reformas curriculares para promover la exposición clínica y comunitaria temprana de los estudiantes de medicina”. Y bueno, de manera concreta para el pregrado propone estas 10 recomendaciones para orientar cómo se debe hacer esa transformación del currículo de pregrado para dar unas mejores respuestas a la población. Destaco, por ejemplo, las primeras tres: debe basarse la educación del médico en las necesidades de la comunidad, porque eso iba cada una como por un lado, por un lado la educación, por el otro lado las necesidades de la población; debe fortalecerse la educación del médico general, dado que sigue siendo el médico general como el punto articulador de los servicios y los sistemas de salud junto con la enfermera. No pensemos tanto en el médico especialista porque estamos un poco lejos de llegar a lo que tiene Norteamérica o Europa. Debe darse prioridad a la formación en promoción y prevención. Y

finalmente, el número 10: los escenarios de práctica también tienen que responder menos a segundo y tercer nivel, más a primer nivel de atención y más a escenarios comunitarios.

ASCOFAME con base en eso después saca otros documentos sobre los resultados de aprendizaje esperados para el pregrado y los procedimientos del internado, y también en este momento están sacando, digamos, documentos nuevos orientadores de la formación de las más de 70 especialidades médico-quirúrgicas que se ofrecen hoy en el país. Esta es una síntesis muy rápida de una evaluación que hace anualmente ASCOFAME a través de un concurso, un premio, se llama el Premio al Mejor Interno, que evalúa mediante un examen escrito, después se termina con una ECOE de esos elementos o esas dimensiones de la formación: rehabilitación, cuidados paliativos, gestión en salud, etcétera. Vemos que en rehabilitación y cuidados paliativos los resultados son relativamente buenos, mientras que en temas como promoción y diagnóstico clínico son un poco más bajos, y en tratamiento médico e investigación tenemos serias dificultades.

Eso nos lleva a pensar: bueno, ¿y entonces cómo vamos a evaluar la pertinencia de la formación para atender las necesidades de salud? Y hay una pregunta grande porque realmente hoy no tenemos unos instrumentos que nos permitan hacerlo de manera adecuada, casi que todos son percepciones. La prueba del Saber Pro, a pesar de que es nacional, tiene una baja confiabilidad porque los que la presentan no lo hacen con responsabilidad porque sus resultados no se usan para mayores cosas. El Premio al Mejor Interno, a pesar de tener, digamos, unas bondades, también tiene una baja capacidad: no todos los estudiantes se presentan, no todas las facultades se presentan; entonces, y además es la perspectiva desde los formadores. Los exámenes que hacen las universidades para el ingreso a residencias pues tienen un propósito específico, ¿no?, para medir si esos médicos realmente responden a las necesidades del país. Entonces, digamos que hay todavía unas enormes falencias, debilidades para poder evaluar y retroalimentar los procesos de formación, tanto en cantidades como en calidades.

Y desde la perspectiva que tengo, creo que esos elementos esenciales son tener consolidado un modelo de atención en salud; alinear los incentivos, las relaciones contractuales y el direccionamiento de los recursos del sistema; hacer estudios de prospectiva sobre las necesidades y demandas, que sean estudios de prospectiva serios liderados ahora por la autoridad sanitaria; implementar un examen de certificación y recertificación para poder saber si estamos formando bien y retroalimentar; y finalmente, justamente el tema de decir a las instituciones formadoras qué están haciendo bien, qué no y dónde se deben hacer los ajustes. Mil gracias.

Dayana Katherine López: Muchas gracias, doctor Luis Carlos. Bueno, con esto que usted nos comparte, empezamos a evidenciar las complejidades que empiezan a aparecer cuando ya no involucramos solamente el sector salud, sino establecemos conexiones con el sector de la educación y cómo realmente es un trabajo intersectorial. Por otro lado, mencionó también usted el caso de los estudiantes de medicina y tenemos que pensar en todas esas otras profesiones de la salud que están relacionadas con todos estos procesos y que también están llevando a cabo estos procesos de reflexión curricular, precisamente por los cambios en las necesidades de talento humano que tenemos y tendremos en el futuro.



Vamos a continuar esta serie involucrando ahora ese papel y los retos de política. Ahora vamos a conectar con los gobiernos y todo el tema de la planificación desde el Estado y algo que se ha venido trabajando también que es qué pasa entonces a nivel territorial. Para ello hemos invitado a la doctora Edilma Suárez. Ella es enfermera con doctorado en ciencias sociales y humanas, magíster en administración en salud, magíster en estudios políticos, especialista en bioética. Ha sido directora poblacional en la Secretaría Distrital de Integración Social, directora de desarrollo de talento humano en el Ministerio de Salud en Colombia, asesora delegada para entidades de aseguramiento en salud y delegada para entidades territoriales en la Superintendencia Nacional de Salud, y fue profesora de la Universidad Javeriana durante 26 años. Bienvenida.

Implementación y gestión del recurso humano en salud

Edilma Suárez

Asesora delegada para Entidades de Aseguramiento en salud y delegada para Entidades Territoriales en la Superintendencia Nacional de Salud

Buenos días para todos y para todas. Muchas gracias por la invitación a este espacio. Yo creo que voy a tensionar un poco el espacio, y lo voy a tensionar precisamente porque vamos a hablar de la política de talento humano en salud. Y lo primero que habría que decir es que Colombia, desde que inició la Ley 100, definió una política de talento humano y que esa política de talento humano, a diferencia de México, es una política de talento humano que ha precarizado, desregulado lo que tiene que ver con la vinculación laboral y que, por lo tanto, en este momento, tres décadas después de que tenemos un Sistema General de Seguridad Social en Salud, un sistema de aseguramiento privado en salud, ese sistema de aseguramiento privado tiene una característica fundamental y es la desregularización del empleo en los trabajadores del sector salud.

Dos, tiene otra connotación y es una alta migración que, como ya lo presentó nuestro conferencista invitado de México, ocurre en Colombia. Tenemos una altísima migración de profesionales de enfermería, de médicos también—es mucho más importante en medicina—, odontólogos, y eso obedece precisamente a la desregularización y a unas condiciones laborales precarizadas, unos bajos salarios, a una desprotección del empleo en salud en Colombia. Entonces, creo que necesitamos empezar hablando de la política actual, porque actualmente tenemos una política y otro elemento.

El otro elemento es: bueno, ¿y quién hace la política? ¿Cómo es el tema de la política? Porque cuando Luis Carlos fue director de desarrollo de talento humano y salud en el Ministerio, fue el primer director que trabajó un lineamiento de política de talento humano y salud. Durante todo el año 2023, cuando yo estuve también en la dirección de desarrollo

de talento humano, hicimos 23 mesas territoriales para construir política pública intersectorial de talento humano de abajo hacia arriba. Es decir, nos fuimos a los territorios con todos los actores a discutir cómo era, cuáles eran los problemas, hacia dónde debíamos enfocarnos. Y efectivamente el año pasado, creo que fue el año pasado, sale la política pública intersectorial de talento humano en salud, pero decimos: hay lineamiento de política de talento humano en salud, pero ¿por qué persiste la precarización, los malos salarios? ¿Por qué? ¿Qué ocurre con la política que no permite que haya una distribución del talento humano en salud? Y para ello pues es necesario tocar esto.

Resulta que tenemos una población y esa población tiene unas necesidades de salud, y esas necesidades de salud pues están marcadas por el tema laboral, por la dinámica del cambio climático, la rapidez y la velocidad con la que nos encontramos en este momento. Y a partir de esa situación de la población, la población empieza a requerir unos servicios de atención en salud y esos servicios de atención en salud empiezan a generar una demanda en términos de programas de formación. Y ahí encontramos, digamos, tres actores importantes. Y en esos actores, pues, ¿qué aparece? Aparece un mercado educativo, un mercado de trabajo, un mercado de servicios de salud. Por lo tanto, cuando nosotros hablamos de política de talento humano en salud, la política debe contemplar esos tres mercados: el mercado educativo, el mercado de trabajo y el mercado de servicios de salud. Y lo menciono por lo siguiente, me voy a adelantar a esta diapositiva.

En esta diapositiva podemos ver que Colombia tiene 463.106 técnicos en salud. Veamos el número de auxiliares de enfermería: 363.479 auxiliares de enfermería. Mientras que, si comparamos el número de técnicos con el número de profesionales, Colombia tiene 83.172 profesionales—mujeres, hombres—profesionales de enfermería. Vemos también la tendencia en Colombia: el mayor número de profesionales lo tiene medicina. Efectivamente, para el 2030 Colombia ya tendrá el número de profesionales de acuerdo con la OCDE. No, tenemos más o menos—Luis Carlos me corrige—que anualmente se gradúan 6.000 médicos, cerca de 5.500 enfermeras. Vemos que ha crecido de manera importante el número de psicólogos para un país, no sé, continente, mundo, que tiene graves problemas de salud mental. Pero aquí es donde empezamos a ver la necesidad de regular esos mercados que aparecen en esa primera diapositiva.

Y lo primero que vemos es qué pasa con el mercado educativo, quiénes son los dueños de las escuelas de auxiliares de enfermería, de farmacia, de salud oral, administrativos en salud y en salud pública, y no necesariamente es el Sena. Y como lo comento acá, son congresistas y sus familiares quienes son dueños de escuelas de auxiliares de enfermería. Y si nosotros comparamos el número de auxiliares con el número de profesionales, pues hay una tendencia de país no a tener un mayor número de profesionales, sino de técnicos. Si vamos a ver los tecnólogos, los tecnólogos son cerca de 40.000. Entonces, el país ¿qué necesita? Mayor número de profesionales formados, que haya una atención de calidad. Y otro problema que tenemos con el tema de la regulación—y ahí también hay otro tema para tensionar—es la autonomía de las universidades. ¿Hasta dónde va la autonomía y cómo la autonomía no es ilimitada? ¿Qué encontramos? Un incremento exponencial de psicólogos organizacionales formados virtualmente que, cuando no encuentran trabajo, abren consultorio para hacer atención de psicología para la cual no están preparados.

Pero también encontramos que hay escuelas de auxiliares de enfermería que forman de manera virtual, que forman los fines de semana, que no exigen práctica, y encontramos también una desregulación, podríamos decir una no claridad en la definición de las competencias de auxiliares y profesionales. Porque a los auxiliares, dentro del interés del mercado educativo del nivel técnico, tecnólogo y profesional, se le ha permitido que administre medicamentos cuando no tiene las competencias, cuando no tiene el conocimiento; y encontramos en noticias permanentemente que se le administró medicamento por una vía que no era la correcta y el paciente terminó en la unidad de cuidados intensivos.

Pero entonces ahí es donde encontramos el, digamos, esa tensión que se da entonces entre el mercado educativo y el mercado de trabajo, porque para el mercado de trabajo pues hay que bajar los salarios. Y si comparamos qué tanto ha crecido el poder adquisitivo de los trabajadores del sector salud frente a otros sectores, pues es el que menos ha crecido porque se mantiene una contratación vía prestación de servicios, y esos contratos de prestación de servicios crecen muy poquito, no tienen el mismo crecimiento que lo tiene un empleo cuando se dice que el incremento salarial es tanto. Eso no existe. Por lo tanto, pues se comprenden los problemas que hay de migración: una alta migración frente a un empleo precario y a un salario precario. Y pues eso lleva a que tengamos problemas en el mercado de servicios. Bueno, voy a pasarme esta porque si no el tiempo es corto.

¿Cuál es la importancia de definir entonces una política de talento humano? Hay que definir una nueva política. La que se definió es muy importante, claro, pero tiene otra connotación, y es que la política pública intersectorial de talento humano en salud, que fue firmada por Ministerio de las TIC, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y otras entidades, pues tiene un rango de resolución. O sea, que cualquier gobierno puede llegar y cambiar la resolución; no tiene un nivel de decreto. Pero se necesita realmente la fuerza del legislativo. Y la pregunta es si realmente hay voluntad política del legislativo, porque no es suficiente que el ejecutivo trabaje en lineamientos, trabaje en decretos, en resoluciones, si no hay realmente una voluntad política por parte del legislativo. Y creo que el legislativo, el tema del talento humano en salud en el legislativo se ha quedado más en un tema de campaña política, de salir a medios, hacer denuncias; pero a la hora de la verdad, cuando vamos a ver política de talento humano no se da porque hay actores que empiezan a tensionar.

Entonces, un ejemplo—y voy a tratar de correr porque se me acabó el tiempo—, aquí podemos ver cómo está la distribución de servicios en el país. Donde está más rojo o más rosado es donde está la atención de partos, la atención de medicina general, o allá tenemos la atención de urgencias. Donde vemos zonas grises, está... o sea, lo que nos muestran estos mapas es la inequidad en la distribución del talento humano. Como no hay una política real enfocada a los trabajadores y lo que tenemos es una precarización, pues las personas no van a querer irse con unos salarios precarios a territorios nacionales. Y ahí es donde en el lineamiento de política se habló de los incentivos laborales.

Entonces, ¿qué se planteó? Se planteó que para las personas que estaban en zonas rurales se les iba a dar un incentivo del 20% sobre lo que ganaba un trabajador en una zona urbana,

pero que si era una zona rural dispersa se le iba a dar un 20% adicional. Inmediatamente los gerentes de los hospitales dijeron: “No, porque entonces los médicos y las enfermeras van a querer... ese incentivo es para quienes integran los equipos básicos, se van a querer ir a los equipos básicos y no van a querer trabajar en los hospitales”. Pero como no hay una reglamentación... además el lineamiento dijo que, por ejemplo, a un médico en una zona rural dispersa se le iba a pagar unos honorarios de, por ejemplo, 12 millones de pesos. ¿Qué ocurrió? Una entidad tercerizadora o el hospital, la Empresa Social del Estado, contrata a un tercero, ese tercero le paga al médico 4 millones de pesos, y ¿dónde quedó el resto?

O sea, que la otra pregunta es: bueno, ¿y qué hacemos? Pues, ¿qué se necesita? Necesitamos definir un régimen laboral especial en salud. Necesitamos un trabajo protegido para que personas, trabajadores del sector salud, puedan estar en estas zonas con incentivos, formarse en posgrados y que el talento humano no se vaya para otro país, porque eso es lo que está ocurriendo y porque, como lo dijo nuestro invitado, en la medida en que no tengamos trabajo protegido, los trabajadores seguirán saliendo del país sin importar que haya crecido el número de graduados en los diferentes programas profesionales.

Dayana Katherine López: Doctora Edilma, muchísimas gracias. Acaba entonces usted de conectar con el tema del ámbito político y es nuestro propósito, ¿no? Vemos la intervención sobre el componente académico y cómo esto no está desligado de lo que ocurre en el campo político.

Ahora vamos a imaginar un escenario. Hemos resuelto los problemas que tienen que ver con el talento humano en salud y encontramos este profesional o este médico altamente capacitado para brindar una atención de calidad, pero le hacen falta otros recursos: le hace falta el medicamento que necesita el paciente que en ese momento está atendiendo. Y es así como vamos a conectar con la segunda parte de este panel. Y para ello nos acompaña un representante de la Defensoría del Pueblo. La Defensoría, desde la delegación por el Derecho a la Seguridad Social y Salud, ha venido adelantando una serie de informes con enfoque de derechos y que tiene que ver con la crisis actual en temas de dispensación de medicamentos, y también poder conectar un poco con los retos más estructurales y a lo que se está apuntando particularmente en Colombia con esa idea de aspirar a la soberanía sanitaria.

Entonces, doy la bienvenida a Jorge Medina Parra, el Dr. Jorge Medina Parra, médico magíster en farmacología y epidemiología clínica. Es asesor metodológico en grupos de investigación adscritos a la Universidad Nacional y Colsanitas. El doctor es asesor en temas clínicos de salud pública, medio ambiente y población privada de la libertad para la oficina de la delegada para el derecho a la salud y seguridad social de la Defensoría del Pueblo. Bienvenido.



Retos en medicamentos, financiamiento y soberanía farmacéutica

Jorge Medina

Representante delegado para el derecho a la salud, Defensoría del Pueblo

Un saludo desde la Defensoría del Pueblo, la doctora Iris Marín, defensora, y la delegada para el derecho a la salud y seguridad social, la doctora Claudia Vaca, que estaba muy entusiasmada con el congreso. Lamentablemente, por su deber constitucional le tocó salir de la ciudad.

La Defensoría del Pueblo, siempre en busca de que la población tenga el goce efectivo de su derecho a la salud, busca solucionar todos y cada uno de los casos que le llegan y las quejas. Sin embargo, en ocasiones la situación supera a la Defensoría. La institución tiene un límite en su poder y, ante esos casos en los cuales queda superada la Defensoría, nosotros siempre promulgamos porque por lo menos se establezcan los puentes, los caminos de diálogo. En ese sentido, nosotros como Defensoría del Pueblo aplaudimos y acompañamos este esfuerzo de la Universidad Javeriana, Universidad Nacional y Universidad del Rosario, porque este es el escenario preciso para establecer todos los puentes de comunicación que han estado rotos en los últimos tiempos. Entonces, como Defensoría, siempre acompañaremos este esfuerzo.

Mi intervención se va a basar en las acciones que ha venido adelantando la Defensoría. Uno: el informe defensorial sobre medicamentos que lo tituló la delegada como “Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados”, ocurrido o que tuvo lugar el pasado octubre en la ciudad de Barranquilla con la presentación y con la participación del Ejecutivo del Ministerio de Salud, de la propia defensora, la doctora Iris, y la delegada. También se va a basar en los eventos académicos que acaban de ocurrir en este último mes; uno, en el marco del Día Internacional de la Salud, y dos, en el marco de la FILBO, de la Feria del Libro.

En ese sentido, nosotros quisiéramos establecer dos puntos claves. Uno, con respecto al acceso de medicamentos: nosotros vemos con enorme preocupación, desde el informe defensorial, cómo la inequidad se ha presentado, se ha ido aumentando desde el último año. Nosotros vemos un aumento del 35% en las tutelas por medicamentos, pero la situación es mucho más dramática de manera territorial. En las regiones vemos que hay un enfoque completamente de una desestructuración del sistema farmacéutico, más acrecentado, y nosotros también observamos un grave aumento de nuestro único índice del que quizás podíamos estar más orgullosos, que no era nuestro gasto de bolsillo; ya lo tenemos aumentado hasta el 17% con mediciones a 2024.

En ese sentido, también vemos que, por el índice de pobreza multidimensional, la población podría estar gastando entre un 10 a un 90% de sus ingresos para solamente sostener la continuidad de sus medicamentos. Y eso es un drama terrible porque está aumentando la inequidad en salud. En el otro sentido, también observamos que por esta inequidad



en salud se está desestructurando, o vemos una desobligación (sic) por parte de los privados de que, pues al final, el derecho a la salud queda entonces en recaída del Estado. A los privados les puede quedar un poquito fácil decir: “Oiga, no, me retiro del sistema, me retiro de esta parte o me retiro del mercado”, pero al Estado entonces le queda la responsabilidad, le vuelve a fluir toda la responsabilidad por mantener la seguridad o por mantener el derecho a la salud. Ese es un panorama que estamos viendo con respecto al informe de medicamentos.

Con respecto al informe que hay sobre financiamiento, también vemos cifras alarmantes, básicamente tres. Una, que sí la hemos manejado durante toda la conferencia, y es que Colombia sí tiene por lo menos un PIB importante: 8,5% del PIB en gasto en salud. No podemos decir que no haya voluntad política con respecto a que el Estado gaste en salud; es un PIB, digamos que, de manera con respecto a la OCDE, puede ser entendible. Sin embargo, observamos que hay un gasto acumulado de todo el sistema de salud de entre 23 y 35 billones de pesos. Esa cifra es alarmante. Nos demuestra que el sistema de salud, en cuanto a sus finanzas, se nos pudo volver un poco una caja negra: no tenemos trazabilidad de los recursos ni en qué se gastan. En eso la Defensoría, inclusive la misma defensora Iris, ha sido muy clara en sus presentaciones en que el sistema de salud debe ser completamente transparente en cuanto al gasto de recursos, y si es necesario una reforma a la salud para volver a esa transparencia, la Defensoría lo ha acreditado de esa manera.

También vemos que, de esa deuda acumulada, de esos 33 billones de pesos, también nos demuestran una grave falta de recursos, grave falta de flujo de recursos, y que la Defensoría recomendaría una inyección importante como medida fundamental para subsanar esa crisis. Sin embargo, la Defensoría también es consciente que, si esa inyección de recursos no viene acompañada de una transparencia en el flujo de decisiones de los gastos en salud, y no viene acompañada de una reforma en la salud que incorpore a todos los actores del sistema en un diálogo continuado, en un diálogo que sí sea transparente, en un diálogo amable y no en esta garrotera (sic) que ha habido en los últimos tiempos, pues ese gasto va a ser completamente insuficiente. Como lo decía ayer el superintendente, con el que estamos alineados: podemos inyectarle recursos al sistema, pero si no hay gestión de riesgo, si no hay transparencia, se va a perder ese dinero. Igual va a ser un paño de agua tibia.

Y finalmente, quisiera hablar sobre la soberanía farmacéutica, también enmarcado con respecto al informe de medicamentos. Nosotros hacemos una analogía muy clara con las IPS. Desde la implementación de este sistema actual de salud, nosotros vemos un fortalecimiento muy importante de las IPS, clínicas y hospitales en Colombia del sector privado, al punto que tenemos en Colombia dos de las instituciones más importantes de Latinoamérica, dos de las cinco. Eso es de aplaudir, eso repercute en la salud de los colombianos a favor; pero nosotros quedamos preocupados: entonces, ¿qué pasó con el sistema público?, ¿por qué no quedó también jalonado por ese sistema?, ¿y por qué la estructura de IPS en Colombia no avanzó de la mano de la estructura de IPS privadas?

Nosotros pensamos, o desde la Defensoría se puede considerar, que o el problema está río arriba o el problema está río abajo. Río arriba porque el sistema de salud podría estar



generando que desde el subsistema contributivo se fluyeran todos los recursos y terminaran fortaleciendo la red privada en detrimento de la red pública; o fue río abajo, que la red pública tuvo una ineficiencia e ineficacia en el uso de los recursos y no pudo acompañar ese jalónamiento del sector privado. Lo mismo podemos hablar del sistema farmacéutico. Entonces, desde los gestores hasta las farmacéuticas, todo este régimen también se vio muy fortalecido en el sistema privado, en la estructura privada. Vimos un fortalecimiento de las gestoras farmacéuticas, de las propias farmacéuticas, tanto multinacionales como nacionales, pero en el sistema público quedamos en nada, quedamos completamente desestructurados.

En ese sentido, es fundamental para la Defensoría que empecemos a generar pasos hacia una soberanía farmacéutica. Una inversión en salud, así como se invierte en las IPS, también empezar a invertir en el gasto en gestores farmacéuticos y nuestra propia generación de medicamentos. Nosotros vemos algunas colaboraciones, algunos esfuerzos de la academia, la Universidad de Antioquia, por ejemplo, y veíamos un esfuerzo también del Instituto Nacional de Salud que se vio muy en detrimento, muy en caída, precisamente en la generación de biológicos. Entonces, tenemos que dar pasos fundamentales, tenemos que organizar un plan para volver a, o para encauzar a que tengamos una soberanía farmacéutica.

La última reflexión que quisiera hacer es sobre el papel de la Corte Constitucional y la judicialización del derecho a la salud. Nosotros vemos un aumento considerable de todas las tutelas y nosotros estamos viendo que las tutelas están siendo puente para algunas tecnologías completamente ineficaces, no costo-efectivas, y eso es un problema muy grave para el sistema. Como dice mi jefa, la doctora Claudia Vaca, tenemos en estos momentos lo peor de dos mundos. Por un lado, estamos financiando tecnologías nada costo-efectivas; por el otro lado, tenemos en las regiones que están tutelando por medicamentos del plan básico. Tenemos lo peor de dos mundos, tal cual como dice mi jefe.

Tenemos entonces que armar comunicaciones muy fuertes entre el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud —que no sé si esté, ojalá— y la Corte Constitucional, así como se realizó en Ecuador, donde tuvimos en la Feria del Libro a representantes de la Corte Constitucional de Ecuador y personal de salud que apoyó y asesoró a esos jueces. Ellos hicieron algo muy sencillo: hicieron un programa de priorización de tecnologías basados como en un GRADE, lo podríamos asimilar a un GRADE. Nosotros tenemos algo muchísimo más fuerte que es toda una institución, el IETS, y no tenemos comunicación con la Corte Constitucional para resolver tutelas. Eso es fundamental que lo prioricemos. Muchas gracias.

Dayana Katherine López: Gracias, doctor, por introducir otro tema a la discusión que es muy relevante y también amerita todo un espacio completo. Seguramente todos los aportes que se han hecho en estos informes por parte de la Defensoría, pues vale la pena revisarlos más en detalle para conocer, por ejemplo, qué explica esas inequidades territoriales en acceso a medicamentos y qué posibles opciones se pueden implementar para corregirlas; o por ejemplo, en un sistema de, en teoría, cobertura universal como el colombiano.

¿Qué pasa con los crecientes desarrollos tecnológicos y esa incorporación de nuevas tecnologías en el sistema de salud? Y como veíamos también ayer en el conversatorio con los



asesores de las campañas, empezar a cuestionarnos si nuestro sistema puede financiar todo para todos y, si no, cuáles son los mecanismos explícitos de priorización para, precisamente, priorizar unas tecnologías sobre otras, o no depender solamente de los mecanismos judiciales y de un nuevo poder. Porque ya habíamos hablado del Ejecutivo, del Legislativo; con el tema de las tutelas tenemos un rol del poder judicial que está siendo cada vez más creciente, que también nos invita a cuestionarnos sobre esas fallas estructurales del sistema.

Para eso tenemos una intervención desde esa perspectiva, desde los entes de control. Hemos invitado a Mónica Ulloa de la Procuraduría General de la Nación para cerrar y conectar con estas discusiones que hemos venido teniendo.

La doctora Mónica Ulloa es abogada especializada en derecho administrativo y constitucional, con maestría en derecho económico y amplia experiencia en el Sistema General de Seguridad Social, control fiscal y dirección en entidades públicas y privadas. Trabajó en el Ministerio de Salud y Protección Social por más de 10 años, en la Contraloría General de la República, Contraloría de Cundinamarca y de Bogotá, Personería de Bogotá, Defensoría del Pueblo y la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia, ANDI. Por lo tanto, ella nos puede dar una lectura muy diversa, tanto desde todos los entes y la experiencia que ha acumulado; actualmente, desde la Procuraduría General de la Nación, ella es la delegada para Seguridad Social y Salud. Bienvenida, doctora.

Gestión de recursos: perspectiva de la Procuraduría

Mónica Ulloa

Procuradora delegada para asuntos civiles, del trabajo y la seguridad social de la Procuraduría General de la Nación

Bueno, muy buenas tardes. Muchas gracias a todos los que se quedaron a pesar de la hora. Voy a ser muy breve.

Primero quiero comentar un poco cuál es la función de la Procuraduría General de la Nación. Primero, es el jefe del Ministerio Público. Ministerio Público donde están las Personerías, la Defensoría del Pueblo y, por supuesto, la Procuraduría General de la Nación. Aparte de esta función como tal de Ministerio Público, la Procuraduría General de la Nación tiene cuatro funciones muy importantes: primero, la función preventiva; la función de control de gestión; la función disciplinaria y la función de intervención judicial.

En el marco de esas cuatro funciones, hemos venido realizando desde la delegada de salud, trabajo y seguridad social unas acciones preventivas que iniciaron a partir de la estrategia del señor procurador “Diálogo para construir consensos”. Este diálogo inició con la convocatoria a todos los actores del sistema preocupados por la creciente demanda de flujo de recursos, pero también con el deterioro del sistema. Y esto se había traducido en

el aumento de PQRS, de tutelas, de incidentes de desacato, y queríamos darle una mirada desde el diálogo para ver si se podía construir una solución para que, pues, los usuarios, los ciudadanos tuvieran ese derecho a la salud de verdad garantizado. Se dieron unas charlas, se dieron algunas propuestas; sin embargo, no fue posible, teniendo en cuenta que, pues, todo llevaba a un solo punto y era flujo de recursos, suficiencia de la UPC, y aquí pues se generaba un ambiente que ya estaba en la Corte Constitucional a partir de las mesas de UPC, pero también que hacía parte de uno de los ejes de la reforma liderada por el gobierno.

Entonces, lo que se hizo por parte de la Procuraduría General de la Nación fue parar un poco la sala que se había constituido para este efecto. Iniciamos una serie de visitas administrativas a todas las EPS porque queríamos saber dónde estaban los recursos del sistema, en qué se están gastando, porque comenzamos a ver con gran preocupación, y esto lo veíamos desde otros análisis, cómo el flujo de recursos estaba deteriorando, cómo la cartera de los prestadores se venía deteriorando cada día más. Pero lo más importante, y lo que le preocupaba a la Procuraduría, era el acceso a los servicios de salud por parte de los ciudadanos; cómo la tutela ya no era o ya no es el mecanismo de acceso al ciudadano, cómo las PQRS aumentaban exponencialmente y cómo un incidente de desacato dejó de ser la herramienta de coerción a un funcionario o a un gerente para prestar esos servicios de salud.

El producto de estas visitas se traduce en varios informes, pero nueve de ellos con fines disciplinarios, y ahí se activa la otra función de la Procuraduría General de la Nación. Y ustedes lo han visto en medios cómo la Procuraduría vino suspendiendo a varios interventores de las EPS, porque vimos con gran preocupación que las intervenciones definitivamente no han servido para mejorar ni han servido para alivianar un poco las causas que llevaron a esa intervención, sino que, por el contrario, el deterioro ha sido grave en indicadores tales como patrimonio, cartera, pero lo más preocupante es que el acceso se ha deteriorado totalmente en esas EPS intervenidas. No quiere decir que las otras EPS estén muy bien, porque esto es un sistema complejo y ustedes, que conocen tanto el sector, lo saben. Venimos con una problemática de suficiencia de recursos, venimos con una problemática de eficiencias, y lo hemos traducido en ejemplos como la contratación de las EPS, donde vemos que perdieron esa capacidad de negociación y por eso las tarifas que se manejan hoy son muy altas, y eso indica una pérdida de recursos importantes.

Vemos la problemática que se ha generado con los medicamentos, y este era un punto de los que me pedían hacer énfasis. En medicamentos lo que vimos a partir de los análisis es que no es un problema de desabastecimiento, también ustedes lo conocen, sino una interrupción en el flujo de recursos. La Corte Constitucional nos dio la orden de hacer un monitoreo al flujo de caja y al pago de la cartera con los gestores farmacéuticos. Entonces viene la gran excusa de la EPS, que no puede pagar vigencias anteriores; la excusa de que no se puede contratar con uno grande, sino que estaban buscando unas negociaciones conjuntas y centralizadas. Pero al final, la Procuraduría verifica que esto simplemente, pues, son dilaciones porque no se ha logrado tener el control de la EPS, porque no se ha logrado tener una gerencia que permita tener una red de prestación, pero también una red de gestión farmacéutica que permita dar una atención y un suministro oportuno de medicamentos.



Entonces, cuando ya la prevención o la labor de la Procuraduría en materia preventiva se acaba, pues se activan todas las funciones adicionales, que es la función de control de gestión y la función disciplinaria. Pero aquí quiero recordarles que la Procuraduría solo investiga funcionarios, servidores públicos o particulares que ejercen una función pública. Y aquí también es bueno recordarles que la Procuraduría no tiene el alcance para coadministrar. Nosotros no podemos llegar a decirle a la EPS cómo tiene que hacerlo más allá de esa garantía que le podemos dar al ciudadano de que vamos a apelar por sus derechos, de que vamos a ir al respectivo ente a verificar si se han cumplido o no sus derechos; no podemos hacer más allá. Y es importante porque todo el mundo quiere sanciones, todo el mundo quiere, como dice el procurador, fusilar a la gente. Esto no lo podemos hacer. Lo que podemos hacer es garantizar un debido proceso y vigilar que las entidades públicas cumplan con su función.

De otra parte, en política de talento humano hemos verificado específicamente las denuncias que se han dado por falta de pagos de salarios en algunos de los prestadores, y que tiene que ver con la falta de pago de las EPS hacia esos mismos prestadores. Sin embargo, aquí se activa entonces mi papel como garante de los derechos laborales y de negociación sindical, y por eso estamos haciéndole un seguimiento a todas estas denuncias que se nos presentan en la Procuraduría. Frente al control de gestión que ejercemos a las entidades públicas, y en materia de talento humano, pues hemos revisado la adopción y la implementación de la política de talento humano que fue expedida y que lo mencionaba Dilma en la resolución de 2025, la 144. Y vemos que si bien hay algunos elementos que, pues, que deben ser implementados, pues notamos con preocupación que no hay esas respuestas a las necesidades que hoy en día pues merece el sector, y más el personal de talento humano del país. Vemos que hay problemas que no se atacan y no se pueden atacar porque, como ella también lo decía, es una resolución y es un tema de política pública general, temas donde deben interactuar muchos factores: la seguridad, la dispersión que hay en el territorio, pero también esa resolutivez que debe tener el médico general. Entonces, la Procuraduría está para eso, para verificar esa implementación sin llegar a coadministrar.

Y por último, quiero contarles un poco de qué viene. Estamos en la Procuraduría revisando no solo las EPS intervenidas, no solo estamos revisando qué ha pasado con el monitoreo y el pago de la cartera, sino que también estamos revisando temas puntuales y nos vamos a concentrar en temas como integración vertical, en temas de ineficiencias; porque, pues, nada sacamos resolviendo el caso a caso o verificando si específicamente hay una EPS que lo está haciendo bien o lo está haciendo mal. No, tenemos que irnos a ese punto directo que ha causado durante años tanta controversia, ha sido uno de los ejes de lo que creo que ha sido el debate entre prestadores y aseguradores. Entonces, vamos a mirar temas como esos, como la integración vertical, pero también las ineficiencias que además se nos presentan en medicamentos, temas vitales no disponibles. Y esa es parte de la agenda que tenemos con la política farmacéutica y de allí para mirar qué vamos a hacer entre todos para el sector.

Nosotros no nos metemos con recomendaciones frente a reformas ni mucho menos, porque tenemos que vigilar después y eso nos podría poner, pues, en un prejuizamiento, y por eso somos tan cuidadosos. Sin embargo, el señor procurador quiere que revisemos

muy al detalle esas políticas grandes de la agenda pública del sector salud y estamos pues muy atentos del cumplimiento de todos los fallos de la Corte Constitucional, de todos los autos, y por ese camino vamos revisando. Y la invitación un poco aquí a ustedes es: cuenten con la Procuraduría en todo sentido. Estamos ahí para garantizar no solo los derechos de los ciudadanos, sino para que los servidores públicos hagan su tarea. Muchas gracias.

Dayana Katherine López: Agradecemos a la doctora Mónica su tiempo, teniendo en cuenta su agenda, y esta gran imagen que nos ha brindado sobre el rol y lo que estamos evidenciando actualmente con respecto a estas acciones que lleva a cabo la Procuraduría.

Hemos tenido unas presentaciones de lujo y a quienes siguen acá resistiendo, primero agradecerles y segundo pedirles 15 minutos de paciencia para que podamos hacer una pregunta muy concreta para cerrar este espacio, aprovechando a nuestros y nuestras panelistas y al conferencista invitado, y para culminar nuestro panel de generación de recursos y con esto la serie de paneles académicos que preparamos para el Octavo Congreso de Sistemas de Salud. Los invito entonces a que pasemos muy rápidamente y que puedan acompañarnos con esa idea final y también mirando un poco hacia adelante.

Como fue descrito en varias de las intervenciones, se mencionaron distintos actores. Entonces, vamos a cerrar hablando de los actores y es: ¿quiénes deberían tomar las decisiones sobre qué recursos generar, en qué cantidad y con qué criterios? Esta pregunta busca reflexionar, pero también dilucidar un poco su posición frente a esa constante tensión entre Estado y mercado, entre las responsabilidades de los entes y actores públicos y privados. Entonces, una breve intervención cada uno.

Luis Carlos Ortiz: En el contexto de la presentación queda claro que hay muchas cosas por hacer y gran parte de la responsabilidad de liderar y de promover que eso suceda corresponde al gobierno, pero particularmente a la autoridad sanitaria. No es fácil. Es fácil decirlo, difícil hacerlo, por un tema que ya se ha hablado acá, que es de las autonomías de quienes participan tanto en el sector salud, pero también en el sector de educación, que es donde se forma el talento humano. Pero hay que avanzar hacia allá.

La autoridad sanitaria debe liderar y debe definir, por ejemplo, realmente qué tipo de talento humano se necesita para atender a las personas que representa la población según sus necesidades; hacer los estudios, definir necesidades, definir prioridades, establecer de dónde van a salir los recursos y, muy importante, yo creo que también tiene la potestad de decir qué tipo de personas tienen la capacidad, la formación, para poder atender a la gente que necesita atender de acuerdo con esos análisis que haya e ir enviando señales. Verbigracia, vamos a formar una equis cantidad de médicos, enfermeras, porque uno puede decir: “Qué chévere tener una muy buena cantidad o adicional de médicos, de enfermeras y odontólogos”. Suena como bien, ¿pero el sistema tiene la capacidad de vincularlos adecuadamente? Ya vemos que hay una precarización grande. Entonces, hay que pensar en eso. ¿Cómo se van a vincular? Si los servicios están disponibles para vincularlos, si hay recursos para pagarles bien, para garantizarles un buen desarrollo profesional y personal, y dar esas señales.



Universidades: yo necesito que usted forme estos perfiles específicos y necesito que ojalá los forme con este enfoque de atención primaria; pero, adicionalmente, cuando se gradúen, esos espacios se den. Porque ha habido momentos en que se generan los cambios y, cuando salen los egresados, se encuentran con una realidad muy distinta a la que le pintaron durante su proceso de formación. Y lo digo con un ejemplo muy claro: medicina familiar. Se promueve la medicina familiar, hay médicos familiares, y salen y no los contratan; y si los contratan, entonces como que no se entiende cuál es su rol y hay una confusión muy grande entre las señales de política y realmente lo que está ocurriendo en el sistema.

Edilma Suárez: Recientemente, el 26 de marzo, el Ministerio de Salud expidió una circular sobre planificación de talento humano en salud y da unas directrices. Y creo que el primer espacio llamado a poder definir las necesidades de talento humano es el territorio, son las Secretarías de Salud; ver cuál es la necesidad de talento humano, cuáles son los perfiles, cuáles son esas instituciones de atención en salud —pero no solo las instituciones de atención en salud, porque los profesionales no solamente están en clínicas y hospitales—. Y es que estamos viendo que, a partir de esa desregularización laboral que les comenté, se han visto afectados los mismos entes territoriales: Secretarías de Salud del orden departamental, distrital y municipal, que no tienen la suficiencia de talento humano para poder cumplir con su función. Entonces, hay un primer espacio que es recuperar la gobernanza y la gobernabilidad de los entes territoriales que con la Ley 100 desapareció, se perdió, se minimizó. Uno, eso.

Otro elemento que hace parte de eso que yo planteaba del mercado educativo es que —y ahí había una postura mía cuando estuve en el Ministerio— y es: no se puede autorizar la creación de más programas de formación profesional en universidades privadas. Sí, ¿por qué razón? Empieza la guerra del centavo entre las universidades privadas. No son suficientes el número de estudiantes, inmediatamente se espera que el gobierno dé recursos a las universidades privadas, y el gobierno no le puede dar recursos a las universidades privadas; y empiezan a aparecer cierto tipo de programas que, en lugar de ampliar el acceso a los servicios, lo que hace es encarecer, digamos, el costo. Que estudiantes de bachillerato de ciertos estratos económicos entren a una universidad que tiene ciertos gastos, en lugar de mejorar o de aumentar el acceso, se establecen allí unas barreras.

Y lo otro con el mercado de la educación tiene que ver con que los programas necesitan cumplir con un cierto número de ingresos. Y me voy a... voy a hacer referencia al tema de instrumentación quirúrgica. Se abren... se abren programas de instrumentación quirúrgica y la pregunta es: ¿cuántos quirófanos tiene el país?, ¿ya está satisfecha la necesidad en los quirófanos? Entonces, no necesariamente la relación es cuántos profesionales hay por 100, por 1.000 habitantes, sino cuál es la necesidad del servicio de salud. Creo que lo dejo allí. Gracias.

● Preguntas

Dayana Katherine López: Vamos con el doctor Gustavo, desde y, sobre todo, aprovechando su experiencia en perspectiva regional. De pronto, si pudiera darnos una respuesta desde América Latina y con la pregunta puntual: actores, ¿cómo ve usted esa tensión?



Gustavo Nigenda: Bueno, ciertamente creo que es importante para cada uno de los países que estamos dentro de la región voltear a ver qué es lo que está pasando en otros lados, porque me parece que existe todo un conjunto de experiencias que pueden ser muy positivas, que es importante recuperar eventualmente y trasladarlas y traducirlas a nuestra propia realidad. Y también existe otro conjunto de experiencias que no son necesariamente positivas, que también hay que entenderlas porque pueden ser un riesgo potencial para la situación de nuestros países.

Durante muchos años el tema de la planificación de los recursos humanos ha sido un tema que la OPS y la Organización Mundial de la Salud han estado promoviendo. Y yo he estado viendo acá con mucho interés cómo empezamos a bajar el tema de la planificación programática hacia un tema o una visión de una planificación basada en necesidades de salud. Y esto, digamos, decirlo es fácil, pero llevarlo a cabo es muy complejo, porque también, como se ha mostrado aquí de diferentes maneras, la planificación tiene que partir desde lo local; porque si parte desde una perspectiva centralista en donde solamente vemos, digamos, el gran bosque, pero no vemos los árboles específicos dónde están ubicados en cada uno de estos lugares, perdemos de vista muchas de las necesidades que están a nivel local.

A esto le tenemos que agregar el hecho de que hay necesidades específicas en grupos particulares como poblaciones indígenas, como poblaciones con carencia de servicios, como poblaciones con diferentes niveles de acceso a servicios de salud. Entonces, yo creo que estos ejercicios son muy buenos, pero sí requieren, además de tener una gran sensibilidad sobre nuestra realidad, información, porque si no tenemos información también se vuelve muy complicado planificar.

Ahora, los actores. Desde luego, el Estado es muy importante, pero también yo les he mostrado y ustedes de alguna manera lo han dicho sobre otras experiencias, el Estado cada vez tiene más limitaciones para poder manejar el tema de los mercados laborales. Yo creo que la participación del sector privado aquí está trastocando la forma a través de la cual nos estamos organizando.

Colombia tiene, digamos, la fortuna de poder haber organizado un sistema de salud dentro del sector privado. Tenía un rol claro desde un principio. Pudo haber muchos cambios en el camino. Chile tiene también una participación del sector privado que está de alguna manera regulado. Pero un país como México, y es la realidad de la gran mayoría de los países en la región, la estructura y el crecimiento del sector privado no tiene regulación. Tiene regulaciones muy laxas porque también nos quedamos un día con la idea de que el mercado tiene grandes ventajas. Okay, tiene grandes ventajas, pero tiene que estar de alguna manera articulado a la gran rectoría que lleva a cabo el sector público.

Sin la rectoría del sector público, del gobierno, del Estado, pues básicamente tenemos un mercado libre, abierto, salvaje, en donde ya lo sabemos, salud es un tema en donde los propios economistas lo han dicho muchas veces. Tenemos mercados muy imperfectos, tenemos mercados que por definición tienen que ser regulados de manera tal que puedan funcionar, puedan distribuir los recursos, prestar los servicios sin que ahogemos a los



prestadores, sin que ahoguemos a los agentes que están vinculados en el financiamiento y en la prestación del servicio.

Dayana Katherine López: Doctor Jorge, actores. Y acá en el tema de medicamentos tenemos todo el tema de la cadena de suministro y aparecen actores como la industria farmacéutica, el IETS, el INVIMA, EPS e IPS. ¿Cuál es su posición al respecto? Gracias.

Jorge Medina: Dentro de los actores, la Defensoría del Pueblo ha sido clara en toda su participación en eventos y en todas las comunicaciones oficiales que se necesita incorporar, así sea en el actual sistema o con reforma a la salud, al paciente. El paciente está en estos momentos muy excluido de la participación de las decisiones en salud.

Y también involucrar a los territorios. Tiene que haber dentro del nuevo sistema o del actual sistema un enfoque territorial, como ya lo decían aquí dos panelistas. Sin el enfoque territorial vamos a seguir con una estructura en salud en los territorios muy precaria, con unas inequidades absolutamente inaceptables desde el derecho a la salud.

Y finalmente, como también uno de los actores que quedó en el baile sin saber ni siquiera cómo, y qué se ha declarado y ha pedido auxilio, es la Corte Constitucional. La Corte Constitucional termina decidiendo por tecnologías catastróficas desde el punto de vista financiero, excesivamente costosas y que no generan realmente ningún impacto en salud ni cambio en la ruta de vida del paciente. Y la Corte Constitucional a veces ha pecado o ha dicho o ha sido consciente de que termina dando aprobación a ese tipo de tecnologías y ellos dicen: “Oiga, no, pero es que nosotros tenemos que decidir finalmente por la información que nos dan”. Y la información que les dan es proveniente de los abogados con intereses particulares.

Incluso en ese sentido, dentro de esos actores que deciden dentro del sistema, es fundamental volver a enriquecer técnicamente a la Corte Constitucional, que tengan un canal de comunicación fundamental para ese tipo de decisiones que tienen en jaque o parte en jaque a las finanzas del sistema.

Dayana Katherine López: Muchas gracias, doctor. Y cerramos con la doctora Mónica, que en su intervención nos dijo: “La Procuraduría llega hasta este punto”. A mí me gustaría saber quiénes y qué podrían hacer, como nutriéndose de esa información o esos hallazgos de Procuraduría; qué se debería hacer para resolver esas fallas y continuar como la cadena de control y de prevención que usted mencionó.

Monica Ulloa: Bueno, es difícil decir qué debe hacer cada actor. Cada funcionario público tiene muy claras las funciones que por Constitución y por ley le corresponden realizar, y creo que esa ha sido la falla más importante: cada actor no conoce lo que le toca hacer o hace lo que le corresponde al otro, y no tiene claro su rol dentro del sistema. Yo creo que, si cada actor comienza a desempeñar el papel que le corresponde, a desempeñar esa función en camino a prestar de verdad un buen servicio, a cumplir con sus obligaciones legales y constitucionales, arrancamos por algo de verdad que puede tener un efecto.



Hablaba el doctor de la rectoría del sector. Yo creo que es bien importante que esa gobernanza, esa rectoría de verdad se vea reflejada en las políticas públicas. Solo a partir de esa política pública es que la inspección, vigilancia y control se activa, pero también los órganos de control se activan; y estoy hablando de la Contraloría General de la República, de la Procuraduría General de la Nación, de la Fiscalía.

Entonces, esa política pública debe ser tan clara y con la participación de todos los actores, una concertación real, una concertación donde no sea solo por cumplir un mandato, sea de la Corte Constitucional. Y lo vimos reflejado en las mesas de UPC, donde participaron cientos y cientos de actores y al final no produjo ningún resultado. No es que la participación por sí sola ya genere un buen resultado, sino que esa participación debe ser seria, debe ser responsable, debe ser técnica.

Los pacientes, claro que tienen una voz muy importante en esto, pero hay decisiones técnicas que deben ser soportadas, que deben ser analizadas, y por eso esa participación, esa concertación parte de que cada uno sepa qué es lo que le corresponde como órgano de control. Cuando uno está analizando quién es el posible sujeto disciplinable o, cuando estaba en la Contraloría, quién es el gestor fiscal al que le corresponde responder y vigilar esos recursos públicos, pues se da uno cuenta que esa dispersión de normas hace que ninguno tenga claro qué es lo que al final le corresponde.

Entonces, lo primero es que cada servidor público, pero también cada actor del sistema, sepa lo que le corresponde y trabaje en pro de mejorar el sistema.



Presentación de trabajos del bloque generación de recursos

Desigualdad de la distribución estatal de oncólogos para la atención médica del cáncer de mama en mujeres sin seguridad social en México, 2020 y 2024

Presenta: Beatriz Chávez López (México)

Escuela de Salud Pública de México

Autores: Beatriz Chávez López, Elizabeth Hoyos-Loya, María Cecilia González-Robledo, Julio César Hernández Montañez. Escuela de Salud Pública de México

Introducción: En México, el cáncer de mama (CM) representa un grave problema de salud pública por las tasas de incidencia y mortalidad asociadas (1). El sistema de salud mexicano ha experimentado profundas transformaciones que han impactado la prestación de servicios para las personas sin seguridad social (2)(3). En este contexto, la disponibilidad de personal calificado es una condición indispensable para garantizar la atención, incluso si existen la infraestructura e insumos.

Objetivo: Analizar la evolución y magnitud de la desigualdad en la disponibilidad estatal de oncólogos para la atención médica del CM en mujeres sin seguridad social en México 2020 y 2024.

Métodos: Estudio ecológico, utilizando fuentes de información secundaria de 2020 y 2024. Se calculó la densidad de oncólogos por cada 10,000 mujeres (mayores de 20 años) sin seguridad social, ajustando el denominador según la prevalencia de CM para aproximarse a la demanda potencial de servicios oncológicos. La desigualdad en la distribución de oncólogos se estimó mediante el índice de concentración (IC), empleando el índice de marginación estatal (IM) como estratificador de desigualdad.

Resultados preliminares: A nivel nacional, la densidad de oncólogos pasó de 60 en 2020 a 64 en 2024. El análisis de desigualdad muestra una mayor concentración de oncólogos en las entidades menos marginadas (IM muy bajo). La desigualdad se ha reducido al pasar de $IC=0.30$ en 2020 a $IC=0.25$ en 2024; sin embargo, esta disminución no resulta ser significativa.



Conclusiones e implicaciones: Si bien, se han realizado esfuerzos para mejorar la gestión de recursos y ha incrementado la disponibilidad de oncólogos, la evidencia señala que su distribución es desigual entre los estados. Esta disparidad contribuye a la generación de barreras en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, particularmente en áreas marginadas. Es necesario fortalecer la planificación del recurso humano mediante políticas orientadas a su distribución equitativa.

Falta de recursos humanos en nutrición en la atención ambulatoria ante la sindemia de la mala nutrición en México

Presenta: Elizabeth Hoyos Loya (México)

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Autores: Elizabeth Hoyos Loya¹, María Cecilia González-Robledo¹, David A. Barrera-Núñez¹, Jaqueline E. Alcalde Rabanal¹, Mónica Ancira-Moreno², Karla María Armendáriz-Acosta³, Reyes-Morales Hortensia¹, Jair Yañez-Santaolalla¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México

2. Universidad Iberoamericana

3. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México

Introducción: En México, las distintas formas de mala nutrición representan un problema de salud pública y un desafío creciente para la capacidad operativa del sector salud. El recurso humano en nutrición (RHN) desempeña un papel estratégico en la prevención, detección y atención de estos problemas, así como en la intervención sobre sus factores de riesgo. No obstante, su disponibilidad y distribución en los sistemas de salud es poco documentada.

Objetivo: Analizar la densidad y distribución del RHN en el primer nivel de atención (PNA) en México entre 2019 y 2023

Metodología: Estudio ecológico. La unidad de análisis fueron las 32 entidades federativas de México. Se utilizaron fuentes públicas de información del periodo 2019 a 2023. Se estimó la densidad de RHN en unidades de PNA por cada 100,000 habitantes, desagregando por entidad federativa y tipo de institución (para población con y sin seguridad social). Asimismo, se calcularon los porcentajes de cambio del periodo de estudio.

Resultados: A nivel nacional, la densidad nacional de RHN en unidades de PNA incrementó 27.7% entre 2019 y 2023, al pasar de 1.55 a 1.98 RHN por cada 100,000 habitantes. Las



entidades con las mayores densidades fueron Tlaxcala (5.57), Yucatán y Guanajuato (ambas con 3.22). En contraste, Puebla, Querétaro y Zacatecas registraron las menores densidades con 0.20, 0.48 y 0.49 RHN por cada 100,000 habitantes, respectivamente. No se identificaron diferencias relevantes al analizar la densidad por tipo de institución.

Conclusiones e implicaciones: A pesar de que se ha incrementado la densidad de RHN en PNA en México, su distribución sigue siendo insuficiente y desigual entre los estados y los niveles de atención. Para abordar eficazmente los problemas relacionados con la mala nutrición, es crucial una mejor planificación para la incorporación de estos profesionales en el PNA. Fortalecer estas unidades con servicios de nutrición es un paso fundamental para mejorar la salud de la población y responder al perfil epidemiológico del país.

Necesidades formativas del talento humano en salud frente a la implementación del Plan Nacional de salud rural en zonas rurales de Bogotá D.C.

Presenta: Erika Marleni Castillo Real

Universidad Nacional de Colombia

Autores: Erika Marleni Castillo Real, Sandra Milena Montoya

Universidad Nacional de Colombia

Introducción: El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), institucionalizado mediante el Decreto 0351 de 2025, constituye una estrategia central para avanzar en la equidad territorial en salud, orientada a reducir las brechas históricas entre contextos urbanos y rurales.

En Bogotá D.C., aunque el Distrito es predominantemente urbano, las localidades de Usme, Sumapaz y la zona rural de Ciudad Bolívar presentan condiciones de dispersión geográfica, barreras de acceso a servicios y limitaciones en la oferta de formación continua para el personal sanitario, lo que plantea desafíos específicos para la implementación efectiva del PNSR en estos territorios.

Objetivo: Analizar las necesidades formativas del talento humano en salud que labora en la ruralidad de Bogotá D.C., en el marco de la implementación del PNSR.

Métodos: Estudio aplicado con enfoque mixto, diseño secuencial analítico y no experimental. La Fase 1 (diagnóstico) incluye revisión normativa y análisis de datos secundarios (SISPRO, RETHUS, SDS), aplicación de encuestas estructuradas a personal activo en zonas rurales y realización de grupos focales y entrevistas a actores clave. Se efectuará análisis descriptivo para el componente cuantitativo y codificación temática para el cualitativo,



integrando resultados mediante matrices de convergencia. La Fase 2 contempla el co-diseño, implementación y evaluación participativa de una estrategia piloto de educación continua derivada de los hallazgos.

Resultados esperados: Se espera identificar brechas en competencias técnicas, comunitarias e interculturales, barreras de acceso a capacitación y criterios pedagógicos pertinentes al contexto rural, generando un diagnóstico integral que fundamente el diseño formativo.

Conclusiones e implicaciones: El estudio aportará insumos técnicos para fortalecer la implementación territorial del PNSR en Bogotá D.C., orientar decisiones institucionales de la Secretaría Distrital de Salud y contribuir al cierre de brechas en talento humano en salud rural.

Brechas de oferta, flujos de pacientes y resultados en salud: un análisis de diferencias territoriales en Colombia

Presenta: Juan Camilo Herrera Palacio

PROESA, Universidad Icesi

Autores: Juan Camilo Herrera Palacio, Juan Felipe González, Victoria Soto

PROESA, Universidad Icesi

Introducción: Las fallas estructurales en la organización territorial de la oferta sanitaria generan flujos intermunicipales que pueden retrasar diagnósticos y profundizar inequidades. En Colombia, el talento humano es un factor determinante, históricamente insuficiente y distribuido de forma desigual.

Objetivo: Examinar cómo las brechas en la disponibilidad municipal de médicos y consultorios se relacionan con los flujos de atención, patrones de morbilidad y mortalidad en 2019.

Enfoque: Descriptivo, la unidad de análisis es el municipio ($n=1.120$), se utilizan datos de 2019 (DANE, SISPRO, RIPS, REPS, ReTHUS y PILA). Se estiman indicadores de autosuficiencia y dependencia de pacientes, correlaciones de Pearson, pruebas de tendencias de Cuzick y se propone una tipología municipal basada en capacidad de recursos y flujos.

Resultados: Se evidencia una marcada heterogeneidad. Mientras la densidad nacional de consultorios es de 20,07 por 10.000 habitantes, 95 municipios carecen totalmente de médicos. La autosuficiencia media municipal es del 75,4%. Se halló una correlación positiva



significativa entre la autosuficiencia, la densidad de infraestructura y la mortalidad total ($r=0,488$), indicando que los municipios con mayor capacidad actúan como nodos atractores que atienden una mayor carga de enfermedades.

Conclusiones: En un contexto de desigualdades territoriales en el acceso efectivo a la atención primaria, los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria local, mejorar la calidad de los registros de talento humano y diseñar incentivos para su retención en zonas rurales, permitiendo una planificación equitativa de las redes integradas y recursos de salud.

Talento humano en salud (THS) como eje sostenible del sistema de salud

Presenta: Nohora Benavidez Velandia

Así Vamos en Salud

Autores: Nohora Benavidez Velandia, Cristian Acevedo

Así Vamos en Salud

Introducción: El Talento humano en salud se configura como la columna vertebral sobre la cual descansan los sistemas de salud. La parte estratégica y operativa depende en gran medida de la fuerza laboral del sector, sin lo cual resultaría inviable el funcionamiento adecuado de áreas vitales para el sistema. Dada la relevancia, el Índice Nacional de Salud incluye el análisis del THS en una dimensión específica como parte de la evaluación del sistema de salud colombiano en comparación con la de los países de la OCDE.

Objetivo: Analizar la situación del talento humano en salud de Colombia frente a la situación que reflejan los países incluidos en la OCDE.

Métodos: La elaboración del índice se realizó en tres pasos: i) Revisión y ajuste de la estructura básica, validación de coherencia mediante una encuesta a expertos ($\alpha: 0,815$). ii) Recopilación de la información desde fuentes oficiales internacionales. iii) Estandarización de datos en una escala de 0 a 100 siguiendo la metodología de mínimos y máximos del PNUD. De igual forma se utilizaron ponderaciones iguales para facilitar la interpretación y replicabilidad del índice en el tiempo.

Resultados: En la densidad de médicos y enfermeras, Colombia es el país del grupo de la OCDE con el indicador más deficiente, en la densidad de odontólogos. Colombia se encuentra en un nivel medio con respecto al resto del grupo. En densidad de farmaceutas, el país ocupa el penúltimo lugar y en densidad de fisioterapeutas obtuvo 28 puntos, 13 posiciones antes del final. Al calcular el valor total de la dimensión, Colombia



obtuvo 21 puntos ubicándose entre los 3 países con menor desempeño en el indicador. En el modelo de regresión multinivel, la variable de talento humano es una de las predictoras influyentes.

Conclusiones: En el índice, el THS es una de las áreas con mayores dificultades. Una mayor disponibilidad de THS aumenta acceso, oportunidad, calidad y continuidad del cuidado, por lo mismo aumenta la probabilidad de presentar buenos resultados en la salud de su población.

El video de esta sesión está disponible en este enlace:



Conversatorio sobre Reforma al Sistema de Salud en Colombia



Conversatorio sobre Reforma al Sistema de Salud en Colombia

Fundamentos, tensiones y perspectivas de la reforma en curso

Panelistas:

Andrés Forero

Representante a la Cámara
Senador electo partido Centro Democrático

Jennifer Pedraza

Representante a la Cámara
Senadora electa Partido Dignidad y Compromiso

Moderan:

Zulma Cucunubá

Pontificia Universidad Javeriana

Sergio Navarrete Turriago

Javesalud IPS

Maestra de ceremonias: este conversatorio será moderado por la doctora Zulma Cucunubá, médica salubrista y doctora en epidemiología. Directora del Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana y profesora honoraria en el Imperial College London, Reino Unido. La acompañará el Dr. Sergio Navarrete Turriago. Es médico especialista en gerencia hospitalaria con amplia experiencia en la Dirección de Servicios de Salud y el liderazgo de equipos multidisciplinarios. Su trayectoria integra competencias en economía de la salud y en la industria de dispositivos médicos. Actualmente se desempeña como director general de JaveSalud IPS.

Zulma Cucunubá (ZC): Buenas tardes a todas las personas que nos acompañan a esta hora de forma presencial en este último panel del Octavo Congreso sobre Sistemas de Salud, que es un esfuerzo que se ha hecho entre la Universidad Javeriana, la Universidad Nacional y la Universidad del Rosario y con apoyo de múltiples colaboradores académicos. Durante



dos días hemos estado discutiendo sobre evidencia científica relacionada con los Sistemas de Salud, las transformaciones, qué está pasando en América Latina, comparaciones de los Sistemas de Salud en varios países y de forma muy importante, el día de ayer, tal vez algunos de ustedes nos acompañaron, tuvimos un conversatorio con líderes de campañas presidenciales que están punteando en este momento en Colombia; líderes del sector salud.

Y hoy para cerrar este congreso vamos a tener este segundo espacio que pretende que desde la academia tengamos la oportunidad de acercarnos un poco a la política y para eso agradecemos enormemente que nos acompañen dos senadores electos, actualmente Representantes a la Cámara. Nosotros nos hemos caracterizado en este espacio por invitar a todas las corrientes del espectro ideológico y político a estos espacios. Lamentablemente de otras bancadas no pudieron acompañarnos, nos fueron cancelando y al final les agradecemos de verdad muy especialmente entonces a los senadores electos.

Me voy a permitir invitar entonces a la senadora electa Jennifer Pedraza, quien es actualmente Representante a la Cámara y Senadora electa por Dignidad y Compromiso y quien ustedes probablemente conocen. Ha estado muy activa en los temas de salud. Y también al senador Andrés Forero por el Centro Democrático, quien también ha estado trabajando fuertemente en el sector salud y en los debates al respecto.

Entonces, muchas gracias de verdad a los dos por estar acá. Es un gusto y vamos a empezar esta conversación. Para esto, mi colega Sergio va a explicar la mecánica y damos por comenzado entonces esta conversación.

Sergio Navarrete (SN): Bueno, muchas gracias a todos los que nos acompañan en el auditorio y los que nos acompañan de manera virtual. La metodología que vamos a usar hoy es inicialmente cada uno de ustedes va a tener alrededor de 10 minutos para que nos cuenten un poco cómo están viendo en este instante el tema de la reforma, la situación del Sistema de Salud, primero uno y luego el otro. Y posterior a eso haremos unas preguntas, que la idea es que cada uno de ustedes pueda responder. Entonces, si les parece bien, senador electo Andrés Forero, lo invitamos a que use su tiempo.

Andrés Forero

Senador electo Centro Democrático

Un saludo para ustedes. Muchas gracias por esta invitación a los organizadores, a la Universidad Javeriana, a la Universidad del Rosario, a la Universidad Nacional. Un saludo muy especial a mi colega y con quien tenemos muchas diferencias, pero tenemos gran aprecio y una gran admiración por Jennifer. Porque a pesar de las diferencias, reconozco que es una mujer muy valiosa, una mujer muy valiente y una mujer que, desde su orilla política, trata de construir un mejor país.

Nos preguntan cuál es la situación que tenemos en este momento en materia de salud de nuestro sistema. Nos preguntan también por qué va a ocurrir con el tema de la reforma.



La reforma, pues todos sabemos en este momento está hundida. Hay un recurso que está previsto en la Ley quinta que es el recurso de la apelación. Esta reforma se hundió en el tercer debate en la comisión Séptima del Senado. Uno de los congresistas legítimamente apeló esa decisión. Eso va a la plenaria. El presidente del Senado tiene que designar una comisión para que estudie esa apelación y está pendiente de que se tramite esa apelación en el Senado, en la plenaria del Senado de la República. Ya nos quedan son 12 sesiones, creo, en la práctica, 12, o sea, seis martes y seis miércoles de sesiones ordinarias.

Yo la verdad creo que ya no hay tiempos para que el Gobierno logre sacar adelante esa reforma, sobre todo sabiendo que en el Senado tiene un panorama mucho más complejo que el que tiene la Cámara de Representantes y sabiendo que esta es una reforma que genera mucha resistencia, es una reforma que el Gobierno nunca quiso concertar con los actores del sistema, no quiso concertar con las distintas asociaciones de pacientes, no quiso concertar con las clínicas y hospitales, no quiso concertar con las sociedades científicas, con las aseguradoras, etcétera, etcétera. Y sacó esta reforma, tuvo la oportunidad más de hacerlo después de que se hundió el primer proyecto.

Yo recuerdo, Jennifer, no sé si tú recuerdas eso, que el año pasado, el año 2025, cuando se hundió el primer Proyecto de Ley de salud del Gobierno nacional, ellos nos amenazaron, en ese momento estaba el ministro Velasco, con que iban a volver a radicar el proyecto ese primer semestre del año 2025 y que iban a meterle mensaje de urgencia. Finalmente, no lo hacen y dicen que lo iban a radicar. Se filtraron borradores, que es lo que suele suceder con este Gobierno. Se filtran borradores, los niegan y básicamente era el mismo texto que se había archivado en la Comisión Séptima del Senado. Después llega, se anuncia que va a llegar el ministro Cristo. El ministro Cristo frena la radicación de la reforma el 20 de julio del año 2025 y se supone que iban a buscar un espacio con los distintos actores para concertar y finalmente eso no sucedió. El ministro Jaramillo fue muy terco, por decirlo así, y mantuvo básicamente el mismo texto.

Entonces, hoy tenemos un texto que está un poco mejor escrito, hay que reconocerlo, tiene un poco más de orden, se redujo el número de artículos, pero básicamente es el mismo contenido y que se terminó archivando.

Lo que no sé si fue aquí, Zulma, o fue en otro espacio, pero tengo entendido que incluso ya el Gobierno nacional está sugiriendo que el Gobierno, no, la campaña del señor Cepeda está sugiriendo que no están pensando en tramitar una reforma a la salud en el primer año o en la primera legislatura, si es que ellos llegaran a ser electos el próximo 31, el próximo 21 de junio. Entonces, yo creo que ellos ya reconocieron que esto ha sido un desastre.

Entonces, yo no les voy a engañar. Nuestro sistema no era perfecto, tenía problemas, había problemas de financiamiento, como ocurre en cualquier Sistema de Salud en el mundo. Y básicamente lo que uno tiene que reconocer es que en cualquier Sistema de Salud en el mundo va a haber siempre una tensión, que además va a ser una tensión creciente entre unas necesidades que se van acumulando y van creciendo por cuenta de una población que está envejeciendo y requiere cada vez más atenciones en salud y unos presupuestos que tienden a ser inflexibles. Eso sucede aquí en Colombia, sucede en el Reino Unido, que



es referente para el presidente y los que han sido ministros de salud. Sucede en Costa Rica, que también es un referente para el Gobierno nacional.

Entonces, claro, había problemas y había problemas sobre todo en las zonas rurales y dispersas del país, pero lo que nosotros siempre hemos dicho es que para resolver esos problemas que existían y que nosotros también reconocemos en las zonas rurales y dispersas del país, no había que arruinar lo que funcionaba relativamente bien en las zonas urbanas de Colombia. Y cuando digo relativamente bien, no digo que sea perfecto, porque no hay Sistema de Salud que sea perfecto y cualquiera va a requerir ajustes y reformas constantes, pero la idea era que se construyera sobre construido. Nuestro sistema con todas sus luces y sombras, a mi juicio, era el mayor avance social de Colombia en los últimos 30 años. Nuestro sistema operó con bastante efectividad durante la pandemia, y tristemente hoy pues está al borde del colapso.

Entonces, el Gobierno dice que por cuenta de la no aprobación de la reforma es que estamos en la crisis de salud en la que estamos y la verdad es que eso no es cierto. Ahí sí yo reconociendo que había problemas, reconociendo que había problemas de financiación, que había problemas de acceso, sobre todo en las zonas rurales y dispersas del país, eso yo lo reconozco. Si no puedo decir, si no puedo reconocer que lo que estamos viviendo hoy por hoy realmente sea por cuenta de no haber aprobado la reforma.

Y creo yo que el Gobierno ha tenido la oportunidad de mostrarnos que su modelo funcionaba mejor que lo que teníamos ha hecho en la práctica dos experimentos sociales, uno con los profesores. Jennifer seguramente va a hablar en detalle de eso. Ella pues conoce muy bien a los profesores y tiene muchas historias de cosas que han sucedido, pero el ministro Jaramillo, estas no son palabras mías, estas fueron cosas que dijo el propio ministro. Él dijo en abril del año 24 que el modelo que iban a implementar con los profesores, el nuevo Sistema de Salud del magisterio, era el piloto de la reforma de la salud. Estas no son palabras mías, no. Son cosas que él dijo. Él dijo, “Eso que vamos a hacer con los profesores es lo que el presidente de la República quiere para los 50 millones de colombianos.” Eso fue lo que él dijo y ha sido un desastre. FECODE ha tenido que salir a criticar lo que ha sucedido en materia de salud y no es que el Sistema de Salud de los profesores antes fuera perfecto, también tenía muchos problemas. De hecho, en términos generales tenía peores indicadores que el régimen contributivo, el régimen subsidiado. Entonces, hemos visto que ha fracasado. Yo he denunciado cómo tuvieron que trasladar 1.2 billones de pesos de las pensiones y cesantías de los profesores de Colombia para tapar el hueco en salud que se generó por la indebida implementación y la mala planeación.

Y ahora el presidente, ustedes lo han visto recientemente, no recuerdo yo cuándo fue esto, creo que fue en Medellín, en el discurso que dio en Plaza Pública el primero de mayo, hablando ahí con el nuevo superintendente de salud, el señor Daniel Quintero, pues básicamente le decía que fuera a hacer unas auditorías allá en la Superintendencia como si él no tuviera responsabilidad y su gobierno no tuviera responsabilidad en lo que está pasando. Él nombró al señor Marín, él mantuvo al señor Marín, después nombró al señor Aldo Cadena. Hay una responsabilidad clara del gobierno nacional y no se pueden limpiar las manos y ellos dijeron que ese era el modelo de la reforma a la salud.



El otro experimento que ellos han hecho y donde tuvieron la oportunidad de mostrar las bondades de su sistema fue con las EPS intervenidas. Entonces, antes de entrar en el tema de las EPS intervenidas, hay que decir que hoy hay un problema de financiamiento. Ya les decía yo que venía con arrastre de gobiernos anteriores. Eso sucede en cualquier gobierno. Y lo que uno hubiera esperado del gobierno actual es que como cualquier otro gobierno hubiera buscado la forma de paliar esa crisis financiera, pero tristemente lo que hemos visto es que la agudizaron y además lo agudizaron de manera deliberada.

El año 2024 finales, para cambiar el año 2025, ustedes se acuerdan de que el incremento del salario mínimo fue del 9,5%. En ese momento, los técnicos del Ministerio, esto me llegó a mí por canales extraoficiales, por decirlo así, pero también le llegó a la Silla Vacía que lo publicó. Los técnicos del Ministerio recomendaban que la UPC se incrementara entre un 16 y un 22%. Yo sé que obviamente eso era muy retador en términos fiscales, eso uno lo entiende. Uno no significa que porque eso lo están planteando se tenga que hacer eso inmediatamente, pero esa era la recomendación que hicieron los técnicos del Ministerio. ¿Y con qué nos encontramos? Con que el ministro de manera completamente antitécnica y deliberada desfinanció el sistema porque cuando el salario mínimo subió al 9,5%, él creció la UPC en 5,3% y obviamente afectó considerablemente la financiación del sistema. Ahora vimos cómo subió el salario mínimo en 23,7%, el régimen contributivo este año subió en 9%, el régimen subsidiado en 16,5. Eh, ahí se hizo un esfuerzo mayor, hay que reconocerlo, pero pues obviamente también está por debajo del incremento del salario mínimo.

Entonces les cuento esto porque hay una situación de estrés financiero que venía antes y se agudizó considerablemente por decisiones anti técnicas y arbitrarias de parte del gobierno nacional y a eso que ha hecho que en general todas las EPS, todas las aseguradoras, hoy estén prestando un peor servicio que lo que prestaban antes. Se añade el tema de la intervención. Hoy tenemos a la mitad de la población colombiana prácticamente afiliada una EPS intervenida por parte del gobierno nacional. Han sido intervenciones donde prácticamente el gobierno ha coadministrado. El ministro Jaramillo en la Corte Constitucional básicamente trataba de limpiarse las manos y él decía que eso no era responsabilidad de él. Pero yo tengo derechos de petición que me han respondido donde los superintendentes y muchas veces el ministro se reunían con todos los interventores co-administraban y hablaban de a quién tenían que hacer los giros de los recursos de la UPC. Entonces, claro que ha habido una responsabilidad y hay una co-administración y el propio presidente de la República ha dicho constantemente que en esas EPS intervenidas ellos han tratado de implementar la reforma. Entonces, ¿qué hemos visto? la situación dramática y calamitosa de Nueva EPS. Prácticamente todas las semanas nos encontramos con que hay clínicas o hospitales que les están cerrando las puertas a los pacientes de Nueva EPS. El más reciente, ustedes lo vieron, fue el caso del cancerológico. El Instituto Nacional de Cancerología en Colombia es una entidad pública porque ellos básicamente siempre decían, “No, es que están tratando de hacer negocios”. Siempre tratan de meter una sospecha en la participación de los privados en el sector salud, pero aquí era un hospital público porque un poco lo que ellos han dicho es que quieren fortalecer la red pública y eso no ha sucedido. El cancerológico. Las cifras me las pasaron a mí porque yo continuamente les mando derechos de petición a las clínicas hospitalares.



En el caso de Nueva EPS realmente es alarmante. No tenemos información clara desde marzo del año 2024 no hay información, no solamente que no nos manden a nosotros los congresistas, no hay información en la Superintendencia, no hay información en la Contraloría de la EPS más grande del país, estamos a ciegas, es una vergüenza y el responsable es el gobierno. Entonces, en el caso de Nueva EPS y el cancerológico, les decía, al momento de la intervención la cartera era de 36.000 millones de pesos. 36.000 millones de pesos. La cartera más de 360 días en ese momento era de 5.000 millones de pesos. Y con corte al mes de febrero, ya después la señora directora hablaba de 146.000 millones de pesos, pero con corte al mes de febrero la información que yo tenía ya era de 136.000 y la cartera vencida más de 360 días ya estaba en 26.000 millones de pesos. Entonces, obviamente la situación es alarmante.

Me ha pasado con distintas clínicas y hospitales que me mandan información, pero usted no la puede publicar, representante, porque tememos represalias, porque además han instalado un régimen del terror. Entonces, no se puede hacer eso porque temen represalias o de la Superintendencia o de Nueva EPS que ya no les vuelve a girar. Y eso es lo que se está presentando en este momento.

Me tocó hacer denuncias a propósito, por ejemplo, de los pacientes renales que necesitaban diálisis, etcétera, etcétera. Entonces, tristemente el modelo del gobierno no mostró resultados. Ha sido un completo desastre. Si antes la plata no alcanzaba, ahora alcanza muchísimo menos. Y esa es más o menos la situación que hoy estamos viviendo.

A lo que hay que sumarle, también vimos y cierro con esto, la situación de la Clínica Medical aquí en Bogotá, el tema del SOAT, que ha sido muy complejo, tal y como lo planteó el gobierno nacional con el tema de ese agotamiento de recursos, ¿cierto?, que se tiene que presentar un certificado por parte de la clínica para que por parte de la clínica para que eventualmente la ADRES pague lo que está por encima de lo que está cubierto por el SOAT y eso hoy tiene también a muchas clínicas o hospitales al borde del colapso financiero.

Entonces es una situación muy compleja y lo más triste de todo es que el gobierno no lo reconoce. Aquí no están poniendo en primer lugar a los pacientes, ellos siguen dándole prioridad al tema de la ideología, a la narrativa política y quienes pagan las consecuencias son los pacientes de Colombia, particularmente las personas de menos recursos o que tienen enfermedades complejas. Porque no es cierto, como dice el ministro, que los ricos también lloran, que sí lloran por muchas cosas, pero en materia de salud lloran menos que el resto de los colombianos. ¿Por qué? Porque los ricos pueden pagar pólizas, pueden pagar prepagadas, pueden pagar consultas pagas, pueden pagar medicamentos, el resto de la población no. Y el gobierno que dice que está trabajando por las personas más necesitadas, hoy tristemente dio al traste con el mayor avance social de Colombia en los últimos 30 años.

ZC: Muchas gracias, representante Forero. Adelante, representante Jennifer.



Jennifer Pedraza

Senadora electa Dignidad y Compromiso

Hola, buenas tardes para todos, para todas. Muchísimas gracias por la invitación. Es para mí un honor hacer parte de este panel. Por supuesto, un saludo también para Andrés, para la profe Zulma y para ti también, para todo el auditorio. De verdad, mil gracias por la invitación. Estoy contenta de estar acá. Lamento que no hayan podido venir otros congresistas que quiero dejar constancia de que estaban invitados a esta conversación con una perspectiva mucho más cercana a la del gobierno, lo cual me parece muy valioso, muy necesario, sobre todo en una universidad tan importante como la Javeriana. Para mí fue siempre muy importante y es muy importante poder abrir estos debates en la educación. Entonces, muchas gracias por la invitación.

Bueno, en mi caso, yo les tengo que confesar que cuando empezamos en esta discusión de la reforma a la salud, pues este es un sistema en general muy complejo y uno de joven, relativamente joven, pues ya estoy por encima de los 28 años, pues uno no usa tanto el sistema de salud, entonces de alguna manera suena como algo lejano, ¿no? Y entonces empezó a pasarme con mis amigos que era como presentaron una reforma a la salud y todos como, “Sí, pero eso es difícil de entender y no me toca a mí.” Entonces realmente no me interesa tanto. Después cuando empezamos a tener problemas ya con nuestros abuelitos, con nuestras abuelitas, con nuestros papás, cuando tenemos alguna necesidad en materia de derechos sexuales y reproductivos o cuando empezamos a necesitar acceder al Sistema de Salud, es ahí cuando empezamos a decir, “Oiga, de verdad que esto está realmente en crisis.”

Entonces, desde mi perspectiva, lo que ha venido pasando con la reforma a la salud y en general con el Sistema de Salud, porque es que un gobierno no puede decir, “No, voy a someter a una crisis de 4 años al sistema hasta que me aprueben una ley.” Esta es una actitud absolutamente arbitraria y además en la que terminan pagando los platos rotos las personas que necesitan un Sistema de Salud, que además es un derecho fundamental. No es si a mí se me da la gana de prestarlo o no como presidente, es que es un derecho fundamental y así lo hemos defendido toda la vida quienes incluso nos consideramos de izquierda o del sector progresista, en el sentido de que nunca hubiéramos guardado silencio cuando un gobierno en el pasado le echara la culpa a una madre porque su hijo falleció por no tener acceso a los medicamentos de la hemofilia. O sea, es que por un segundo pensemos que eso pasó, que el presidente publicó una historia clínica de un niño, de un menor de edad, pensemos por un segundo, que le echaron la culpa a su familia cuando sabemos que la crisis de acceso a los medicamentos está generalizada por todo el país.

No es normal que estemos volviendo a tener una tasa de tutelas cada 2 minutos. O sea, Andrés habló, mientras habló Andrés, cinco tutelas se metieron en Colombia para acceder al derecho a la salud, principalmente medicamentos y citas médicas. Esto es crítico porque implica un retroceso. Nosotros desde el 2012 habíamos superado ese indicador y habíamos empezado a tener tutelas, pues nos demorábamos un poquito más de tiempo entre tutela y tutela y lo más grave es que hoy, ustedes lo saben, ya ni con tutela la gente garantiza que le entreguen un medicamento ni un tratamiento. Tenemos órdenes de desacato, es decir, que un juez dijo,



“Oiga, vaya y meta a la cárcel a ese interventor de esa EPS que le está negando el derecho fundamental a la gente.” Y obviamente no los han metido a la cárcel. Tenemos una tasa de rotación increíble de los interventores de las EPS intervenidas. Entonces, eso es como para plantearles un poco como también de sentimiento lo que está pasando acá con el Sistema de Salud.

No es normal que a un ministro le reclamen porque los trabajadores de la salud, que ustedes lo saben más que nadie, están precarizados laboralmente, que no reciben un salario digno, que en el hospital del Chocó tienen que hacer un paro cada 6 meses porque duran 6 meses sin pagarle los salarios o que a los contratistas precarizados los obligan a buscarles votos al político de turno para que le renueven el contrato, y que cuando un gerente de un hospital público le dice al ministro, “Oiga, no tenemos para pagar los salarios de los trabajadores”, el ministro diga, “los ricos también lloran”. Eso no tiene presentación alguna y realmente no lo hubiéramos aceptado con ningún otro gobierno. Tampoco podemos guardar silencio cuando ocurra en este, menos cuando es un gobierno que se eligió con unas banderas de cambio, de transformación que muchos de nosotros deseamos en este país y seguimos deseándolo. Yo sigo deseando que en este país haya un cambio real.

¿Qué problemas tenemos al día de hoy? Uno, sí, al ministro no le gusta decirlo, tenemos una desfinanciación del Sistema de Salud. La Unidad de Pago por Capitación es insuficiente y lo es por muchos motivos, no solo por este gobierno. Es verdad, en el gobierno de Duque se malcalculó (sic) también la Unidad de Pago por Capitación y empezaron a acumularse deudas billonarias con todo el Sistema de Salud. Proyectaron una inflación del 3% y fue del 13% y de ahí en adelante solamente ese factor implicó 7 billones de pesos que le quedaron debiendo al Sistema de Salud. La brecha entre la UPC, la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado y del régimen contributivo, que la Corte Constitucional dijo, “Oiga, ¿cómo así que la gente con trabajo formal recibe más plata para su salud que la gente sin trabajo? No es posible, háganme el favor.” Y la convergen. Eso ocurrió en el gobierno de Duque y solo ese tema, solo el hecho de que el gobierno actual se haya demorado 3 años en corregirlo implicó al menos 3 billones de pesos menos para el régimen subsidiado, es decir, para la gente más vulnerable, para el Sistema de Salud de la gente más vulnerable.

Entonces, tenemos un Sistema de Salud que no solo está desfinanciado por eso, nuestra población está envejeciendo. Me acuerdo mucho, Andrés, no sé si te acuerdas en el debate de la Cámara de la reforma de la salud, que el gobierno presenta un concepto fiscal de la reforma en donde había una gráfica y en el eje Y estaba el porcentaje de gasto público, perdón, el gasto público en salud como porcentaje del PIB y venía decreciendo. O sea, a lo largo de la gráfica decrecía y todos decíamos “¿cómo? Eso no ha pasado en ningún país del mundo”. O sea, realmente nuestra población está envejeciendo. Cada vez hay nuevas tecnologías que eso sí incluyen en el Plan Básico en Salud.

Luego hay unas necesidades que vamos a tener que seguir cubriendo y mucho más si hablamos de atención primaria en salud. O sea, hay una necesidad del sistema, nada más formalizar a los trabajadores del Sistema de Salud, que es una bandera que no podemos abandonar, vale cerca de 4,8 billones de pesos en el corto plazo. Entonces, prometer que



el sistema que nos vamos a ahorrar un montón de plata en el Sistema de Salud, a mí me parece que es de entrada desconocer una realidad del debate. Primer punto, sí hay una necesidad de recursos del sistema. Por eso me parece grave que haya candidaturas presidenciales proponiendo dejar de cobrar el SOAT. Por eso me parece que, al contrario, deberíamos estar proponiendo que vuelvan a cotizar sobre la base de los trabajadores que ganan menos de 10 salarios mínimos, fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Hablemos de fuentes de financiación para el Sistema de Salud porque terminamos llevando el bulto todos como sociedad cuando el sistema está desfinanciado.

Segundo problema, la administración de esos recursos. Es inadmisibles que las EPS de la mayoría de la gente hayan estado intervenidas en los últimos 4 años y que esto no haya implicado una mejora del servicio de salud. Porque es que a mí me decían: “intervinieron tal EPS” y yo: “bueno, espero que ahora sí la platica (sic) llegue a los hospitales”. Empecemos por el San Ignacio. ¿O no le deben cuánto? 135,000 millones de pesos con corte de marzo de este año. Solo Nueva EPS. Solo Nueva EPS. Y eso está pasando por todos lados. Ustedes tienen aquí a Nueva EPS al lado, han visto la fila de los usuarios, de las personas mayores que tienen que venir a rogar por un medicamento. Eso no tiene ningún tipo de justificación y ya no pueden echarle la culpa a la administración de otras de las EPS porque ellos la tienen y no tiene ningún tipo de explicación el hecho de que la deuda de EPS antes que reducirse o antes que transparentarse tras la intervención, se haya multiplicado. Recibieron Nueva EPS con una deuda de 5 billones de pesos con clínicas, hospitales y gestores farmacéuticos y hoy se estima, porque tampoco tenemos estados financieros claros, que pueden estar por encima de los 21 billones de pesos.

O sea, si iban a intervenir las EPS, tenía que haber un resultado, por lo menos de mejora en las condiciones de salud, de mejora en la cartera, que la plata fluyera mucho más directamente a clínicas, hospitales. Si eso hubiera pasado, listo, uno dice, chévere, lo que hicieron funcionó, pero ocurrió todo lo contrario. Lo que está pasando con Famisanar, hay que decirlo, aquí en Bogotá con Ramédicas, gente que tiene que ir a hacer fila desde las 5 de la mañana y ni siquiera le entregan el medicamento. Entonces, realmente esas condiciones no han resuelto el problema.

Todo esto ocurrió al tiempo que el gobierno tramitaba una reforma a la salud y vean, nosotros con la bancada independiente presentamos una propuesta de reforma a la salud. O sea, nosotros sí creemos que el sistema necesita reformas estructurales. Sí creemos que hay que ponerle control a la intermediación financiera. Nosotros incluso propusimos el giro directo, acogimos eso de la propuesta del gobierno, nos gusta, listo, sí le vamos a poner lupa a la plata para que las EPS no hagan lo que quieran con esa platica, absolutamente de acuerdo. Pero esto tiene que tener un sistema de transición en donde la gente, el paciente, no vea interrumpido su derecho a la salud.

Vean lo que está pasando con los maestros y las maestras. Cada mes toca luchar y pelear. Cada mes, ¿no? Cada 6 meses nos toca luchar y pelear para que suscriban un contrato con la Santa Fe, por ejemplo, porque ahí están atendiendo los pacientes oncológicos del magisterio y de verdad estas familias cada vez que se vence el convenio a rogar para que por favor atiendan un convenio que deberían estar planificando con antelación.



Esto nos ha pasado en todos lados con los maestros, quimioterapias y tratamientos para pacientes con VIH, entre otras. Entre otros casos súper dolorosos. Hace poco nos buscó una ciudadana diciéndonos que su hija de 12 años que había recibido un trasplante de hígado, no sé si vieron ese caso, no le habían entregado el medicamento inmunosupresor para que pues el cuerpo no atacara el hígado, el hígado nuevo pues que le habían puesto. Entonces, resulta que llevaba ya dos meses sin este medicamento y sale el superintendente a girarle por Nequi para que ella compre el medicamento. Obviamente yo me alegré de que esa señora tuviera el medicamento para su hija, pero esta no puede ser la herramienta. No te dan un medicamento si no los funas (sic) en redes sociales. No te dan un medicamento si no tienes algún congresista que trina tu caso. No te dan un medicamento si el superintendente no te gira por Nequi. ¿Qué tipo de respuesta es esa? Cuando además la EPS a la que está afiliada esta menor de edad es Nueva EPS, una EPS administrada ya por el gobierno.

Entonces, claro que hay que reformar el sistema, pero no podemos negar que ha habido una desmejora muy clara, que la crisis del Sistema de Salud se ha agudizado con las decisiones. Yo diría para cerrar, que el gobierno ha implementado con gotero su reforma a la salud vía intervenciones y decretos. Si no fuera porque Andrés demandó ese decreto, hoy estarían 3 millones y medio más de personas afiliadas a Nueva EPS, porque acuérdense que el gobierno anunció que otros 3 millones de personas iban a estar afiliados a Nueva EPS, cuando es una EPS que ni siquiera tiene la capacidad de atender a la gente que hoy está afiliada allí.

Entonces, bueno, muchas otras cosas por charlar, pero esa es como un poquito mi visión global de lo que está pasando.

SN: Representante Jennifer, representante Andrés, muchas gracias por su intervención. Creo que, para arrancar un poco esta conversación, que surgen muchas preguntas alrededor de este tema que estamos hablando, creo que ustedes dos ponen sobre la mesa el tema del dinero en el sistema o la desfinanciación en el sistema. Ahí sobre eso está toda la discusión de si ese dinero es suficiente o no, ¿cierto? Pero cómo en últimas esto afecta a los diferentes actores en el sistema, sea el asegurador, sea el prestador, pero en últimas afecta al paciente. Ustedes que están en el legislativo, ¿cierto? Y pues un poco está en el diálogo de la concertación, ¿cómo ven ustedes, uno si se necesita o no dinero en el corto plazo? Y si ese es el camino, ¿qué recomendación le dan a un gobierno entrante? Ustedes como ahora senadores electos, ¿qué rol y qué papel juegan en este tema de los recursos adicionales?

Jennifer Pedraza: Desde mi perspectiva, el gobierno que llegue va a tener que hacer dos cosas. Uno, atender la crisis del sistema como primer paso. Obviamente, yo creo que hay que hacer ajustes normativos, hay que hablar de impuestos, pero eso va a tomar un tiempo y la verdad es que la crisis requiere una intervención urgente para atender el problema que tenemos al día de hoy.

Entonces, lo primero que tiene que hacer un gobierno es convocar a los actores del sistema y de manera transparente y con el objetivo de llegar a un acuerdo, crear un clima de



confianza para que fluyan recursos hacia el Sistema de Salud. Empezar a hacer acuerdos de pago con las clínicas, con los hospitales, con los gestores farmacéuticos, cumplirlos, transparentar las cuentas. Incluso hay propuestas presidenciales que han hablado también de hacer una “comisión como de la verdad” comillas, voy a ponerlo de esa manera. Pero estamos hablando de la necesidad de transparentar las cuentas. Eso ni siquiera deberíamos estarlo proponiendo. O sea, Nueva EPS debería tener sus estados financieros claros, ni siquiera deberíamos estar en esas condiciones, pero en realidad es necesario hacerlo, ¿no? Con el propósito de evadir esas cuentas. No con el propósito de extender estas conversaciones infinitamente como ha hecho el Ministerio de Salud con el fallo de la Corte Constitucional que le ordena recalcular la UPC, no. Con un propósito de lograr que el sistema vuelva a tener confianza, porque esa es un poco mi preocupación.

Es muy difícil cuando parece que el objetivo del gobierno fue exclusivamente eliminar un actor del sistema y no que esta decisión mejorara la salud de los pacientes y de las pacientes. Entonces, yo pienso que eso es lo primero que hay que hacer, convocar una conversación con todos los actores del sistema que implica y que permite que haya un flujo de recursos, hacer acuerdos de pago, de manera que también los gestores y las clínicas y hospitales puedan continuar con la prestación, con la garantía plena del servicio del derecho a la salud.

Y lo segundo ya implica una conversación más legislativa, si va a haber una reforma a la salud, si va a haber reforma tributaria, que eso póngale la firma que va a haber reforma tributaria. ¿Cuántos recursos allí se van a plantear con una destinación clara para el Sistema de Salud? Entonces ahí vamos a tener esa discusión, esa conversación.

Es importante también que los empresarios y las empresarias hagan parte de esa conversación en el sentido de que yo, por ejemplo, considero que hay que revivir la contribución por los trabajadores que ganan menos de 10 salarios mínimos. Con la reforma tributaria de Santos se aprobó un artículo que decía que los empleadores ya no tenían que contribuir si los trabajadores ganaban menos de 10 salarios mínimos, pero pues la mayoría de gente gana menos de 10 salarios mínimos. Entonces, en la práctica, eso fue una fuente de desfinanciación del Sistema de Salud con la promesa de que ese artículo iba a crear empleos formales. No hay una medición de correlación que pueda probar que eso efectivamente creó esos empleos, pero en cambio sí se desfinanció el Sistema de Salud. Esa es una postura que yo tengo y que creo que hay que promover de la mano de otras propuestas.

Hay propuestas de impuestos a juegos en línea, propuestas de impuestos a alimentos ultraprocesados con destinación específica. Lo tendremos que charlar, pero que el sistema necesita más recursos desde mi perspectiva es indudable.

Andrés Forero: Pues yo creo que estamos todos viendo cómo prácticamente todos los días el gobierno está adquiriendo nueva deuda, mejor dicho, está emitiendo nueva deuda a unas tasas altísimas. Estamos con un problema de caja muy grande, o sea, una de las grandes bombas que va a dejar este gobierno al próximo, al que llegue, va a ser la bomba fiscal. Entonces, yo creo que hay que ver si efectivamente vamos a tener la posibilidad de tener más ingresos. Es algo retador. Y eso hay que decirlo, sabiendo que pues son muchos



los sectores donde se va a requerir recursos. En el caso de la salud, yo creo que hay que, en primer lugar, no sabiendo si se va a poder, porque entonces el endeudamiento va a ser muy complejo, porque básicamente ya nos están hipotecando durante esto que queda del gobierno de Gustavo Petro.

Y adicionalmente una reforma tributaria también va a ser compleja. Yo creo que antes de una reforma tributaria hay que exigirle al gobierno que llegue, que se amarre el cinturón. Y en el caso del sector salud, la verdad es vergonzoso lo que está sucediendo. Yo he denunciado cómo, por ejemplo, justo antes de elecciones, en plena crisis de la salud, el ministro Jaramillo decidió crear 450 cargos nuevos de planta con un costo, ya no recuerdo bien, pero creo que era de 50.000 millones de pesos al año adicionales. En el caso de la Superintendencia Nacional de Salud, que había tenido una reestructuración, una reestructuración administrativa hace unos años, justo en tiempos del presidente Duque, pues uno hubiera esperado que ya no se necesitaran más contratistas. Entonces, cuando uno compara el mes de enero del año 2022, año electoral, con el mes de enero del año 2026, también año electoral, uno se encuentra que los contratistas pasaron de 47 me parece, a más de 457 o 457, 40,000 millones de pesos más al año.

Hay una denuncia que voy a hacer que es un despropósito. Ustedes han visto que el presidente trata de sacar pecho con el tema del San Juan de Dios. No está funcionando, pero ya hay una planta de personal, para que ustedes sepan, personas que están siendo pagas, que es una vergüenza. Le acaban de aprobar a la ADRES una planta de personal adicional también cercana a los 50.000 millones de pesos. Entonces, lo primero que hay que hacer es acabar con esa burocracia que además suelen ser cuotas de los políticos cercanos al gobierno, empezando por el ministro Jaramillo. El ministro tenía su hijastro contratado en la ADRES como contratista. Es una vergüenza. Entonces, eso en primer lugar hay que hacerlo.

Por otro lado, está el tema de los equipos básicos en salud. Yo creo que todos aquí vamos a estar de acuerdo en que tiene que haber un ejercicio de promoción y prevención, que es un poco la bandera que tiene el gobierno nacional. Y todos vamos a estar de acuerdo con eso. La cuestión es que para eso se necesitaban recursos adicionales y no desfinanciar el Sistema de Salud, que tristemente es lo que ha hecho el gobierno nacional. Desfinanció el aseguramiento, dejó sin medicamentos a pacientes que los requerían.

Y no sé, Jenny si ellos estaban pensando en eso cuando hicieron esa gráfica, porque esa gráfica que decía Jennifer, que no era ni siquiera un aval fiscal, era supuestamente proyecciones presupuestales, ya no recuerdo bien lo que mencionaban, era una gráfica que decía que, con o sin reforma, iba a caer el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto, del PIB. Y no sé si lo hacían pensando en que iban a pues prácticamente inducir un genocidio, que iban a matar gente, entonces como mataban a la gente como tristemente lo están haciendo, ya no se iban a requerir esas atenciones en salud.

Pero miren, 4 billones de pesos se han gastado en los equipos básicos en salud y no han tenido ningún resultado, ningún impacto medible. Se convirtieron tristemente en ejércitos electorales. Eso es lo que ha sucedido y yo sí creo que el próximo gobierno naturalmente tiene que hacer un recorte en esos programas, en esa burocracia que no ha resultado en



mejores atenciones para los pacientes, pero sí en una pues en un malgaste y en un derroche de los recursos de la salud.

ZC: Bueno, muchísimas gracias a ambos por respuestas. Como les comentábamos, el día de ayer tuvimos aquí en este mismo escenario una conversación con los líderes de campaña de salud, de varias campañas presidenciales, incluyendo las campañas de Iván Cepeda, Claudia López, Sergio Fajardo y Abelardo de la Espriella. Y pues producto de ese espacio fue interesante ver por supuesto las diferentes posturas de cada uno de ellos. Pero a la vez unas coincidencias interesantes que nos llamaron la atención. Una de ellas fue la aceptación por parte de ellos cuatro de que existe una crisis actual aguda del Sistema de Salud. Algunos con perspectivas de que la crisis ya venía desde antes y se agudizó, pero en términos generales hubo un consenso al respecto y creo que el segundo consenso que hubo fue acerca de la necesidad de inyectar esos recursos urgentes vía lo que fue mencionado, probablemente créditos internacionales, entre otros.

También otra coincidencia interesante fue la importancia de transparentar los datos. Es un problema crónico que ha tenido el sistema, desafortunadamente, que no se sabe a ciencia cierta cuánto cuesta el sistema y cómo calcular verdaderamente ese costo al futuro y qué se debe incluir o no en el plan de beneficios. Todo esto lo menciono porque quisiera hacer entonces una pregunta. Por supuesto que hay divergencias entre estos diferentes sectores, pero ¿cómo podría uno pensar en las cosas en que hay coincidencias y plantearse desde el legislativo, a través de ustedes y sus bancadas, empezar por esos puntos de coincidencias para plantear la salida de esta situación? Que haya un punto de inicio. Por supuesto, con unas limitaciones y dificultades luego en lo que va a ser la solución a largo plazo. Pero, ¿ustedes ven alguna esperanza en este nuevo legislativo, en sus colegas, en esas nuevas bancadas que llegaron? ¿Cómo están ustedes planteándose el escenario?

Andrés Forero: En el caso, yo coincidí con Jennifer en lo que ella planteaba originalmente y vuelvo a insistir, incluso creo que Cepeda está de acuerdo con eso. La prioridad en el rescate del Sistema de Salud no va a estar en el legislativo el primer año. Ya después, obviamente, la idea es que el próximo gobierno pues logre sentar primero a los actores, algo que no hizo el gobierno de Gustavo Petro y que no buscó ninguna concertación, ningún consenso, trató de imponer siempre las cosas y pues al final lo que vemos es que no se materializó la reforma.

En el caso del próximo Congreso, pues sabemos que tiene unas limitaciones nuestra democracia, nuestro Congreso. Esto no es un problema que haya surgido con el gobierno de Gustavo Petro, venía tiempo atrás. Pero ahora se ha hecho más patente y es que tenemos un Congreso muy clientelar, un Congreso que tiene unas mayorías que son gobiernistas, que pueden ser uribistas, si es que está el presidente Uribe de presidente, pueden ser santistas, pueden ser duquistas o pueden ser petristas y podrán ser palomistas, abelardistas o cepedistas dependiendo de quién vaya a ganar. Entonces yo creo que eventualmente el próximo gobierno si logra concertar con los actores de la sociedad civil una reforma, es posible que la pueda sacar adelante.

¿Qué es lo que pasa en el caso, por ejemplo, de Cepeda? Porque yo creo que en general las otras campañas tienden a tener, con obviamente diferencias de detalle, convergencias.



Porque todas básicamente consideran que había que construir sobre lo construido. Aquí había un borrón y cuenta nueva, era un salto al vacío. En el caso del señor Cepeda, yo lo que siento es que a pesar de que ahora están diciendo que no van a insistir inicialmente con la reforma, ellos siguen teniendo el mismo diagnóstico y siguen sin reconocer lo que ha sucedido durante este gobierno. Ellos siguen diciendo que la crisis es por cuenta de las EPS. Pero hoy tenemos, vuelvo a insistir, a la mitad de las EPS intervenidas y controladas por parte del gobierno nacional y no hacen un ejercicio de autocrítica, no hacen un ejercicio, por ejemplo, de reconocer que esto no le ha servido al país, no le ha servido a la EPS, que hayan cambiado, por ejemplo, en el caso de Nueva EPS hayan tenido cinco interventores en 2 años. Y si le sumamos al señor Aldo Cadena, que fue Aldo el Breve, porque estuvo dos meses como presidente de Nueva EPS, pues tenemos a seis personas en 24, en 26 meses. Es obviamente inviable cualquier empresa que tenga semejante discontinuidad administrativa.

Un poco lo que ellos decían, porque ellos tienen una versión hacia la participación del sector privado en el sector salud, que prescindiendo de la EPS se iban a liberar recursos. Y eso no sucedió, porque el ministro constantemente dice que los recursos sí alcanzan y cuando uno le pregunta a él o a la señora Corcho que si los recursos les alcanzan, ¿por qué la crisis es más aguda en las EPS intervenidas? Ellos sencillamente no tienen nada qué responder.

Pero entonces, redondeando, yo creo que en la medida en que el gobierno entrante sea capaz de concertar con los actores una reforma que se presenta en el segundo año de gobierno, pues muy probablemente pueda salir adelante.

Pero creo que en el caso del señor Cepeda, sobre todo por conversaciones, debates que he tenido con la persona que lidera este tema en la bancada del Pacto Histórico, que es la señora Corcho, pues yo siento que ellos van a insistir en esta misma reforma que en lugar de haber resuelto los problemas los terminó agravando cuando la implementaron de facto con las EPS intervenidas, con el FOMAC o con decretos que trataron, que sacaron en algunos casos y otros que, como decía Jennifer, en buena hora frenamos que esos no los pudieron implementar.

Jennifer Pedraza: Yo la verdad es que no estoy tan optimista con el nuevo Congreso. Los voy a hacer, les voy a hacer muy franca porque me da la impresión de que tenemos un nivel de tensión muy crítica entre diferentes posturas políticas que imposibilita. Ojalá no, ojalá yo esté equivocada y me refute la realidad, pero puede que a veces se imposibilite la conversación y la construcción de acuerdos.

Y eso también lo he visto con este gobierno en el sentido de que a veces es más rentable. No piensen, ustedes que son profesionales de la salud y científicos y científicas, por un segundo piensen, son políticos. Y si ustedes saben que a veces es más rentable la atención de esa contradicción en términos electorales y de votos, que efectivamente la posibilidad de construir un acuerdo, pues es un sistema de incentivos muy crítico. Entonces, esa es un poco mi percepción de lo que se viene para el próximo Congreso.

¿Qué creo que necesitamos? mucha más incidencia de la academia, mucha más incidencia de los trabajadores del Sistema de Salud, mucha más incidencia de la opinión de ustedes



como profesores, como profesoras, el profe Sergio, la profe Zulma Cucunubá. O sea, ustedes trinan sobre algo y de verdad créanme que es importante lo que dice la Universidad Javeriana, es importante lo que dicen las organizaciones de pacientes, son ustedes quienes de verdad pueden presionar y exigir políticamente soluciones y acuerdos.

Y la otra cosa es que los acuerdos importa cómo se construyen (sic). Vean lo que pasó con la primera, el primer trámite de la reforma a la salud. Llegamos a la discusión de la reforma y el presidente o el gobierno llega y nos dice, “Es que no, yo ya me reuní con César Gaviria, con Dilian Francisca y con Efraín Cepeda y este es el texto que acordamos, tin (sic), vótenlo.” Y nosotras como: “perdón, o sea, el lugar para discutir, eso se llama el Congreso de la República”. De manera que ustedes pueden poner en YouTube, obviamente nadie lo hace, ya los pillé, el canal del Congreso, ustedes pueden poner el canal del Congreso, el plan más aburrido del planeta, pero ustedes lo pueden poner y revisar qué postura tiene cada partido político y revisar quién está proponiendo qué proposición, qué texto, exigir que se rindan cuentas. Esas conversaciones no pueden ser a puerta cerrada, porque eso nos pasó a nosotros. Llegamos y no básicamente pupitreen (sic) este texto. Cuando nos fuimos a ver, el gobierno que tanto decía que quería acabar las EPS, en ese texto le entregaba entre el 5 y el 8% de la unidad de pago por capitación a las gestoras, o sea, las EPS, restándole funciones y entregándoselas en su mayoría a ADRES, que es una entidad a la que le ponen 42 nuevas funciones en la reforma cuando tiene hoy 222 trabajadores de planta. O sea, eso también se los decíamos, se necesita un tiempo para poder fortalecer la infraestructura pública si queremos reemplazar el trabajo administrativo del Sistema de Salud. Yo quisiera que no fuera así, pero lo es. ¿Qué hacemos? Tenemos un Estado muy debilitado. Entonces, si de un día para otro acabamos toda esta vaina, lo que vamos a hacer es interrumpir la garantía del derecho a la salud de la gente.

Entonces, esa es un poco mi sensación sobre el Congreso. Yo espero que exista esa posibilidad, pero yo las invito y los invito a que no dejemos este debate solamente en manos de los congresistas y del presidente. Yo sé que es difícil porque está el poder político, pero yo creo firmemente que el movimiento social tiene la posibilidad de incidir antes de estar en el Congreso. Lo hemos hecho como estudiantes, como profesores, yo lo viví también. Entonces, a eso les quiero llamar y por eso me parece que este panel es muy pertinente, que se acerquen los científicos y las científicas.

No hablamos de eso. ¿Cómo ahorrarnos plata? El primer artículo que le peluquearon a la reforma a la salud era para elegir por mérito a los directores de los hospitales públicos. Es que si no hacemos eso, ¿cómo vamos a garantizar una administración transparente de esos hospitales? Y ahí sí terminamos peleando cinco personas contra la eliminación de ese artículo. ¿Cómo hacer con los equipos básicos territoriales en salud? Tengo mi WhatsApp lleno de denuncias de profesionales de la salud a los que les están pidiendo el 20% del contrato para que se los den en forma de coima a los políticos y así no funciona. O sea, estamos hablando de trabajadores de la salud que están en las zonas apartadas de este país de verdad poniéndole el pecho a las deudas históricas del Sistema de Salud colombiano.

Entonces, como no quiero ser pesimista, pero sí quiero ponerles la pelota a ustedes también del lado de no podemos delegar esta conversación solamente en el Congreso.



SN: Representante Jennifer, muchas gracias. Muchas gracias, representante Andrés. Vamos a una de las preguntas del público. Esta pregunta nos la realiza Daniela Vargas. La dirige a Andrés, sobre todo, pero los invitaría a que los dos fueran los que la respondieran. Y nos dice, “Este gobierno acabó con la confianza que existía entre los actores públicos y privados en el sector salud. El sector no va a volver a ser el mismo. ¿Qué podemos hacer para adaptarnos a esta nueva realidad? Y yo sugeriría que la respondieran también en una línea. Se ha hablado un montón de sobre la reforma, ¿cierto? Si se necesita o no. Yo creo que hay como dos posibilidades que uno tiene cuando habla de reforma, ¿sí? o usted plantea una reforma estructural y dice, “Esto es un poco es un borrón y cuenta nueva y lo que se necesita es algo.” O una reforma pues acumulativa o paulatina o por partes. Sí. Creo que la confianza que nos hace la pregunta es clave para poder hacer la construcción, sea una u otra.

Andrés Forero: Pues yo creo que Daniela en el punto cuando habla de que uno de los peores daños que ha causado este gobierno en este sector, y en otros también, pero en este sector que es el que nos convoca el día de hoy, pues ha sido precisamente de la pérdida de la confianza y el nivel de incertidumbre que ha generado. Entonces, cuando vemos que el presidente sin ningún sustento, solamente basado en prejuicios, dice que no va a reconocer la deuda de ninguna de las EPS intervenidas, pues obviamente genera un estrés en todos los actores. Yo me imagino que haya actores en este momento que quieran tristemente invertir en el país en materia de salud, porque la incertidumbre es total e Iván Cepeda pues también ha generado algunos mensajes en esa dirección.

Yo ¿qué creo? y esto se lo he dicho a varios de los actores del sistema. El gobierno inició con una andanada contra las aseguradoras que obviamente además eran, por decirlo así, la puerta de entrada para el sistema y era la cara visible del sistema. Y como les decía antes, nuestro sistema no es perfecto y no hay ningún Sistema de Salud que sea perfecto. Entonces, empezó contra las EPS, que a veces se hacían odiosas, eran, por decirlo así, la cara inamistosa o la cara odiosa del sistema. Pero hemos visto que pues si no funcionaban, y esto hay que decírselo también Jenny, a los actores, si no operaban de manera articulada y no entendían que esto es un sistema complejo que tiene que funcionar de manera armónica, y dejaban que atacaran inicialmente a uno de los actores, pues después iban a ir por los otros actores.

Aquí estaba viendo, lo vimos, lo vimos con el presidente con el tema de los gestores farmacéuticos, lo hemos visto con algunas IPSs, seguramente después van a ir por los laboratorios. Y ahora estaba viendo al señor Quintero, que pues le gusta el show mediático y no resolver los problemas de fondo, que estaba haciendo una intervención en un dispensario, seguramente en farmacias, en distintos lugares, para tratar de demostrar que están resolviendo las cosas cuando tristemente vemos que se siguen muriendo los colombianos.

Entonces, yo sí creo que el próximo gobierno tiene que tratar de volver a construir esa confianza. Yo sé que es difícil y a veces es más complejo. Una vez que uno, construir confianza desde cero puede ser a veces un poco más sencillo. Y en este caso, yo creo que, a través de mecanismos de contratos de estabilidad jurídica, lo que ha planteado Paloma, por ejemplo de, basada sobre todo en el caso de los autos de la Corte Constitucional, reconocer que se



van debidamente auditadas con unas revisiones exhaustivas, se van a reconocer las deudas. Yo creo que eso ayuda, eso empieza a generar otra vez confianza. Pero ese, como bien lo dice Daniela, es un proceso que se demora, no es un proceso de la noche a la mañana y hay que ver cómo logramos que el próximo gobierno logre dar pasos en esa dirección, porque yo creo que ese es de los daños más grandes que ha causado.

Y otro de los daños grandes que ha causado es la des-tecnificación del sector salud en el gobierno nacional. Eso también es muy grave. Han además llenado el Ministerio de corbatas y cuotas políticas. Ese también va a ser un proceso lento. Por ejemplo, los contratos están más allá del inicio del próximo gobierno. Se podrán cambiar algunas personas de libre nombramiento y remoción, pero ese va a ser otro proceso muy importante que tampoco va a ser de la noche a la mañana. Se va a requerir, es volver a tecnificar el Ministerio y volver a traer al talento humano en salud al Ministerio y que crean que pueden ayudar a construir un mejor sistema desde el Ministerio y hay que ver cómo logramos blindarlo de futuras intentonas como las que hemos padecido. Porque ese es otro de los grandes daños la des-tecnificación, por un lado, ya les dije, o sea, por un lado, lo que nos planteaba Daniela, que es el tema de la pérdida de confianza, de la incertidumbre tan grande que ha generado, y el otro es la des-tecnificación del sector salud.

Jennifer Pedraza: Bueno, yo creo que Daniela tiene razón en lo que plantea, pero también creo que toda crisis es una oportunidad. En el sentido de que yo, por ejemplo, me he reunido con todos los actores del Sistema de Salud que he podido, y he encontrado en muchos de ellos una actitud muy dispuesta a rectificar y ajustar muchas de sus prácticas y eso me parece muy importante porque hay un reconocimiento de la necesidad de encontrar soluciones.

Me quedé pensando un poquito en la pregunta anterior y tampoco quiero ser tan pesimista. Por ejemplo, en el caso de la reforma a la salud del gobierno, hubo muchos elementos en los que yo pienso que había un consenso en el Congreso. Por ejemplo, nadie se oponía, como ya lo decía Andrés, a un énfasis en atención primaria en salud, en prevención, pero la discusión era que eso no desfinanciara la atención de la gente que hoy ya está enferma. Entonces, por ejemplo, para ponerles un tema en donde hubo un acuerdo, otro acuerdo, hay que formalizar a los trabajadores del sistema de salud. Ahora, ¿eso cuánto cuesta? Eso se hace de manera rigurosa. Eso no es prometerlo y ya cada 4 años para buscar votos, sino que implica un plan de financiación, por dónde empezar, qué prioridades dar. El examen nacional Único de Residencias Médicas también creo que fue un acuerdo que traía la reforma a la salud, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional. Había otras cosas interesantes que había que ajustar, pero tampoco hubo la voluntad política para hacerlo.

Entonces, desde mi perspectiva, y ese es el motivo por el cual yo creo que la candidatura presidencial de Fajardo es importante y por eso me comprometo y es que yo pienso que un liderazgo de ese estilo puede crear acuerdos entre personas que tenemos posturas muy distintas y muy diversas y gobernar un país requiere experiencia para hacerlo. Eso no es soplar y hacer botellas, no es lo mismo dirigir una un equipo de nueve personas a gobernar una ciudad, una un departamento y por supuesto un país cuando vas a tener que atender una crisis humanitaria tan aguda como la que tenemos al día de hoy.



Yo pienso que sí se puede hacer acuerdos, además porque también esta ha sido la narrativa del gobierno de decir que como algo es un derecho, solamente lo pueden ofrecer entidades públicas. Y lo vemos en la educación superior, por ejemplo, cuando de facto nunca ha sido la lucha nuestra que cierren las universidades privadas. Ha sido nuestra lucha decir que la educación es un derecho y que en ese sentido tiene que estar arreglado, tiene que ser de buena calidad. No queremos que vendan títulos universitarios y todo eso, ya lo sabemos, por eso es que no es como una fábrica de zapatos, pero eso no implica entonces que nuestro enemigo es la prestación privada del derecho. Que la prestación tiene que estar reglada, vigilada, que tiene que ser en excelentes condiciones de calidad, que no es lo mismo que una empresa que ofrece bolsos, ropa o zapatos, ¿de acuerdo? Pero ahí hemos tenido una tensión, para mí muy artificial que no reconoce la realidad de la crisis de la garantía de derechos. Entonces yo quisiera un gobierno que pudiese construir esos acuerdos que fuesen transparentes. Yo me los he imaginado muchos de esos acuerdos de verdad o públicos o transmitidos, porque también es importante que la gente conozca estos debates.

Algo que yo me encontré cuando llegué a investigar el Sistema de Salud, pues como congresista primípara, fue que el sistema es muy complejo y sobre ese desconocimiento de la gente de cómo funciona el sistema, galopan muchas ideas que no necesariamente tienen sustento en la realidad, que es la UPC, que es la IPS, que es la EPS, o sea, todas las cifras, todas las siglas posibles habidas y por haber. Y nosotros necesitamos simplificar eso para que la gente entienda y se pueda meter al debate y entender que no es solamente la guerra contra un actor.

Yo que soy una persona crítica y dura también contra las EPS, pero el Sistema de Salud es mucho más que solamente el rol de las EPS. Acabamos de hablar de los hospitales públicos, acabamos de hablar de cómo están mecateándose (sic) el Ministerio de Salud, acabamos de hablar de cómo se asignan. Bueno, eso no lo detallamos, pero yo lo he denunciado también y es el papel de la pareja, de la esposa del ministro, que al tiempo tiene una labor directiva en la Superintendencia y esto es un mecanismo perverso porque entonces el ministro de salud asigna un presupuesto para un hospital y vía la Superintendencia pueden sesgar completamente esa contratación. Entonces, también hay un problema de corrupción en el sistema que va mucho más allá de un solo actor y que permea diferentes actores.

Entonces, yo pienso que necesitamos un presidente y también un país dispuesto a eso, porque esa es la verdad. O sea, hoy yo sé que no está dando nada de votos decir, queremos hacer una propuesta, que encontremos caminos en conjunto, pero para mí eso lo necesita el Sistema de Salud.

SN: Muchísimas gracias. Bueno, hay muchas preguntas del público. Por supuesto este es un tema que nos interesa. Tenemos un QR que se ha venido proyectando y ahí hay varias preguntas que se han venido generando. Son bastantes, pero vamos a tratar de abordar algunas. Entonces, voy a mencionar tres y les pedimos el favor que cada uno de ustedes conteste de pronto lo que pueda en 3 minutos, pero sobre todo si tiene alguna preferencia por alguna de ellas. Entonces, bueno, tenemos una pregunta de Raúl que dice, “El gobierno desconoció el trabajo de 40 especialistas en 26 meses que habíamos planteado el modelo de salud de los profesores. ¿Qué va a pasar con el Sistema de Salud del magisterio en



Colombia? Una segunda que nos envían es: el sistema de alertas de la Superintendencia no funciona. La tendencia muestra que las EPS que son intervenidas son cerradas. ¿Qué solución se puede plantear sobre el legislativo? Otra pregunta de Paola Cortés dice: si el movimiento social es determinante y puede ser en reacción a lo que mencionó Jennifer, si el movimiento social es determinante en los diálogos futuros de la reforma en el sistema de salud, ¿los profesionales de la salud podemos contar con apertura de espacios en el Congreso para exponer las realidades que deben ser puntos de discusión? Si se generaran los espacios para que la academia exponga sus estudios y sus experiencias.

Jennifer Pedraza: El modelo de salud de los maestros. Listo. Bueno, voy a referirme a la primera y a la última pregunta, ¿vale? Sobre el modelo de salud de los maestros, lo primero que yo quiero decir es que a mí me parece que los profes y las profes merecen un régimen especial, que tenemos que cuidar esos recursos. Los profes, ustedes saben que en este momento el país está teniendo una discusión muy fuerte sobre la educación básica y media, pero nosotros hemos visto que la mitad de los colegios públicos en Colombia no tienen agua potable, el 60% no tienen conexión a internet. Colombia es el cuarto país en donde más atentados hay en los colegios y entornos escolares. ¿Lo pueden creer? después de Palestina, Ucrania y el Congo. O sea, realmente ser profesor en este país es una actividad de alto riesgo. Súmale tener que dictar cursos y clases multicurso, o sea, tener seis niños en donde cada niño es de un grado distinto, más atender todas las falencias del Estado colombiano: niños y niñas que llegan sin comer o en entornos violentos a recibir clases muchas veces sin ni siquiera un ventilador con techos de asbesto, como lo hemos venido denunciando desde esta curul.

Entonces, para mí el reconocimiento de la labor de los profes, de los maestros y de las maestras es muy muy importante. Los profes tienen una prevalencia cinco veces mayor de cáncer que el resto de la población colombiana. Por eso es tan grave cuando les interrumpen las quimioterapias o los tratamientos.

Entonces, primer punto, yo soy defensora del régimen especial. ¿Eso qué implica? Entonces, yo no quiero que se roben la platica (sic) como han venido haciendo presuntamente en los últimos años, no estoy de acuerdo. Le entregaron la Fiduprevisora al Partido de la U para garantizar los votos de ese partido en el Congreso de la República y entregaron sin licitación a dedo los contratos con las mismas clínicas de los mismos operadores que le prometieron a los maestros que eran precisamente la intermediación que iban a eliminar. Prometieron libertad de elección y ahorita están mandando, pues como les decía, cambiando los tratamientos oncológicos de los pacientes que porque se acaba el convenio con determinada clínica que resulta ser la mejor clínica para atender a los pacientes oncológicos. Entonces, desde mi perspectiva, lo que hay que hacer es tomar la Fiduprevisora, tener una administración honesta y técnica de la Fiduprevisora y hay que obtener herramientas de administración transparente de esos recursos. ¿Qué problema tenemos? Que la plata ya se la gastaron. El año pasado se gastaron la plata de todo el año a junio. O sea, en junio se dieron cuenta de que se habían gastado toda la plata de salud de los maestros. ¿Y qué hicieron? La plata de las pensiones de los maestros y de las maestras. Eso es una cosa que no hubiéramos aceptado jamás, repito, en ningún otro gobierno.



Entonces, pasó ahí la pregunta del movimiento social. Nosotros, pues mi lectura, es que el movimiento social tiene que tener una agenda independiente. No puede depender solamente de un político, y lo digo como política, de un partido y lo digo como una persona que hace parte de un partido o de un presidente y lo dice una persona que hace parte de una campaña presidencial. Gane el presidente que gane el movimiento social no puede convertirse en un movimiento de bolsillo de un gobierno que dura 4 años cuando las agendas y las causas del movimiento social trascienden cualquier gobierno. Entonces hace mucha falta una voz independiente de los maestros y de las maestras. En el Congreso yo pienso que el problema no ha sido escucha, aunque también. Es decir, en las audiencias que se hicieron de la reforma a la salud intervinieron una gran cantidad de académicos, académicas. Por eso se habló de la crisis del IETS, por ejemplo, de la crisis de la financiación de ciencia y tecnología.

Sin embargo, no puede ser una democracia de participación por la participadera (sic) en la que esas intervenciones no son recogidas en el debate legislativo. Es ahí en donde yo pienso que está la molestia de los profesionales de la salud que dicen, “¿Cómo incidimos?” Ahora, yo sí les quiero invitar a que se organicen de una manera más contundente. O sea, yo he estado recorriendo los hospitales con Andrés y en todos lados a donde vamos, de verdad, las condiciones laborales son demasiado precarias que yo digo, ¿cómo no existe un sindicato fuerte, grande, sólido a nivel nacional de trabajadores del Sistema de Salud? Son condiciones de verdad para un profesional, una profesional que se gasta 4 o 5 años, además rotando, haciendo todo lo que ustedes tienen que hacer. Hasta ahora ganamos el pago a los internos de medicina y siguen todas las profesiones que aún así están precarizadas. Estamos luchando por la dignificación del rural, como para graduarse, salir a rogar un contrato cada 3 meses que ni siquiera sube con lo que sube el salario mínimo.

Entonces, desde mi perspectiva, de manera muy humilde, sí les quiero sugerir una organización con muchos más dientes, porque hay muchos otros sectores que sí se mueven en el Congreso con lobby, con 1000 apuestas y para mí sería muy importante que esa participación de la comunidad universitaria y académica de las ciencias de la salud tuvieran una mayor incidencia. Perdón que me extendí, pero fueron dos preguntas.

Andrés Forero: Voy a empezar con esto que decía Jenny. Y yo creo que si más, pero yo siempre que hablaba con algunos actores que planteaban el deseo de incidir en la discusión de los proyectos, yo decía que estaba bien que fueran a las audiencias públicas. No, tristemente las audiencias públicas a veces se convierten en solamente una lista para chequear que se hizo la audiencia pública. Básicamente no se oye, etcétera, etcétera. Hay obviamente congresistas que sí atienden las inquietudes, las preocupaciones, las propuestas que tiene la sociedad civil, pero yo sí creo que es importante que se organicen para que salgan en medios, salgan en redes sociales. Por ejemplo, en la discusión de la reforma que finalmente se hundió, hubo un artículo muy sensible para la comunidad médica que básicamente transformaba las obligaciones de medios que tienen los médicos en obligaciones de resultados y eso se aprobó. Inicialmente, fue escándalo, hubo distintas asociaciones médicas que salieron a criticarlo, hubo eco mediático y eso finalmente se revirtió. Entonces, yo sí creo que tiene que haber una participación, pero sobre todo a través de redes y a través de medios de comunicación, porque la voz de las sociedades científicas, por ejemplo, de las universidades, es muy importante.



Después, con el tema de la salud de los profesores, yo no estoy seguro, yo ahí quizás tengo una diferencia con Jennifer, en que sea conveniente mantener los regímenes exceptuados. Eso también pasa con nuestra fuerza pública, que también hay muchas quejas en la prestación. Las quejas, vuelvo a insistir, yo decía antes que el Sistema de Salud de los profesores también tenía muchos problemas antes del modelo del gobierno de Gustavo Petro. En muchos indicadores está por debajo del régimen subsidiado, del régimen contributivo. Entonces, yo creo que habría que evaluarlo. Yo no me cerraría esa posibilidad de que eventualmente acabáramos con ese régimen de tal manera que, por ejemplo, un profesor pudiera estar en Sura, que es una EPS que funciona bastante bien. Porque tenemos al gobierno que está tratando de forzar a 2.6 o 2.5 5 millones de colombianos a que se vayan a una EPS que se cae a pedazos, pero nuestro superintendente nacional de salud está en Sura, el presidente está en Sanitas, la ministra Corcho está en Sanitas, el ministro Jaramillo está en Sanitas. Entonces, ellos dicen que ese es el modelo que funciona, que es muy bueno, que por favor entendamos que eso es lo que necesitamos todos los colombianos, pero ellos no empiezan con el ejemplo.

Después la pregunta que nos hacían sobre el tema de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud y no es solamente la Superintendencia, eso es lo triste. Yo estaba hablando del tema de la tecnificación y además estoy también pensando ahora en la desnaturalización de la función de algunas de las entidades públicas y aquí básicamente ellos están tratando de ganar una narrativa y entonces desnaturalizan por completo esas entidades. La Superintendencia no debió haber coadministrado como lo está haciendo a las EPS intervenidas. Ahí hay un problema de diseño, hay que decirlo, esto no surge con este gobierno, pero se ha evidenciado y se ha hecho más patente con este gobierno.

Un tema que me parece además muy preocupante, que son tantos los temas de salud que a veces uno no sabe en cuál enfocarse. Lo que está pasando, por ejemplo, que tú hablabas antes, Zulma, del tema de la información, hay un ejercicio que se ha hecho en el país muy interesante que es el de la Cuenta de Alto Costo. Eso debería ser referente para el resto del sistema. Y el ministro, como hay unas informaciones, unos datos que no le gustan, pues básicamente ahora está queriendo tapar y ya no permitir que la población, que los colombianos, la opinión pública conozca esa información. Entonces, obviamente eso también nos preocupa y preocupa, por ejemplo, y aquí vuelvo a lo que les decía, el presidente, el superintendente, el ministro, tratan de instalar la narrativa, lo hizo el ministro ahorita en la Comisión cuarta del Senado, lo hizo el presidente en sus intervenciones públicas, que no, que Nueva EPS está mejor que que Sura. Pero si eso es así, ¿por qué no se traslada? Y entonces ahí está lo que nos estaban preguntando, que entonces tratan de cerrar, que esa es una iniciativa que tiene desde la Superintendencia, de manera anticipada las peticiones, quejas y reclamos para tratar de mejorar los indicadores que son un desastre. Las EPS intervenidas realmente están en una situación dramática y caótica.

Y una cosa que no hablamos antes es el tema de la corrupción. El propio presidente reconoció que hay corrupción en los interventores. Dice que la que nombró sus interventores o la que le mandó las hojas de vida al superintendente fue la señora Laura Sarabia. Pero no pasó nada. Se quedó como embajador en el Reino Unido de Colombia. Y una cosa que también



alarma mucho es que hemos tenido cinco superintendentes en este tiempo y además han salido con muchísimo ruido, salvo el señor Leal, con quien tengo muchas diferencias, pero yo creo que realmente no tiene una intención de robarse los recursos públicos. Los otros tienen mucho ruido de corrupción. Entonces, eso es cómo poner al ratón a cuidar el queso.

SN: Representantes, muchas gracias por sus intervenciones. Agradecerles a todos y agradecerles por este espacio que estamos acá. Lo que buscamos es generar espacios de diálogo, ¿sí? Para buscar cómo los actores del sistema que están acá, varios acá sentados, ¿cierto?, pero también la ciudadanía, ¿sí? cómo generamos espacios para generar esa confianza para avanzar en esta problemática social que tenemos con el tema de la salud. Les quisiéramos dar un último minuto, ustedes si quieren para que le den un mensaje a la ciudadanía en estos tiempos que estamos, electorales.

Jennifer Pedraza: Bueno, en este último minuto me gustaría insistir en el mensaje de invitarles a que participemos. Obviamente tenemos el 31 de mayo la primera vuelta presidencial. Es muy importante salir a votar. Votar por convicción, no solo por el miedo, por quien ustedes quieran. También pueden votar en blanco, lo que sea, pero realmente participar y entender la democracia mucho más allá de la urna. Porque gane el presidente o la presidenta que gane, pues nosotros tenemos este croquis de país en el que, por lo menos tengo mis raíces muy ancladas y entonces pues poder incidir, participar es muy importante, es definitivo.

Y en materia del derecho a la salud, también quiero poner un énfasis y es que de alguna manera también es una crisis que afecta especialmente a las mujeres. Entonces, yo quiero invitar a todas las mujeres a que también participemos, a que nos organicemos lo que nosotras sufrimos, los casos que hemos recibido. De verdad, todos los días. Yo estoy desesperada porque tengo el WhatsApp lleno. Seguramente esto le pasa también a Andrés y a muchos de ustedes. Y ustedes que lo ven en sus consultas, ustedes que lo ven día tras día, cómo no le entregan un medicamento a algunos de sus pacientes. Creo que una de las grandes señas de humanidad es que nosotros hayamos entendido la salud como un derecho fundamental. No podemos retroceder en esa perspectiva. Entonces, pues yo estoy completamente con esta apuesta y desde el Congreso, pase lo que pase con las elecciones presidenciales y pase lo que pase con el Congreso, esta es una causa que debe trascender las urnas y permitirnos encontrarnos como sociedad. Para mí ese es como el mensaje con el que yo quiero cerrar, invitándoles a esa lucha organizada.

Andrés Forero: Yo también cierro con esa invitación, independientemente de por quién vayan a votar. Obviamente, yo pues voy a votar por Paloma Valencia, creo que de las candidatas que mejor conoce el Sistema de Salud. La invitación es a que voten a conciencia porque yo creo que este es uno de los sectores más golpeados por parte de este gobierno y que ha quedado evidenciado que a veces las buenas intenciones y los discursos bonitos pueden conducir al infierno y eso es lo que se está viviendo en este momento tristemente en el país. Entonces, la invitación es a que se vote de manera consciente, de manera responsable, porque vemos y este sector da testimonio de eso, que sí importa y sí tiene consecuencias quién llega a la presidencia de la República.



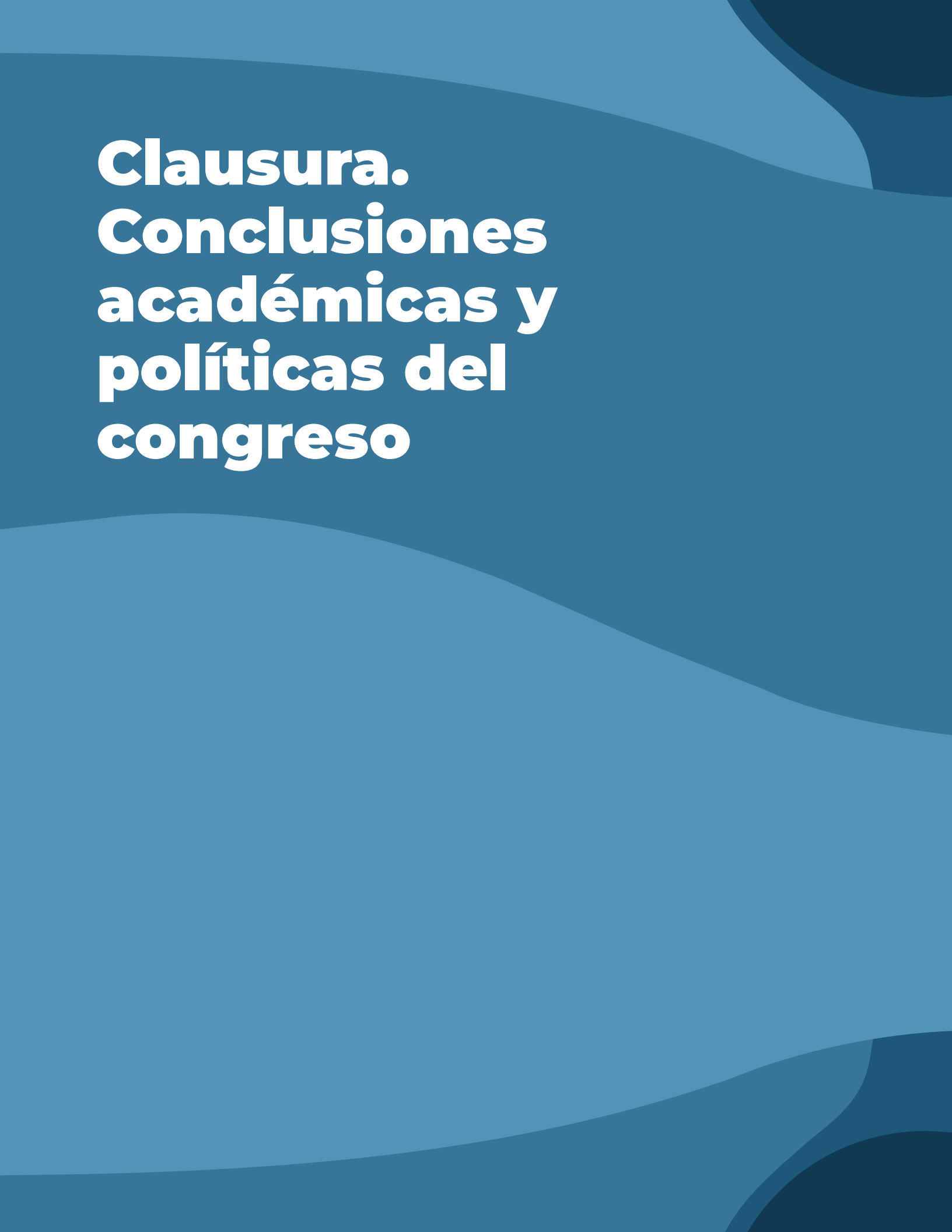
Y aquí nos han dicho claramente que van a insistir en la receta que han tratado de implementar durante todos estos años y que no ha tenido buenos resultados. Y la invitación también más allá de la votación, que creo que es muy importante y ojalá votaran por Paloma, pero si no, salgan a votar responsablemente e inviten además a la gente a votar. Porque yo creo que esto es uno de los ejercicios más importantes y la fiesta democrática con todas limitaciones, porque nuestra democracia tiene limitaciones, pues aquí básicamente todos terminamos siendo corresponsables de lo que va a ocurrir en el país.

Pero más allá de eso, también creo que es importante que, en ese proceso, ojalá que sea con un triunfo de una alternativa al gobierno de Iván Cepeda, yo creo que es importante que ustedes nos ayuden a reconstruir nuestro sistema. Está muy golpeado. Y vuelvo a insistirles, eso que decían que era no el sistema de la ley 100, no, eso fue un proceso colectivo donde participaron los pacientes, donde participaron los médicos, donde participó (sic) también los políticos, donde participaron las aseguradoras, las clínicas, etcétera, etcétera, y construimos gran sistema que fue referente en el mundo, que hoy está muy golpeado y yo tengo la ilusión de que entre todos podamos volverlo a reconstruir.

ZC: Bueno, muchísimas gracias a los representantes. Les pedimos un gran aplauso y pues claramente nos quedan muchas reflexiones. Esto apenas comienza, este gran debate y yo quiero retomar la idea que tenemos que apropiarnos mucho más de este sector. Es muy difícil para la mayoría de los ciudadanos comprender las complejidades de ese sistema y para nosotros como parte del sector también de cierta manera es una responsabilidad ayudar a hacer pedagogía sobre qué significa el Sistema de Salud, sus complejidades y la complejidad de estas decisiones. Además de agradecerles entonces, pues los invitamos a quedarse, vamos a tener el cierre del congreso.

El video de esta sesión está disponible en este enlace:



The background of the slide is a solid blue color with several large, overlapping, wavy shapes in a slightly darker shade of blue, creating a modern, abstract design.

Clausura. Conclusiones académicas y políticas del congreso



Clausura

Conclusiones académicas y políticas del congreso

Maestra de ceremonias: Bueno, llegamos a uno de los momentos de reconocimiento de este congreso. Agradecemos la participación de quienes compartieron sus investigaciones y de quienes votaron por sus pósteres favoritos. Invitamos a Gina Polo, profesora del Instituto de Salud Pública y coordinadora general del Hub de Cambio Climático y Salud para América Latina y el Caribe, quien hará entrega de los reconocimientos.

Bueno, entonces vamos a proceder nombrando los cuatro pósteres ganadores en el bloque de Gobernanza de los Sistemas de Salud, Matamoros y colaboradores. Un aplauso. El título del trabajo: “Gobernanza y acceso institucional en el monopolio estatal de opioides”. Un aplauso, por favor. ¿Algunas palabras quieres decir? Adelante.

Matamoros: Muchas gracias. Digamos que acá estamos desde el Fondo Nacional de Estupefacientes. Somos Unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de Salud. Dar un mensaje, pues que somos muchos más los que creemos en el sistema y somos un grupo de 14 personas muy entregadas, un médico paliativista, experto en dolor, un psiquiatra, ocho colegas químicos farmacéuticos, dos sociólogos que estamos intentando dar lo mejor por el país.

Maestra de ceremonias: Un aplauso. Felicitaciones. En el bloque de financiamiento y sostenibilidad tenemos a Paldova Vanegas y colaboradores. El título del trabajo es: “La anatomía del gasto en salud”. ¿Alguna de las personas del equipo de investigación se encuentra en el auditorio? No, entonces le vamos a guardar el premio. Un representante de Proesa va a recibir el premio, por favor.

Representante Proesa: Bueno, el premio no me lo gané yo, lo ganó mi compañera, pero pues nada, para Proesa todos los coautores, no soy coautor, pero digamos que creo que en Proesa hemos tenido una buena participación en el Congreso. Estamos muy muy muy orgullosos, la verdad, de haber sido invitados, de haber participado y nada, pues creo que el llamado que hacía Jennifer y el llamado que han hecho en general muchos de los ponentes, necesitamos más espacios como estos, necesitamos debatir. Yo estoy particularmente en el mundo académico, también en el mundo del activismo y me interesa muchísimo la política y creo que sí, como académicos muchas veces nos hace falta de pronto meternos más en esto, ¿no? Quedarnos de pronto en el *paper* es chévere, muy bacano, pero creo que ese tipo de espacios nos han ayudado a reflexionar y nos invitan a que tenemos que



llegar un poquito más allá y ser más partícipes y de verdad ser ciudadanos democráticos en mire cómo vamos a tomar las decisiones, cómo vamos a guiar. Y creo que ese espacio ha sido vital para hacer un esfuerzo en esa dirección y qué bueno que más universidades y más centros nos podamos sumar a justamente apuntarle a ese tipo de esfuerzos. Nada, muchísimas gracias. Muchas felicitaciones a la Universidad Nacional, Rosario y Javeriana por este esfuerzo tan enorme y creo que ha sido un evento muy bien logrado, se ha notado y muchísimas gracias por todo.

Maestra de ceremonias: Un aplauso. Gracias. Bueno, en el bloque de Prestación de servicios de salud, el póster ganador Mary González Delgado y colaboradores. El título del trabajo: “Prevalencia del estrés y trastornos del sueño en trabajadores de la salud”. Adelante con la profesora, por favor.

Mary González Delgado: Bueno, buenas tardes. Muchas gracias, porque realmente esto es un trabajo que lo hemos hecho con el alma, con el corazón, enfocándonos en las personas y en este caso las personas trabajadoras de salud, que somos como la base de todo este sistema y de todo lo que hemos hablado en el día de hoy. Muchas gracias.

Maestra de ceremonias: En el bloque Recursos del sistema, talento humano, tecnologías e información. Llamamos a Elvira Durán Rojas y colaboradores con el trabajo “Teletrabajo en el Sistema de Salud”.

Elvira Durán: Bueno, muchísimas gracias. Ese trabajo es fruto de un proyecto de investigación del grupo Gestión en Salud Global de la Universidad de Córdoba, donde nos abrieron un espacio en Montería, de tres IPSs, buscando la flexibilidad en el trabajo para aquellos que son dolientes, profesionales de la salud y administrativos. Muchas gracias.

Maestra de ceremonias: Bueno, felicitaciones a todos los ganadores, a la profesora Gina Polo. Muchas gracias. Para continuar le vamos a dar la palabra al profesor Enrique Peñaloza, presidente del congreso, con las conclusiones académicas y políticas de este espacio.

Palabras de Enrique Peñaloza

El título de presidente no me lo gané en un proceso electoral, no sé por qué fui designado, pero bueno. Yo primero quiero agradecerles a todos los presentes por haber participado y por haber hecho realidad este evento, a los conferencistas que nos acompañaron, pues creo que se cumplió el objetivo. Y a manera de conclusión del Octavo Congreso Internacional de Salud, es posible que afirmemos que este espacio permitió consolidar una discusión regional porque quisimos hacerlo a nivel latinoamericano, no solamente a nivel colombiano, sobre los procesos contemporáneos en términos de transformación del Sistema de Salud de América Latina.

Hemos buscado articular perspectivas provenientes de la academia, la gestión pública, los organismos internacionales y los actores políticos. El congreso estructuró cuatro ejes



temáticos que ustedes pudieron ver a través de su desarrollo: la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos, lo que nosotros como organizadores consideramos nos permitió comprender los Sistemas de Salud desde una perspectiva integral e interdependiente.

Una primera conclusión es que América Latina atraviesa una nueva etapa de reformas de salud caracterizada por tensiones crecientes entre universalización del derecho a la salud, la sostenibilidad financiera y capacidad estatal de implementación. Las experiencias discutidas evidenciaron que los Sistemas de Salud de la región enfrentan desafíos comunes: fragmentación institucional, desigualdades territoriales, debilidad en la coordinación entre los niveles de gobierno y presiones fiscales derivadas de las transiciones demográficas y epidemiológicas. Sin embargo, también quedó claro que no existe un único modelo de reformas aplicable a todos los contextos nacionales, que las trayectorias de cambio dependen profundamente de las capacidades históricas e institucionales de cada país.

En materia de gobernanza, el congreso permitió identificar un consenso relevante. Los Sistemas de Salud requieren fortalecer su capacidad de rectoría pública, pero ello no puede reducirse únicamente a modificaciones normativas o a reorganizaciones administrativas. Las discusiones nos mostraron que la gobernanza efectiva depende de la articulación entre los actores, la coordinación multinivel, de la transparencia institucional y de la capacidad estatal para gestionar conflictos distributivos en contextos de alta fragmentación. Las intervenciones sobre gobernanza territorial y rediseño institucional evidenciaron que la legitimidad de las reformas depende cada vez más de la participación social y de la construcción de confianza entre los ciudadanos e instituciones.

Una segunda conclusión central se relaciona al financiamiento. El congreso evidenció que la sostenibilidad financiera ya no puede analizarse exclusivamente desde el control del gasto o el equilibrio presupuestal. Las discusiones académicas y técnicas mostraron que los mecanismos de financiación deben evaluarse según sus capacidades de reducir inequidades, generar protección financiera a la población y alinear incentivos con modelos de atención centrados en resultados en salud. Los debates sobre gasto público, transparencia fiscal, impuestos y aseguramiento reflejaron que la sostenibilidad depende no solo de cuánto se financia el sistema, sino de cómo se distribuyen los recursos y qué capacidad institucional existe para gestionarlos.

En relación con la prestación de los servicios de salud, emergió con fuerza la necesidad de consolidar modelos basados en atención primaria de salud como estrategia estructurante de los Sistemas de Salud. Sin embargo, también en el congreso consideramos que deja claro que la APS no puede entenderse únicamente como un nivel básico de atención, sino como una lógica organizadora de redes integrales, de gestión territorial, de participación ciudadana. Las discusiones sobre integración de redes, modelos comunitarios, salud rural y gestión por resultados mostraron que uno de los principales desafíos de la región consiste en reducir las brechas entre el diseño normativo y la implementación real de modelos de atención.



En el ámbito de la generación de recursos, el congreso permitió ampliar la discusión más allá del talento humano. Se evidenció que los Sistemas de Salud dependen crecientemente de la interacción entre el recurso humano, las tecnologías, las instituciones y la información. Las ponencias sobre distribución territorial de especialistas, necesidades formativas, salud digital y tecnológica en salud mostraron que las brechas en capacidades siguen siendo uno de los principales determinantes de inequidad en la región. Asimismo, se destacó que la transformación digital, el uso de la inteligencia artificial, deben orientarse a fortalecer capacidades públicas y mejorar decisiones basadas en la evidencia, evitando reproducción de desigualdades existentes.

Desde una perspectiva política, el congreso dejó en evidencia que las reformas en salud son procesos profundamente atravesados por disputas de poder, intereses institucionales y visiones diferenciadas sobre el papel del Estado, el mercado y la protección social. Los conversatorios con representantes políticos y parlamentarios reflejaron que las discusiones sobre salud ya no se limitan a aspectos técnicos, sino se expresan en proyectos distintos de organización social y de relaciones entre el ciudadano y el Estado. En consecuencia, una de las principales lecciones del congreso es que la viabilidad de las reformas depende tanto de la solidez técnica como de su capacidad para construir legitimidad política y acuerdos sociales amplios.

Asimismo, el congreso nos permitió reafirmar que la importancia estratégica de las alianzas institucionales para la producción del conocimiento y la incidencia en política pública, la articulación de nuestra Universidad Javeriana, la Universidad Nacional, la Universidad del Rosario y la Universidad Javeriana de Cali evidenció que los desafíos contemporáneos de los Sistemas de Salud requieren redes de colaboración capaces de integrar investigación, formación, análisis comparado y diálogo con tomadores de decisión.

Finalmente, una conclusión transversal del congreso es que los Sistemas de Salud deben prepararse para enfrentar transformaciones estructurales derivadas del cambio climático, las transformaciones demográficas, la innovación tecnológica y las nuevas desigualdades sociales. Esto exige avanzar hacia sistemas más resilientes, integrados, sostenibles y centrados en las personas. Pero también exige fortalecer las capacidades de los países para producir evidencia, formar talento humano e implementar políticas y sostener reformas en el largo plazo.

Los queremos invitar al próximo Congreso de Cambio Climático y Salud que se realizará el próximo año y obviamente a la novena versión del Congreso de Sistemas de Salud. No sin antes decirles que vamos a tener disponibles todas las presentaciones que hicieron por parte de los panelistas internacionales, las presentaciones orales en video y los videos en formato de YouTube. Y que obviamente ustedes podrán acudir nuevamente a revisar cuando tuvieron que salir a algo y probablemente profundizar sobre ciertos temas. Hoy discutíamos que no nos acordamos qué había dicho tal persona, cuál era el comentario y probablemente es muy importante volver a revisar esos, digamos esas ponencias.

Entonces por mi parte y por parte del comité organizador, un enorme abrazo fraterno y que nos veamos prontamente. Gracias.



Palabras de Liliana Sánchez

Vicerrectora de investigaciones
Pontificia Universidad Javeriana

Señoras y señores, colegas académicos, autoridades del sector salud, representantes de organismos nacionales e internacionales, investigadores y estudiantes:

Al llegar al cierre de este VIII Congreso de Sistemas de Salud, quisiera proponer que no lo entendamos como la finalización de un evento académico, sino como la consolidación provisional de un proceso de deliberación colectiva sobre uno de los objetos más complejos de la política pública contemporánea: los sistemas de salud.

Lo que hemos presenciado durante estos dos días no ha sido únicamente un intercambio de experiencias o una socialización de resultados de investigación. Ha sido, en sentido estricto, un ejercicio de producción social de conocimiento orientado a la acción pública.

Este congreso ha puesto en evidencia que los sistemas de salud deben ser comprendidos como arreglos institucionales dinámicos, atravesados por relaciones de poder, estructuras de incentivos, capacidades estatales y disputas distributivas. No son, por tanto, sistemas neutrales ni exclusivamente técnicos, sino configuraciones históricas en permanente transformación.

Las discusiones desarrolladas, en torno a la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de capacidades, han confirmado la necesidad de avanzar hacia enfoques analíticos integrales, capaces de capturar la interdependencia entre estas dimensiones.

En particular, quisiera destacar cinco aprendizajes que emergen con fuerza desde este espacio académico:

En primer lugar, la gobernanza de los sistemas de salud no puede reducirse a la arquitectura normativa. Requiere comprender la interacción entre niveles de gobierno, la capacidad efectiva de rectoría, la alineación de actores y la gestión de conflictos en contextos de fragmentación institucional.

En segundo lugar, el financiamiento de los sistemas de salud se reafirma como un campo donde convergen tensiones estructurales entre sostenibilidad fiscal, equidad distributiva y eficiencia en la asignación de recursos. Este congreso ha evidenciado la necesidad de avanzar hacia mecanismos que no solo movilicen recursos, sino que los asignen de manera coherente con los modelos de atención y con los resultados en salud.

En tercer lugar, la discusión sobre la prestación de servicios ha evidenciado un consenso en torno al carácter estructurante de la Atención Primaria en Salud, así como la necesidad de consolidar redes integradas, mejorar la calidad y garantizar continuidad del cuidado.



En cuarto lugar, y de manera más amplia, se ha puesto de relieve que los sistemas de salud dependen de la gestión integral de sus recursos. No se trata únicamente del talento humano, aunque este es fundamental, sino también de:

- Recursos financieros, que determinan la sostenibilidad y la capacidad de respuesta del sistema
- Recursos tecnológicos, que incluyen tanto tecnologías sanitarias como procesos de evaluación y regulación
- Sistemas de información, indispensables para la toma de decisiones basada en evidencia
- Capacidades institucionales, que permiten implementar políticas y sostener reformas en el tiempo

La articulación de estos recursos define, en gran medida, el desempeño real de los sistemas de salud.

En quinto lugar, este congreso ha reiterado que las reformas deben analizarse desde la economía política de la implementación, reconociendo el papel de los intereses, las coaliciones y las capacidades institucionales en la viabilidad de los cambios.

Este conjunto de discusiones confirma la necesidad de fortalecer un campo académico caracterizado por su interdisciplinariedad, su vocación aplicada y su compromiso con la transformación social.

En este contexto, quisiera destacar un elemento que ha sido central para hacer posible este congreso y que constituye, en sí mismo, un mensaje estratégico: la importancia de las alianzas interinstitucionales.

Este congreso es el resultado de un esfuerzo conjunto entre la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad del Rosario y la Pontificia Universidad Javeriana Cali, entre otras instituciones académicas.

Esta articulación no es menor. Representa una forma de trabajo que reconoce que los desafíos de los sistemas de salud superan las capacidades de cualquier institución individual.

Las alianzas académicas permiten integrar capacidades, construir agendas comunes, fortalecer la calidad del debate y generar mayor incidencia en los procesos de política pública.

Este congreso es una expresión concreta de esa lógica colaborativa.

Aquí se ha configurado una comunidad académica que no solo produce conocimiento, sino que contribuye activamente a estructurar el debate sobre la reforma de los sistemas de salud en América Latina y en Colombia.



En ese sentido, uno de los principales resultados de este congreso es la consolidación de una red de conocimiento orientada a la acción, cuyos aportes se materializan en recomendaciones académicas y de política pública construidas colectivamente.

Permítanme cerrar con una reflexión final.

Los sistemas de salud enfrentan transformaciones profundas, impulsadas por cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y sociales. Estos procesos exigen no solo más recursos, sino mejores formas de gestionarlos, articularlos y orientarlos hacia resultados en salud.

En este contexto, el conocimiento es un recurso estratégico, pero su impacto depende de nuestra capacidad para producirlo de manera colaborativa, rigurosa y vinculada a la toma de decisiones.

Este congreso ha demostrado que existe una comunidad académica capaz de asumir ese desafío. Y ha demostrado, sobre todo, que las alianzas entre universidades, y la comprensión integral de los recursos del sistema de salud, son condiciones fundamentales para avanzar hacia sistemas más equitativos, sostenibles y centrados en las personas. Desde la Pontificia Universidad Javeriana reafirmamos nuestro compromiso con esta agenda y con el fortalecimiento de estas redes de colaboración y generación de conocimiento. Muchas gracias.

Maestra de ceremonias: Con esto llegamos al cierre del Octavo Congreso Internacional de Sistemas de Salud. Agradecemos profundamente a todos los conferencistas, panelistas, moderadores, organizadores y asistentes por hacer posible este espacio de reflexión y construcción colectiva. Desde el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, los invitamos al próximo Congreso de Cambio Climático y Salud que se realizará en 2027. Un espacio que continuará fortaleciendo el diálogo entre evidencia, política pública y acción climática, uno de los mayores desafíos de nuestra región. Esperamos contar con su participación para seguir construyendo desde América Latina y el Caribe soluciones integradas para la salud y el cambio climático. Les deseamos un buen regreso a sus hogares. Muchas gracias.

El video de esta sesión está disponible en este enlace:



Pósters académicos

Pósters académicos

Gobernanza

1. Gobernanza territorial resiliente en los sistemas de salud urbanos: un marco para países de ingreso medio

Carlos Eduardo Pinzón Flórez, Marcela Díaz Rivadeneira, Germán Escobar Morales
Secretaría de Salud Pública de Cali, Colombia

Antecedentes: La rápida urbanización, la fragmentación institucional y las inequidades intraurbanas persistentes han expuesto límites estructurales en la gobernanza de los sistemas de salud en países de ingreso medio. Aunque la resiliencia se reconoce como un atributo clave, muchos marcos existentes son abstractos y poco útiles para la toma de decisiones territoriales en contextos urbanos complejos.

Objetivo: Proponer y operacionalizar un Marco de Gobernanza Territorial Resiliente para sistemas de salud urbanos e ilustrar su aplicación mediante un caso empírico en América Latina.

Métodos: Se desarrolló una síntesis conceptual basada en la literatura sobre gobernanza de sistemas de salud, sistemas adaptativos complejos, salud urbana y resiliencia, complementada con análisis empírico utilizando datos administrativos en salud, análisis espacial y documentos de política pública. El marco fue construido y validado de forma iterativa, considerando mecanismos de gobernanza en niveles macro, meso y microterritoriales.

Resultados: El marco se estructura en cuatro dimensiones interdependientes: (i) rectoría estratégica y coherencia regulatoria; (ii) inteligencia territorial y sistemas de apoyo a la decisión; (iii) organización adaptativa de los servicios y gestión del riesgo; y (iv) participación comunitaria y rendición de cuentas social. Su aplicación muestra que la gobernanza territorial permite identificar tempranamente tensiones sistémicas, reducir la fragmentación en la toma de decisiones y fortalecer la capacidad adaptativa frente a choques epidemiológicos, financieros y sociales.

Conclusiones: La gobernanza territorial resiliente constituye un enfoque práctico y escalable para fortalecer los sistemas de salud urbanos, ofreciendo orientaciones accionables para mejorar la equidad, la sostenibilidad y la resiliencia en entornos urbanos complejos.

2. Factores clave para la implementación y sostenibilidad de observatorios de salud en Colombia: lecciones de casos exitosos

Daniela Vargas Díaz¹, Pablo Enrique Chaparro Narváez², Carlos Andrés Montalvo Álvarez³

1. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

2. Instituto Nacional de Salud, Colombia

3. Secretaría de Salud del Huila (Observatorio de salud del Huila), Colombia

Introducción: Los observatorios de salud en Colombia son herramientas estratégicas para la vigilancia, el análisis y la difusión de información sanitaria, esenciales para orientar políticas públicas y fortalecer la gobernanza regional. No obstante, su implementación enfrenta retos institucionales, técnicos y financieros. Este estudio identifica los factores de éxito en diversos niveles territoriales para generar recomendaciones aplicables al recién creado Observatorio de Salud del Huila (OSHU).

Objetivo: Identificar los factores que favorecen o dificultan la implementación y sostenibilidad de los observatorios de salud en Colombia.

Metodología: Estudio cualitativo de casos realizado en 2024. Se empleó revisión documental, análisis normativo y entrevistas semiestructuradas a integrantes de observatorios activos en el país. El análisis se efectuó mediante codificación abierta utilizando el software MAXQDA 2022.

Resultados: Se identificaron como facilitadores: el respaldo de la autoridad sanitaria departamental, la articulación intersectorial y académica, la permanencia de talento humano especializado en epidemiología y el alineamiento con agendas nacionales de salud pública.

Como barreras principales destacan: la alta rotación de personal, la dependencia de financiación temporal, la fragmentación en el acceso a datos y deficiencias en la divulgación científica. Además, se consolidaron 25 recomendaciones para el OSHU en áreas como: constitución legal, interacción con actores externos, procesos internos, comunicación, talento humano y redes de conocimiento. Estos aportes son valiosos para cualquier observatorio que busque garantizar su permanencia y efectividad.

Conclusiones: Los observatorios son piezas clave para la vigilancia epidemiológica y la planificación territorial. Su impacto real depende de la sostenibilidad financiera, la institucionalización normativa, la gestión robusta de información y estrategias de apropiación del conocimiento. Estas lecciones pueden consolidar y fortalecer la capacidad del sistema de salud en los territorios.



3. La salud en disputa: el papel de la movilización social en la reforma

Ennue Nathaly Fajardo Rosas, John Anthony Gómez Rosero

Universidad del Valle, Salud Pal Barrio, Colombia

Introducción y objetivo: El estallido social de 2021 en el suroccidente colombiano posicionó la salud como una demanda central, evidenciando tensiones en su gobernanza, barreras de acceso y limitaciones en la participación social. En este contexto, emergieron procesos organizativos que reivindican la salud como derecho y campo de acción colectiva. Esta ponencia analiza el papel de la movilización social en la gobernanza en salud, a partir de experiencias de formación de líderes sociales en Cali y Pasto.

Métodos: Se desarrolló un proceso de formación y acompañamiento con líderes sociales, organizaciones comunitarias y trabajadores de la salud, mediante talleres participativos y espacios de diálogo sobre el funcionamiento del sistema, el derecho a la salud y mecanismos de incidencia. Este proceso contribuyó a la consolidación de la iniciativa “Salud Pal Barrio” en Cali y al fortalecimiento de la Mesa de Salud Colectiva en Pasto.

Resultados: Se evidenció un amplio desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, junto con barreras administrativas persistentes que dificultan el acceso oportuno a atenciones y tratamientos. Asimismo, se identificó el deterioro de las condiciones laborales del personal de salud, lo que limita su organización e incidencia. Los procesos formativos fortalecieron capacidades comunitarias, promovieron la articulación territorial y posicionaron la salud como eje de movilización social e incidencia política.

Conclusiones e implicaciones: La movilización social fortalece la gobernanza en salud al ampliar la participación y la capacidad de incidencia de comunidades y trabajadores. Estas experiencias evidencian la necesidad de promover procesos organizativos que contribuyan a la transformación del sistema, integrando las voces territoriales en la construcción de un modelo más equitativo y centrado en el derecho a la salud.

4. Gobernanza y acceso institucional en el monopolio estatal de opioides en Colombia: análisis de tensiones estructurales mediante métodos mixtos.

Acosta P CA, Rey P LA, Castellanos S PA, Torres R G, Tarazona C CA, Quintana G EA, Camacho M IF, Matamoros P A

Fondo Nacional de Estupefacientes, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia.

Introducción y objetivo: En Colombia, el uso clínico de opioides monopolio del Estado se desarrolla bajo un modelo de control ejercido por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) y los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE). Aunque este esquema ha prevenido crisis por desvío, genera tensiones entre fiscalización y acceso oportuno. El estudio examinó, mediante métodos mixtos, la arquitectura de gobernanza del monopolio



estatal, identificando tensiones operativas y regulatorias que afectan la equidad territorial y la continuidad del acceso.

Métodos: Se realizó un diseño de triangulación convergente integrando: revisión sistemática (23 estudios), encuesta nacional (561 profesionales en 24 departamentos) y 680 entrevistas en 147 IPS. La integración siguió el marco de cinco pasos de Dodd et al., identificando convergencias, complementariedades y disonancias temáticas.

El estudio cumplió con estándares éticos nacionales mediante la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud (CEMIN 21-2024).

Resultados: La integración consolidó 32 temas; seis abordaron directamente gobernanza y acceso. Se evidenció fragmentación territorial con concentración de capacidades en capitales y heterogeneidad en rutas FNE/FRE/IPS. El recetario físico y su implementación desigual limitaron la trazabilidad y aumentaron carga administrativa. Se identificó rigidez en topes de compra y ausencia de metodologías prospectivas de estimación de demanda, priorizándose históricos de consumo y control financiero sobre necesidad clínica, generando desabastecimientos institucionales aun con oferta nacional disponible.

Conclusiones e implicaciones: Las brechas en el acceso institucional a opioides monopolio del Estado responden a tensiones estructurales de gobernanza más que a limitaciones clínicas. La fragmentación territorial, la rigidez regulatoria y la ausencia de planeación prospectiva sustentan la formulación de lineamientos técnicos para fortalecer el modelo desde el MSPS.

5. Fortalecimiento del monitoreo de las enfermedades cardiovasculares en Colombia: desafíos de gobernanza y oportunidades de política pública

Anghella Rosero¹, Victoria E Soto¹, Cristian Corrales¹, Laura Romero¹, Sandra Camacho¹, Kristen Danforth², David Watkins²

1. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA), Universidad Icesi, Cali, Colombia.

2. Department of Global Health, Washington University, WA, EEUU

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la principal causa de mortalidad y la tercera causa de años potenciales de vida perdidos en Colombia en 2023. A pesar de los avances normativos, el monitoreo fragmentado limita la efectividad de las estrategias de prevención. Este estudio analiza los mecanismos de monitoreo, los indicadores y los arreglos institucionales incorporados en las políticas relacionadas con ECV en Colombia. Asimismo, examina la alineación de estos componentes con los estándares nacionales de seguimiento, la cadena de valor pública y la historia natural de la enfermedad.



Mediante un diseño descriptivo transversal, se combinó la revisión documental de políticas nacionales con 23 entrevistas a actores clave. Los componentes se analizaron a la luz de directrices nacionales y de un marco analítico que vincula la cadena de valor pública con la historia natural de la enfermedad.

Se encontró que el monitoreo de las ECV se articula en tres instrumentos principales: el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y la Cuenta de Alto Costo (CAC). Se identificaron 51 indicadores, concentrados principalmente en las fases clínica (22) y preclínica (16), así como en el nivel de resultados (18). Entre las fortalezas destacan el compromiso institucional, la existencia de plataformas digitales y la disponibilidad de indicadores previamente establecidos. Las debilidades persistentes incluyen limitaciones en la interoperabilidad, estandarización insuficiente y el carácter no obligatorio de la RIAS cardio-cerebrovascular.

En conclusión, el sistema de monitoreo se orienta predominantemente hacia productos asistenciales más que hacia la prevención. Resulta esencial integrar los mecanismos existentes, fortalecer la gobernanza de datos e institucionalizar un marco de monitoreo basado en el curso de vida, con el fin de mejorar la coordinación, la rendición de cuentas y el desempeño del sistema.

6. Gobernanza en salud pública y determinantes comerciales de la salud

Blanca Llorente¹, Jineth Araújo¹, Diego García¹, Catalina Espitia¹, Luz Myriam Reynales², Alejandro Marín¹

1. Fundación Anáas, Colombia

2. Instituto de Salud Pública de México

Los determinantes comerciales de la salud (DCS), según la Organización Mundial de la Salud, comprenden las actividades del sector privado que inciden, ya sea de manera positiva o negativa, en la salud de la población. En particular, los DCS explican buena parte de la carga de Enfermedades No Transmisibles (ENT), con consecuencias para la sostenibilidad de los sistemas de salud e influyen sobre los patrones de inequidad en salud.

La sostenibilidad de los sistemas de salud requiere medidas para mitigar los efectos negativos que emergen de los DC en las ENT. Para adoptarlas se requieren condiciones de gobernanza en aspectos como: transparencia y gestión de conflictos de interés; veeduría ciudadana, gestión del conocimiento y protección frente a la desinformación; capacidad de coordinación y de acción intersectorial.

Métodos: estudio de caso que compara los elementos de economía política, con énfasis en dimensiones de la gobernanza que pueden explicar las distintas trayectorias



observadas en tres impuestos sanitarios en Colombia entre 2016 y 2023: tabaco (adopción parcial de aumentos en 2016 con objetivos de salud), alcohol (muy bajo nivel de carga tributaria, con poco efecto en salud) y bebidas azucaradas y ultra-procesados (en fase inicial de implementación desde su creación en 2022).

Entrevistas semi-estructuradas con 26 *Stakeholders* (muestreo por conveniencia) involucrados en la adopción e implementación de impuestos sanitarios. Revisión de documentos de política, declaraciones en medios de los *stakeholders*.

Los resultados permiten identificar los cuellos de botella institucionales y sugieren caminos para reformas que permitan mejorar estas condiciones. Las lecciones en Colombia sobre los impuestos sanitarios ofrecen una oportunidad para analizar cómo se manifiestan las debilidades y fortalezas de la gobernanza y en qué casos han operado como facilitadores o como obstáculos para avanzar en estas y otras intervenciones que operan directamente sobre los mecanismos de los DC y su interacción con la carga de ENT.

7. Del caos a la estrategia: cómo los OKR y la North Star Metric están transformando los servicios de urgencias

Carlos Fernando Valencia Canastero, Catalina Rodríguez Prada, Erika Ibáñez Sandoval, Juan Pablo Herrera, Sergio Buitrago Varela

Clínica del Country, Colombia

Los servicios de urgencias representan uno de los nodos más críticos del sistema de salud, caracterizados por alta variabilidad clínica, presión asistencial permanente, riesgo para la seguridad del paciente y una fuerte interdependencia con el resto de la red hospitalaria. A pesar de su relevancia estratégica, su gestión continúa basándose, en muchos contextos, en múltiples indicadores aislados que fragmentan la toma de decisiones y diluyen el propósito organizacional.

Esta presentación propone un modelo innovador y replicable de gestión estratégica para servicios de urgencias, basado en la integración de Objectives and Key Results (OKR) y una North Star Metric (NSM), como herramientas para alinear calidad clínica, eficiencia operativa y experiencia del paciente. El enfoque permite pasar de un modelo centrado en KPIs dispersos a una lógica de dirección basada en valor, foco estratégico y aprendizaje continuo.

A partir de la experiencia de implementación en servicios de urgencias de alta complejidad en Colombia, se describe una metodología práctica que incluye la definición participativa de una NSM, la construcción de OKR trimestrales alineados a objetivos clínicos y operativos, y su integración en tableros directivos, espacios de gobierno clínico y rutinas operativas. El modelo no reemplaza los indicadores regulatorios existentes, sino que los jerarquiza y conecta con un propósito común.



Los principales resultados observados incluyen mayor claridad estratégica en los equipos clínicos, mejor coherencia entre decisiones asistenciales y resultados organizacionales, fortalecimiento del liderazgo clínico y una visión renovada de urgencias como generador de valor para pacientes, instituciones y el sistema de salud.

La presentación invita a repensar el rol de los servicios de urgencias, no solo como puntos de atención crítica, sino como plataformas estratégicas capaces de liderar la transformación del sistema hacia modelos más eficientes, seguros y centrados en el paciente.

8. Uso dual de alcohol y tabaco y sus interacciones sindémicas con salud mental y multimorbilidad crónica en adultos mexicanos: Evidencia ENSANUT 2021–2023

Julio César Campuzano-Rincón¹, Flor Stella Piñeros-Garzón², Anaid Hernández Álvarez³

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México - INSP, Universidad del Valle de Cuernavaca, México

2. Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD, Colombia

3. Universidad Latinoamericana, México

Introducción: Se han documentado ampliamente los efectos del alcohol y el tabaco, pero poco se registra sobre las interacciones sindémicas derivadas de su uso simultáneo, particularmente en países de ingresos bajos y medios.

Objetivo: Examinar los determinantes conductuales, psicológicos, clínicos y estructurales del uso dual de alcohol y tabaco en adultos mexicanos, evaluando si se constituye vulnerabilidad dentro de un marco sindémico.

Métodos: Se analizaron datos de 32,087 adultos (≥ 20 años) participantes de la ENSANUT 2021–2023. El uso dual se clasificó en cuatro categorías; se estimaron Razones de Riesgo Relativo (RRR) mediante modelos de regresión logística multinomial ponderados.

Resultados: Los usuarios duales representaron el 6.6%, así como la prevalencia más alta de síntomas depresivos combinados con ideación suicida. Los hombres tuvieron nueve veces más probabilidad de ser usuarios duales ($RRR = 9.08$, $p < .001$). La coexistencia de depresión e ideación suicida duplicó la probabilidad de uso dual ($RRR = 2.43$, $p < .001$). La multimorbilidad cardio-renal incrementó significativamente el riesgo de uso dual ($RRR = 1.71$, $p = .008$), mientras que la residencia urbana aumentó el riesgo en todos los niveles socioeconómicos.

Conclusiones: El uso dual de alcohol y tabaco configuran una sindémica distintiva en México, moldeada por la convergencia de riesgo extremo por género, malestar



psicosocial, interacciones con enfermedades crónicas y vulnerabilidad estructural. Se requieren estrategias integradas y multisectoriales que aborden simultáneamente el uso de sustancias, la salud mental y la gestión de enfermedades crónicas.

9. Carga económica de ECV atribuible al consumo de tabaco en México: evidencia del IMSS 2022–2023 e implicaciones para la política fiscal y sanitaria

Julio C. Campuzano Rincón¹, Anaíd Hernández Álvarez², Carlos A. Hernández Girón¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México

2. Universidad Latinoamericana, México

Antecedentes: El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo prevenibles de enfermedad cerebrovascular (ECV). Cuantificar la carga económica atribuible en instituciones públicas resulta fundamental para orientar políticas fiscales y sanitarias.

Métodos: Se realizó un estudio de costo de enfermedad con enfoque de prevalencia desde la perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para los años 2022 y 2023. Se incluyeron casos incidentes de ECV clasificados en cuatro subtipos clínicos. Los costos unitarios se obtuvieron de fuentes oficiales y literatura de microcosteo, ajustados a precios de 2023 con el INPC salud (7.96%). Se aplicaron fracciones atribuibles poblacionales (FAP) de 49% para consumo activo [5,6,22] y 1.57% para exposición pasiva

Resultados: En 2023 se registraron 36,270 casos de ECV en el IMSS, con un costo total de \$28,923 millones de pesos, frente a 29,106 casos y \$21,604 millones en 2022 (+24.6% y +33.9%, respectivamente). Los costos atribuibles al tabaco activo aumentaron de \$10,586 millones en 2022 a \$14,172 millones en 2023 (+33.8%). La exposición pasiva representó \$166 millones en 2022 y \$223 millones en 2023 (+33.9%). En términos presupuestarios, la ECV explicó 8.03% del gasto de atención médica del IMSS en 2022 y 9.52% en 2023.

Interpretación: La ECV atribuible al tabaquismo impone una presión creciente sobre el IMSS. Fortalecer políticas de control del tabaco en línea con el CMCT-OMS y las medidas MPOWER en particular el incremento de impuestos —representa una estrategia costo-efectiva con beneficios sanitarios y fiscales sustanciales.



10. Consumo de tabaco y salud mental en México: análisis sindémico de la multimorbilidad crónica 2021–2023

Julio C. Campuzano Rincón¹, Flor Stella Piñeros-Garzón², Anaid Hernández Álvarez³

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México - INSP; Universidad del Valle de Cuernavaca - UNIVAC, México

2. Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD, Colombia

3. Universidad Latinoamericana, México

Introducción: El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo modificables para la salud pública a nivel mundial, y en México continúa siendo un problema prioritario por su elevada prevalencia y múltiples consecuencias clínicas.

Objetivo: Analizar la asociación entre el consumo de tabaco, los síntomas depresivos, la ideación suicida y las comorbilidades crónicas en adultos mexicanos, destacando las interacciones sindémicas que amplifican la vulnerabilidad.

Métodos: Se utilizaron datos de 32 087 adultos (≥ 20 años) de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021–2023. La condición de fumar (actual, exfumador, nunca) se modeló como variable dependiente en regresiones logísticas multinomiales ajustadas por diseño complejo de encuesta. Se evaluó un conjunto de modelos que incorporaron interacciones entre salud mental, multimorbilidad cardiometabólica (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, obesidad) y el eje cardio-renal (enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular).

Resultados: Los fumadores actuales presentaron mayor probabilidad de ideación suicida y de coexistencia de síntomas depresivos e ideación suicida. Los exfumadores mostraron asociaciones consistentes con síntomas depresivos y multimorbilidad, particularmente en el eje cardio-renal. En conjunto, la coexistencia de problemas de salud mental y enfermedades crónicas amplificó los riesgos asociados al tabaquismo más allá de sus efectos individuales. La coexistencia de condiciones de salud mental y enfermedades crónicas amplificó los riesgos asociados al tabaco más allá de sus efectos individuales.

Conclusiones: El consumo de tabaco en México debe entenderse dentro de un marco sindémico, donde la salud mental y las enfermedades crónicas interactúan de manera sinérgica. Estos hallazgos refuerzan la urgencia de integrar el control del tabaco con la gestión de la multimorbilidad y la salud mental, avanzando de intervenciones fragmentadas hacia políticas públicas equitativas y sostenibles.



11. Alertas predictoras de intervención por parte de la SNS a Empresas Administradoras del Plan de Beneficios y de cómo estas son o no eficientes y oportunas

Raúl Andrés Hernández Cárdenas

Universidad de los Andes, Colombia

Introducción: Las alertas predictoras de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) a Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) son indicadores del buen funcionamiento de estas; analizar las relaciones entre las alertas es una revisión necesaria a la luz del histórico de años pasados, como parte del entendimiento de uno de los problemas que aqueja al sistema general de seguridad social en salud: el cierre de las EAPB.

Objetivo: Determinar si las alertas del sistema de SBR son oportunas y eficientes para tomar decisiones frente al manejo de las EAPB

Metodología: Es un análisis cuantitativo, descriptivo y retrospectivo para responder a la forma de cómo se comportan las alertas tempranas y su efectividad en el campo de la supervisión basada en riesgo.

Se seleccionaron como unidad de análisis algunas de las 34 EAPB que prestan servicios en el territorio nacional, con corte a 11 de marzo de 2022, según información reportada en la página oficial del MSPS. De estas, se eligieron 19 EAPB en total, que contemplan 10 del régimen subsidiado y 9 del contributivo.

Se utilizó el histórico anual del 2017 al 2021 de las variables elegidas para las entidades que cumplían los criterios de selección, a fin de establecer una correlación entre los resultados de sus variables y el estado actual de la entidad.

Resultados: El principal hallazgo de este estudio es que lo definido como alertas tempranas, no está funcionando ni eficaz, ni oportunamente. Se logró establecer que existiendo información reportada en la Circular Única que no cumple con el estándar mínimo, en la actualización e informes posteriores de la SNS se muestra como un indicador que cumple.



12. Planificación de los servicios de salud para niñas, niños y adolescentes en Antioquia en el periodo 2012-2022: una mirada crítica

Sergio Andrade Mejía¹, Ivane Felipe Muñoz¹, Maylen Rojas Botero²

1. Universidad de Antioquia, Colombia

2. Organización Panamericana de la Salud, Colombia

Introducción: La oferta de servicios de salud podría ser planificada para cumplir con las necesidades de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA). Como estudio de caso, esta investigación tuvo como objetivo comprender, desde una perspectiva crítica, los procesos de planificación de servicios de salud para NNA en Antioquia en el periodo 2012-2022 y su relación con algunas características sociodemográficas, de morbilidad y mortalidad.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio de métodos mixtos convergente; el componente cuantitativo fue un estudio ecológico cuyas unidades de análisis fueron las subregiones de Antioquia en el tiempo, mientras que en el componente cualitativo se desarrolló la teoría fundamentada constructivista en entrevistas con actores clave y revisiones documentales de la legislación y los planes territoriales de salud.

Resultados: Se revelaron diferencias en la morbilidad por subregiones y grupos; el 65 % de las muertes en menores de 5 años fueron potencialmente evitables, existen inequidades en la oferta de servicios de salud concentrados en el Valle de Aburrá y una pobre influencia efectiva de la planificación en la oferta de servicios de salud a pesar del desarrollo en la normatividad colombiana de la convención de los derechos del niño.

Conclusiones: A pesar de que la forma de enfermar y morir de las NNA fue diferente en relación al lugar de residencia, pobreza y el tipo de aseguramiento, y de que cerca del 65% de las muertes eran susceptibles de evitar con acceso a servicios de salud de calidad, el principal determinante de la oferta de servicios de salud para NNA es la dinámica del mercado que los concentra en las zonas urbanas y de mayor desarrollo socioeconómico. Las autoridades de salud y los planes territoriales de salud tienen una limitada capacidad para abordar los problemas de salud y de injerencia en las redes de prestación de servicios de salud.



Financiamiento

1. Suficiencia actuarial y sostenibilidad financiera del financiamiento en salud por capitación en Colombia (2015–2024)

Carlos Eduardo Pinzón Flórez¹, Marcela Díaz Rivadeneira², Rafael Antonio Restrepo²

1. Secretaría de Salud Pública de Cali, Colombia

2. Observatorio Salud Pública de Cali, Colombia

Antecedentes: Los sistemas de financiamiento en salud basados en capitación dependen de la adecuación actuarial de los pagos per cápita para garantizar sostenibilidad financiera y continuidad del acceso. En Colombia, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el principal mecanismo de financiación del aseguramiento. En la última década, el aumento de la morbilidad, la inflación farmacéutica, el envejecimiento poblacional y los traslados masivos de afiliados tras la liquidación de aseguradores han puesto en duda la suficiencia actuarial y financiera de la UPC.

Métodos: Se realizó un estudio panel financiero-actuarial del sistema de aseguramiento colombiano (2015–2024) con datos administrativos nacionales. La suficiencia financiera se evaluó mediante la razón de siniestralidad (gasto reconocido/ingresos por UPC). La suficiencia actuarial se analizó con modelos lineales generalizados para identificar determinantes del desbalance, incluyendo morbilidad, envejecimiento, inflación del sector salud, gastos no incluidos en el plan de beneficios y traslados de afiliados. La suficiencia prospectiva se evaluó con simulaciones de Monte Carlo para 2025–2028. Los valores se expresaron en pesos constantes de 2024.

Resultados: Entre 2015 y 2024, los ingresos por UPC crecieron 5,2% anual, mientras que el gasto reconocido aumentó 8,3%, generando una brecha acumulada de 27,4%. Desde 2021, la siniestralidad superó el 100% en ambos regímenes y alcanzó 108,6% en 2024. La morbilidad, la inflación farmacéutica, el envejecimiento poblacional y los traslados masivos fueron determinantes significativos de la insuficiencia de la UPC. Las simulaciones indican déficits persistentes sin ajustes por riesgo.

Conclusiones: El financiamiento por capitación en Colombia presenta insuficiencia actuarial y financiera persistente, lo que exige una reforma prospectiva de la UPC ajustada por riesgo para asegurar sostenibilidad, solvencia y continuidad del acceso.



2. **Financiamiento capitado y cobertura efectiva: Eficiencia en el uso de la Unidad de Pago por Capitación en el tamizaje de cáncer de mama y cérvix en Colombia**

Ingrid Liliana Minotta Díaz

Grupo de Investigación Economía, Gestión y Salud (ECGESA), Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Grupo Exposoma y Mecanismos Biológicos de las Enfermedades, Universidad CES-Imperial College London, Inglaterra

Introducción: El cáncer de mama y cérvix constituyen la primera y cuarta causa de mortalidad oncológica en mujeres a nivel mundial. La detección temprana mediante mamografía y citología es una intervención costo-efectiva financiada en Colombia a través del esquema de aseguramiento y financiamiento basado en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), principal mecanismo de asignación de recursos públicos a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). No obstante, pese al financiamiento garantizado, las coberturas siguen siendo bajas (51,13% en citología y 23,87% en mamografía). El objetivo fue evaluar la eficiencia técnica de las EAPB en el uso de los recursos financieros provenientes de la UPC (input) en servicios efectivos de tamizaje (outputs), considerando condiciones estructurales como ruralidad y tamaño de la población femenina afiliada entre 25 y 69 años.

Métodos: Se aplicó un modelo no paramétrico de eficiencia tipo Orden M condicionado. La UPC se consideró como input, mientras que el número de mamografías y citologías realizadas constituyó los outputs. Se estimó eficiencia no condicionada y eficiencia condicionada incorporando variables de entorno para analizar cómo factores territoriales y demográficos influyen en la capacidad de las EAPB para convertir recursos capitados en cobertura efectiva.

Resultados: La eficiencia técnica no condicionada promedio fue de 1,65, lo que indica que, sin considerar diferencias estructurales entre aseguradoras, podría incrementarse hasta en 65% la producción de servicios sin aumentar el financiamiento capitado. Al ajustar por variables de entorno, la eficiencia promedio disminuyó a 1,28, evidenciando que parte de la ineficiencia inicial se explica por diferencias estructurales. Sin embargo, incluso tras el ajuste, persiste un margen de mejora del 28%.

Conclusiones e implicaciones: Persisten ineficiencias en el uso de los recursos de la UPC destinados al tamizaje, con implicaciones para la equidad territorial y la optimización del financiamiento público en salud.



3. Expanding Maternal Health Coverage to Venezuelan Migrants in Colombia: Effects on Prenatal Care and Infant Outcomes, 2013–2020

Paul Andrés Rodríguez Lesmes¹, Oscar Espinosa², Thomas Hone³, Christopher Millett³, Valeria Bejarano², Javier Eslava-Schmalbach^{2,4}, Carol Guarnizo-Herreño², Giancarlo Buitrago^{2,5}

1. Universidad del Rosario, Colombia

2. Universidad Nacional de Colombia

3. Imperial College London, Inglaterra

4. Hospital Universitario de Colombia

5. Fundación Cardioinfantil, Colombia

Background: During the 2010s, more than 2.8 million Venezuelans migrated to Colombia. Before 2016, migrant women were entitled to emergency, delivery, and postnatal care, but lacked effective access to routine prenatal services. In 2016, Colombia extended eligibility for subsidised health insurance to vulnerable Venezuelan migrant women, granting them equal entitlement to maternal and child health services.

Objective: To evaluate the impact of extending subsidised insurance coverage to migrant mothers on prenatal care utilisation and neonatal outcomes.

Methods: We conducted a national retrospective cohort study of 326,968 singleton live births to migrant mothers between 2013 and 2020 using administrative data. We applied a difference-in-differences (DiD) design comparing migrant and Colombian mothers before and after the reform within departments. A difference-in-differences-in-differences (DDD) model isolated effects among migrant mothers who transitioned into subsidised coverage. Stratified analyses explored heterogeneity by education and regional migrant density.

Results: Between 2013 and 2020, 298,550 migrant women enrolled in subsidised insurance during the perinatal period. Population-level DiD estimates showed no large or sustained improvements in most neonatal outcomes. However, DDD estimates revealed significant increases in prenatal care utilisation among migrant mothers who enrolled in coverage, with larger effects among women with lower educational attainment. Effects were broadly consistent across regions.

Conclusions: Extending subsidised insurance to migrant women increased preventive maternal care utilisation but did not generate sustained reductions in infant mortality in a context where delivery and emergency obstetric care were already guaranteed. These findings inform health reform design in Latin America amid large-scale displacement and fiscal constraints.



4. Progresividad del gasto de bolsillo en salud en Colombia (1997–2024): avances y retrocesos en protección financiera

Andrés Felipe Martínez Barrera, Juan Camilo Herrera, Victoria Soto

PROESA, Universidad Icesi, Colombia

La protección financiera es un objetivo central de los sistemas de salud y una dimensión fundamental de la Cobertura Universal en Salud. En Colombia, pese a presentar niveles relativamente bajos de Gasto de Bolsillo en Salud (GBS), persisten desigualdades en su distribución. El objetivo de este estudio es analizar la progresividad del GBS en Colombia entre 1997 y 2024 y evaluar su evolución en distintos subgrupos poblacionales.

Se utilizan datos de la Encuesta de Calidad de Vida para diez años del período analizado en los que es posible estimar el GBS. Se estiman el coeficiente de Gini del ingreso, el índice de concentración del GBS y el índice de Kakwani. El análisis se desagrega por región, régimen de aseguramiento, nivel de ingreso y características sociodemográficas del hogar.

Los resultados muestran que el GBS ha sido regresivo durante todo el período. El índice de Kakwani pasó de -0.41 en 1997 a -0.13 en 2023, indicando una reducción sostenida de la regresividad coincidente con la expansión del aseguramiento. Sin embargo, en 2024 se observa un deterioro a -0.24. La regresividad es mayor en hogares afiliados al régimen subsidiado, con enfermedades crónicas y de bajos ingresos.

Se concluye que tras la Ley 100 de 1993 hay una reducción sostenida de la regresividad del GBS, pero en 2024 se regresa a los niveles estimados para el 2000, cuando apenas se estaba consolidando la cobertura del sistema. Este retroceso, combinado con la persistente vulnerabilidad de ciertas poblaciones, sugiere que las tensiones institucionales y financieras recientes del sistema han retrocedido los avances en protección financiera alcanzados en las últimas tres décadas.

5. La anatomía del gasto en salud: El peso de las enfermedades y la multimorbilidad

Anna Pavlova Vanegas Giron¹, Anghella Rosero¹, Sergio Prada²

1. PROESA, Universidad Icesi, Colombia

2. Fundación Valle de Lili, Colombia

Comprender la proporción del gasto público en salud atribuible a patologías específicas es fundamental para la sostenibilidad financiera, especialmente ante el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y la alta presencia de multimorbilidad. En este contexto, identificar el peso de cada patología en el gasto público constituye un insumo crítico para la planificación estratégica, la gestión del riesgo



y la asignación eficiente de recursos. Este estudio estima el gasto público asociado a 88 condiciones de salud, definidas mediante agrupaciones diagnósticas, priorizando aquellas con mayor prevalencia en la población de 60 años o más en Colombia.

A partir de datos administrativos de la Base de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo, se implementó una estrategia metodológica contrafactual que permite identificar la proporción del gasto de cada enfermedad, controlando los efectos de la multimorbilidad. El estudio toma como caso de análisis a Cali durante el año 2023. Los resultados indican que la estrategia propuesta explica el 81,83 % del gasto en salud de esta población. Las patologías crónicas concentran la mayor proporción del gasto, encabezadas por la hipertensión arterial, condición a la que se atribuye la fracción más alta para la población analizada (17,96%), seguida por la diabetes mellitus (6,33%) y las enfermedades del sistema digestivo (4,06%).

En conclusión, esta metodología permite descomponer el gasto público controlando la multimorbilidad y aporta evidencia relevante para diseñar políticas que fortalezcan la progresividad del financiamiento. Los hallazgos sugieren que la sostenibilidad del sistema no depende exclusivamente de la contención agregada, sino de una gestión efectiva de condiciones prevalentes que, de lo contrario, profundizan las brechas de gasto. Por tanto, la prevención y el seguimiento oportuno de la hipertensión y la diabetes constituyen estrategias que protegen la eficiencia distributiva y garantizan una asignación de recursos más eficiente.

6. Tendencias, desigualdades y factores determinantes de las hospitalizaciones evitables por enfermedades crónicas en México

Elizabeth Hoyos Loya¹, María Cecilia González Robledo¹, Juan Pablo Gutiérrez², Julio César Hernández Montañez¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública de México

2. Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: México enfrenta una elevada carga de la enfermedad por enfermedades crónicas, donde 12.6% de la población adulta vive con diabetes tipo 2 (DT2) (1,2) y 34,4% de hipertensión (HTA). Debido a barreras en el acceso para su atención y tratamiento, 69.1% de esta población experimenta alguna complicación, se estima que hasta 52% de las hospitalizaciones generadas por complicaciones podrían haber sido retrasadas y evitadas (3, 4).

Objetivo: Estimar la magnitud y los determinantes de la desigualdad en el indicador de hospitalización evitable (HE) por DT2 e HTA en adultos sin seguridad social en México entre 2010 y 2020.



Métodos: Estudio ecológico con datos de 2.469 municipios para los años 2010, 2015, 2019 y 2020. Se estimó y estandarizó la tasa de HE por cada 10,000 adultos sin seguridad social. Se estimó la desigualdad a través del índice de concentración (IC) para las tasas de HE considerando al índice de marginación (IM) como estratificador de equidad y se realizó un análisis de descomposición para identificar los principales determinantes de ésta.

Resultados: La tasa de HE por DT2 e HTA disminuyó de 24,4 a 12 por cada 10.000 adultos de 2010 a 2020, mostrando mayores tasas para complicaciones crónicas de la DT2. Las tasas se concentraron en municipios con mayor marginación (IC entre -0.19 en 2010 y -0.18 en 2020, $p < 0.01$). La desigualdad en el IM, el porcentaje de población sin seguridad social, la tasa de camas hospitalarias, el gasto público en salud, la tasa de personal de medicina y enfermería en el primer nivel de atención, son determinantes que explican la desigualdad en la HE.

Conclusiones e implicaciones: En México, persisten desigualdades significativas en las tasas de HE por DT2 e HTA, afectando principalmente a los municipios con mayor marginación. Para reducir estas disparidades, es crucial incrementar el financiamiento público del sistema, que permita la mejora de la calidad a servicios médicos, especialmente en áreas marginadas, y garantizar una distribución equitativa de recursos humanos y materiales en el sistema de salud.



Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud

1. Experiencia de atención a mujeres víctimas de violencia en Consultorios Rosa. Cali, Colombia

Yivi Yohana Estrada Duque, Liliana Otálvaro
Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Objetivo: Describir la experiencia de atención recibida por mujeres víctimas de violencia de pareja, mediante la estrategia de Consultorios Rosa en dos IPS de atención inicial en Santiago de Cali- Valle del Cauca período 2020-2022.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica utilizando entrevistas semiestructuradas para analizar las experiencias de atención en salud de mujeres víctimas de violencia de pareja en los Consultorios Rosa de Cali, Colombia, específicamente dos centros de atención primaria en la Red Salud Ladera y Red Salud del Norte.

Resultados: La violencia en las relaciones de pareja se manifiesta en diversas formas y tiene un impacto negativo en la salud emocional, mental y física de las mujeres, así como en su seguridad. La estrategia de los Consultorios Rosa se presenta como oportunidad para que las mujeres puedan iniciar su proceso de recuperación y darle un nuevo significado a su experiencia; sin embargo, se identificaron mejoras que deberían realizarse en las intervenciones propuestas desde esta.

Conclusiones: Las mujeres continúan siendo víctimas de abuso en diferentes formas dentro de sus relaciones de pareja, lo que afecta negativamente su salud, bienestar y calidad de vida. Se evidencian consecuencias emocionales, mentales y físicas como resultado de estas situaciones violentas. La violencia de pareja sigue siendo un problema prioritario de salud pública que requiere intervención. Las estrategias en salud pública desempeñan un papel crucial en la recuperación de las mujeres víctimas de violencia; sin embargo, su efectividad se ve limitada si no se garantiza un acceso oportuno a la justicia.



2. Análisis sindémico de comorbilidades crónicas y condiciones sociales en personas mexicanas con ideación suicida y síntomas depresivos

Diana Carolina Urrego^{1,2}, Julio Cesar Campuzano³, Jorge Martin Rodriguez^{2, 3}, Anaid Hernández⁴, Yesika Fernandez¹, Luz Myriam Reynales³

1. Minsalud, Colombia

2. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

3. Instituto Nacional de Salud Pública de México

4. Universidad Latinoamericana, México

Objetivo: Estimar la prevalencia y los determinantes de los síntomas depresivos, la ideación suicida y su coexistencia con enfermedades crónicas en adultos mexicanos que viven en condiciones de vulnerabilidad social.

Métodos: Se analizaron datos de 32.087 adultos (mayores o iguales a 20 años) provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT Continua) 2021–2023, la cual es una encuesta representativa a nivel nacional. Se construyó un desenlace multinomial con cuatro categorías mutuamente excluyentes, en concordancia con los objetivos del estudio. Se emplearon modelos de regresión logística multinomial para evaluar las asociaciones entre los desenlaces y variables sociodemográficas, estilos de vida, comorbilidades crónicas y términos de interacción previamente especificados. Los análisis consideraron el diseño complejo de la encuesta y ponderaciones muestrales.

Resultados: El 15,4% de la población reportó síntomas depresivos, 4,3% ideación suicida y 3,5% la presencia simultánea de ambos fenómenos. Las mujeres y los adultos mayores presentaron las más altas prevalencias en todas las categorías. Las personas que con la coexistencia de enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular mostraron una probabilidad relativa 3,63 veces mayor de ideación suicida (IC 95%: 2,48–5,31) y una probabilidad 8,35 veces mayor de depresión comórbida con ideación suicida (IC 95%: 6,20–11,26), en comparación con aquellos que no presentaban ninguna de las dos condiciones. Igualmente, se observaron marcados gradientes sociales, con mayor vulnerabilidad entre personas de menor nivel socioeconómico y residentes en áreas urbanas.

Conclusiones: La depresión y la ideación suicida en México se configuran dentro de un marco sindémico, potenciado por la multimorbilidad cardiometabólica y cardio-renal y por desigualdades estructurales. Integrar la atención de la salud mental en los programas de manejo ambulatorio de enfermedades crónicas constituye una prioridad estratégica para la salud pública.



3. Prestación Primaria Comunitaria en Colombia desde la Resolución 2628/2025: la integración progresiva de las Organizaciones de Base en los sistemas de salud

Damary Martínez¹, Nicolás Reyes Galindo^{1,2}

1. Corporación Red Somos, Colombia

2. Universidad El Bosque, Colombia

Los desafíos en la prestación de servicios de salud para poblaciones vulnerables o de difícil acceso con enfoque diferencial persisten en el país. En respuesta, organizaciones de base comunitaria (OBC) como Red Somos lideraron procesos de incidencia para reconocer e integrar la figura del Prestador Primario Comunitario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de la Resolución 2628/2025 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Al respecto, este trabajo analiza este proceso para la prestación de los servicios desde las comunidades, desde la integración de la respuesta social como un componente regulado de la Atención Primaria en Salud (APS).

Para ello, se revisan las fases de interlocución con el MSPS en el proceso de incidencia técnico-política de 2017 a 2025. Este incluyó la estandarización de acciones comunitarias al crear 10 manuales de servicios y 21 procedimientos operativos de calidad, conformar un Comité de Expertos Comunitarios, proponer una modificación a la resolución 3100/2019, identificar la capacidad de 125 OBC del país y diseñar una ruta de incidencia multinivel y multiactor.

En ello, resalta que el proceso de incidencia técnico-política fue posible por la insistencia programática y apoyo financiero de cooperación internacional; la alineación de OBC de sectores como salud sexual y reproductiva, salud mental o reducción de riesgos; y el interés del gobierno para la reforma del SGSSS apostando por la APS, al establecer canales de concertación entre las comunidades y el nivel ministerial y viceministerial.

Así, esta resolución co-construyó la cartera de servicios que pueden prestar las OBC dentro del cuidado integral de la salud, siendo concurrentes y complementarias a la oferta actual. También, desarrolló por primera vez mecanismos de contratación social directa con recursos del SGSS, aportando a la sostenibilidad de procesos comunitarios. Siendo así, esta es una hoja de ruta en la región para integrar formalmente a la sociedad civil en las redes de servicios sanitarios en mejora de sus resultados en salud.

4. Aplicación de los requisitos establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), en el subsistema de salud del ejército nacional

Angie Catalina Arévalo Lobaton

Universidad Externado de Colombia

El presente artículo analiza el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares desde su condición de régimen especial frente a la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), evaluando su grado de alineación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS). Si bien este subsistema tiene como misión garantizar la atención integral a su personal activo, retirado y núcleo familiar, enfrenta desafíos persistentes relacionados con el cumplimiento de los estándares y criterios definidos por el SOGCS, lo cual impacta directamente en la calidad, oportunidad, seguridad y continuidad de los servicios de salud. A partir de un enfoque normativo, institucional y operativo, se identifican los componentes de este sistema y su implementación dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). Este estudio se realizó mediante una metodología cualitativa de tipo descriptivo basada en la revisión documental y normativa de los estándares, procedimientos y condiciones mínimas que requieren los servicios de salud para su prestación efectiva. Los resultados permiten identificar avances importantes frente a los componentes del SOGCS, sin embargo, también se evidencia desafíos administrativos y estructurales que dificultan una integración efectiva con el sistema general. En consecuencia, se plantea la necesidad de fortalecer la aplicación de los componentes del SOGCS especialmente el proceso de habilitación en el Ejército Nacional, de manera que se garantice una prestación de servicios más óptima, estandarizada, eficiente y equitativa para su población beneficiaria.

5. Clima organizacional como determinante estructural de la calidad percibida en atención primaria: estudio multicéntrico en una E.S.E. del norte del Cauca

Luis Eduardo Banderas Fori

Universidad Uniminuto, Colombia

La calidad en salud es un constructo sistémico que integra estructura organizacional, procesos asistenciales y resultados, incluyendo la experiencia del usuario. La evidencia internacional ha demostrado que condiciones organizacionales como liderazgo, clima laboral y bienestar del talento humano influyen en seguridad del paciente y satisfacción (Donabedian, 1988; Aiken et al., 2014; Bodenheimer & Sinsky, 2014). En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad exige resultados centrados en el usuario, lo que demanda integrar mediciones estructurales y experienciales en la gestión institucional.

Objetivo: Analizar la relación entre el clima organizacional percibido por colaboradores y la calidad del servicio percibida por usuarios en una Empresa Social del Estado (E.S.E.) multi-sede del norte del Cauca.



Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal (2024–2025). Se aplicó el Instrumento de Medición del Clima Organizacional (IMCOC) a 164 colaboradores y la escala SERVQUAL a 421 usuarios en cuatro sedes municipales. Se estimaron coeficientes alfa de Cronbach, estadísticas descriptivas, intervalos de confianza al 95 %, correlaciones de Spearman y Pearson por sede y modelos ecológicos exploratorios para integrar resultados.

Resultados: La calidad percibida global fue moderadamente alta ($M = 4.94$; $DE = 1.43$; $\alpha = .992$), con mejor desempeño en empatía y fiabilidad. El clima organizacional presentó nivel favorable ($M = 3.43$; $DE = 0.57$), destacando relaciones interpersonales y motivación, pero con debilidades en toma de decisiones y coordinación formal. La correlación por sede fue positiva ($\rho = .40$), aunque no significativa debido al tamaño ecológico reducido ($n = 4$), evidenciando tendencia consistente con el modelo estructura–proceso–resultado.

Los hallazgos sugieren que el clima organizacional constituye un determinante estructural relevante de la calidad percibida. La integración sistemática de IMCOC y SERVQUAL en el PAMEC puede fortalecer la gobernanza institucional y la mejora continua en contextos territoriales complejos.

6. Prevalencia de estrés y trastornos del sueño en trabajadores de la salud involucrados en un evento adverso en Colombia en el año 2025

Mery González Delgado, Javier Isidro Rodríguez, Mónica Lucía Ballesteros Barajas, Juan Climaco López Guzmán, Sergio Armando Melo Ortega, Fabián Enrique Cambindo García, Rosa Angelica Cárdenas Prada, Jennifer Paola Jaimes Sierra, Azucena Carolina Reuto Antolínez, Edwin Armando Reyes Guzmán, Yudy Fiorelly Sánchez, Jhon Derlin Zapata Grisales

Corporación Universitaria Minuto de Dios Facultad de Ciencias Empresariales, Maestría en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo, Colombia

Objetivo: Describir la prevalencia de trastornos del sueño y estrés en trabajadores de salud involucrados en un evento adverso en instituciones de salud colombianas en el año 2025

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, paradigma positivista y diseño transversal de prevalencia, se realizó en el talento humano en salud involucrado en eventos adversos en Colombia, con una muestra de 630, se usó un muestreo a conveniencia. Se emplearon los instrumentos: Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) y Cuestionario de Trastornos del Sueño de Monterrey (CTSM), Características sociodemográficas y propias del trabajo. Y, técnicas de estadística descriptiva (porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) e inferencial (chi 2 y t student), con el software SPSS V. 26.



Resultados: La prevalencia de segundas víctimas fue (14.9% n:94), principalmente sexo femenino (68.1%; n:64), profesional de enfermería (35.1%; n: 33), auxiliar de enfermería (29.8%, n:28) ($p:0.0001$), jefe de hogar (69.1%, n:65 $p:0.007$), frecuencia de pausas activas ni una vez al día (39.4%, n:37, $p: 0.001$). Con estrés bajo (20.2% n:19), estrés moderado (76.6%, n:72) y estrés severo (3.2%, n: 3).

Por otra parte, se encontraron alteraciones del sueño leves en (47.9%, n: 45), y moderada en (13.8%, n: 13).

Conclusión: Se revela la importancia del fenómeno de segundas víctimas para el paciente con su red de apoyo, y para los trabajadores en salud quienes se afectan gravemente a nivel emocional y en su calidad de vida. Siendo este un fenómeno estructural propio del sistema sanitario mediado por factores contributivos como la sobrecarga laboral y una cultura punitiva en las organizaciones sanitarias, que pone el foco en una perspectiva integral de la seguridad del paciente que incluya el apoyo y acompañamiento del personal sanitario que enfrenta este fenómeno.

7. La Apropiación Social del Conocimiento como dispositivo de mediación entre la salud sexual masculina y la prestación de servicios sanitarios en Bogotá

Mateo Albornoz Sánchez¹, Sandra Milena Agudelo Londoño¹, Diana Carolina Rubio León¹, Angélica Paola Torres Quintero¹, Annjy Suárez Castañeda¹, Lady Johana Virgüez Moreno¹, Luis Albeiro Perdomo Sandoval¹, Martha Leonor Sabogal Modera¹, Mayerly Martínez Garavito¹, Patricia Cecilia Bernal Maz¹, Zuly Bibiana Suárez Morales¹, Luis Alberto Sáenz Pinilla¹, Isabella Criado Fernández de Gaceo¹, Laura Aguirre²

1. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

2. Hospital Vall d'Hebron, España

Introducción y objetivo: operando bajo una lógica biomédica que suele excluir a los hombres como sujetos de cuidado integral, los modelos de atención en salud clásicos desconocen las necesidades en salud de estos, por lo que la Secretaría Distrital de Salud en su convocatoria de “Retos para la salud de la ciudad” ha financiado este trabajo que busca presentar la Apropiación Social del Conocimiento (ASC) como dispositivo de mediación para fortalecer la coherencia entre los servicios y las expectativas de atención en salud de las personas. La propuesta de ASC desarrollada por la Pontificia Universidad Javeriana se concentró en trabajar sobre salud sexual de los hombres, partiendo de la sífilis, como una prioridad en salud pública.

Métodos: Se co-crearon estrategias para el cuidado de la salud sexual en los hombres a través de una propuesta pedagógica denominada el curso: Ruta del cuidado sexual, desarrollado en 21 mesas de ASC en las cuales participaron 60 personas (52 finalizaron).



Se integró de manera intersectorial a personal de salud institucional y de sociedad civil, academia y población general (hombres residentes en Bogotá, tanto colombianos como provenientes de flujos migratorios de Venezuela).

Resultados preliminares: Se co-construyeron ocho propuestas de intervención colaborativa (digitales, físicas y transmedia) para aportar en la reducción de los riesgos, potenciar el autocuidado, mejorar la adherencia y ampliar el conocimiento. La participación de población diversa en términos de identidad, orientación, proveniencia, ciclo vital, trayectorias y formación concluyó en la necesidad de una respuesta en salud cercana, no moralistas, con el placer consciente en el centro, el cuidado relacional y la autonomía informada.

Conclusiones: La ASC se perfila como un dispositivo estratégico para fortalecer la participación ciudadana en los programas y políticas en salud y asegurar una respuesta social integrada que sea culturalmente pertinente y validada por diversos actores.

8. Estimación reproducible de consumo hospitalario de medicamentos a partir de fuentes públicas agregadas: método para la gestión de insumos en hospitales públicos

Jorge Ernesto Barrera González

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Introducción y objetivo: En hospitales públicos, la información sobre compras y actividad asistencial suele estar disponible en fuentes administrativas agregadas, mientras que el consumo clínico de medicamentos no siempre está integrado en sistemas accesibles para análisis. Esta fragmentación limita la planeación de insumos y la evaluación de la prestación de servicios. El objetivo fue formalizar y evaluar un método reproducible para estimar el consumo anual de medicamentos con datos administrativos públicos, sin recurrir a registros clínicos individuales.

Métodos: Se analizaron datos públicos de compras y días-paciente de un hospital público de alta especialidad en México (2020–2023), restringiendo el análisis a medicamentos con historial estable: registros en al menos 10 meses del año, criterio consistente con patrones de demanda regular en gestión de inventarios. Para cada medicamento se estimó una intensidad anual como la razón entre compras agregadas y días-paciente, usando la mediana interanual como parámetro estructural. El supuesto central es que las compras aproximan el consumo neto de variaciones de inventario, limitación reconocida del enfoque. La validación fue externa: las estimaciones de 2021 se compararon con registros agregados de prescripción sin utilizarlos para ajustar parámetros.

Resultados: El SMAPE promedio fue 56%, consistente con la variabilidad en los ciclos de compra y abastecimiento, con mejor desempeño en medicamentos de uso estructural y mayor error en aquellos con patrones irregulares.



Conclusiones e implicaciones: Los resultados sugieren que es posible aproximar el consumo hospitalario de forma transparente y reproducible a partir de fuentes públicas agregadas. Aunque el método no sustituye sistemas integrados de información clínica, puede apoyar la planeación de insumos y el análisis de gestión donde la fragmentación limita la estimación directa del consumo. En contextos de reforma del sistema público de salud, métodos reproducibles basados en datos abiertos pueden mejorar la transparencia y la capacidad de planeación institucional.

9. Activos en salud en mujeres sobrevivientes de violencia basada en género en Jenesano, Boyacá

Carlos David Galindo Vaca, Yulia Yohana Corredor Aparicio, Enrique Galindo Romero

Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Colombia

Introducción: La violencia basada en género (VBG) es un problema de salud pública por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Su abordaje se ha centrado en el daño y la patología, relegando el análisis de los recursos individuales, colectivos e institucionales que las mujeres movilizan para superar las experiencias de violencia. Desde la salutogénesis, el estudio de los activos en salud permite comprender los procesos de resiliencia, adaptación y recuperación.

Objetivo: Construir un mapa de activos en salud de mujeres sobrevivientes de violencia basada en género en el municipio de Jenesano, Boyacá, como insumo para la formulación de recomendaciones de política pública, programas y estrategias orientadas al fortalecimiento de la resiliencia y la superación de la violencia.

Métodos: Se desarrolló un estudio cualitativo fenomenológico con enfoque participativo y perspectiva salutogénica. La población estuvo conformada por mujeres sobrevivientes de VBG residentes en Jenesano. Se aplicaron entrevistas a profundidad y un grupo de discusión, complementados con técnicas participativas de mapeo de activos en salud. El análisis se realizó mediante codificación temática y análisis de contenido asistido por software cualitativo, garantizando criterios de rigor metodológico y consideraciones éticas.

Resultados: Se identificaron activos en cuatro categorías: activos individuales inmateriales (autoestima, resiliencia, sentido de agencia), activos individuales materiales, activos colectivos (redes de apoyo familiar y comunitario) y activos institucionales. Predominaron los activos emocionales y relacionales como facilitadores clave de la recuperación. El mapeo participativo evidenció procesos de adaptación activa y reconstrucción del proyecto de vida.

Conclusiones: El enfoque de activos en salud permite resignificar la experiencia de la VBG desde la capacidad. Los hallazgos respaldan la necesidad de políticas públicas y

programas locales que integren estrategias basadas en activos, fortaleciendo la autonomía, la resiliencia y la participación comunitaria

10. Voces Silenciadas, Expresiones Renacidas una estrategia de Atención Primaria en Salud basada en arte, cultura y participación contra VBG

Jovana Alexandra Ocampo Cañas¹, Andrés Felipe Gómez Moya¹, María Sarmiento¹, María José Tapias¹, Juan David Caro Montoya², Lina Marcela Gantiva¹, Honoria Buendía Rengifo³

1. Universidad de los Andes, Colombia

2. Universidad Externado de Colombia

3. Lideresa Quibdó Chocó, Colombia

Entre marzo de 2024 y septiembre de 2025 se implementó en Yuto, Chocó, el proyecto “Voces Silenciadas, Expresiones Renacidas”, una estrategia intersectorial guiada por los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) y la participación comunitaria. El proyecto articuló arte, cultura y salud pública para prevenir las VBG.

Los objetivos fueron: (1) caracterizar la situación sociodemográfica y de salud sexual y reproductiva; (2) explorar creencias y determinantes socioculturales de las violencias basadas en género (VBG); (3) co-diseñar estrategias artísticas y comunitarias orientadas a la prevención; y (4) evaluar conocimientos, actitudes y prácticas después de la intervención.

Se empleó una metodología mixta bajo lineamientos de APS e investigación acción participativa. Las intervenciones incluyeron: (1) muralismo y pintura, como herramienta de expresión simbólica y apropiación territorial; (2) cocina comunitaria, que fortaleció redes de cuidado y diálogo intergeneracional; (3) deporte cooperativo, para promover equidad, corresponsabilidad y resolución no violenta de conflictos; y (4) curso virtual de gestión emocional.

Los resultados evidenciaron transformaciones: 58% rechazó culpar a las víctimas; 69% consideró grave la violencia física “una sola vez”; 70% rechazó la violencia como mecanismo de resolución de conflictos; 80% rechazó el control económico masculino; 75% apoyó el trabajo femenino y 66% reconoció igualdad intelectual entre géneros. También se observó mayor apertura a la diversidad sexual, ruptura de estereotipos y fortalecimiento del tejido social. El proyecto demuestra el potencial de las estrategias culturales participativas como herramientas de APS para abordar determinantes sociales y promover entornos protectores para niñas y adolescentes.



11. Memorias colectivas e identidades campesinas: comprensiones de la salud en las poblaciones residentes en la ruralidad de Bogotá D.C, 2005 - 2025

Laura Daniela Rodríguez Sanchez¹, Sandra Milena Montoya¹, Carlos Fernando Macana González²

1. Universidad Nacional de Colombia

2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, Colombia

El proyecto parte del reconocimiento de una problemática central en la ruralidad de Bogotá: aunque solo el 3,7 % de su población se identifica como campesina, el 75 % del territorio es rural y está habitado por comunidades con trayectorias históricas, culturales y territoriales propias. Estas comunidades han experimentado procesos de desplazamiento, transformaciones del territorio y tensiones derivadas de modelos institucionales de salud diseñados desde una lógica urbana, lo que ha contribuido a la invisibilización de la salud campesina en los estudios urbanos y ha limitado la comprensión de sus prácticas, significados y formas de cuidado.

Ante esta situación, la investigación se pregunta cómo influyen la identidad campesina y la memoria colectiva en la comprensión de la salud en las zonas rurales de la ciudad. El estudio se fundamenta en el enfoque biocultural de la antropología médica latinoamericana, el cual entiende la salud como una construcción social, simbólica e histórica, estrechamente relacionada con el territorio, las experiencias de vida y las prácticas comunitarias.

El proyecto plantea tres objetivos específicos: analizar los procesos históricos, socioculturales y territoriales que han configurado las nociones de salud campesina entre 2005 y 2025; identificar las comprensiones de la salud desde las voces y memorias de las comunidades rurales; y reconocer las tensiones existentes entre estas perspectivas y los modelos institucionales de salud vigentes. Metodológicamente, se trata de un estudio cualitativo desarrollado en tres fases: análisis historiográfico y documental, recuperación de narrativas mediante historia oral con población campesina adulta, y aplicación del método Delphi para identificar consensos y divergencias entre saberes comunitarios e institucionales.



12. Plantas medicinales y cuidado de la salud tradicional desde la cosmovisión indígena nasa.

Haiver Leandro Salazar Lame¹, Michell Talin Salas Sanchez¹, Haiver Leandro Salazar Lame², Diego Fernando Rosero Medina²

1. Integrantes del semillero Sumak Kawsay, Facultad de Enfermería, Universidad Antonio Nariño, sede Popayán, Colombia

2. Profesor Asistente, Líder del semillero Sumak Kawsay, Facultad de Enfermería, Universidad Antonio Nariño, sede Neiva, Colombia

Introducción y objetivo: Las prácticas medicinales indígenas han sido históricamente subvaloradas frente a la medicina occidental, lo que ha provocado pérdida de saberes, debilitamiento de su transmisión y desplazamiento de sistemas terapéuticos tradicionales, afectando la interculturalidad y la soberanía sanitaria. Por ello, es esencial visibilizar y revalorizar el uso de plantas medicinales en estas comunidades, promoviendo su reconocimiento dentro de un sistema de salud que articule y respete la diversidad de saberes ancestrales. En este sentido, este estudio se propuso describir las principales plantas medicinales para el cuidado de la salud desde la cosmovisión indígena nasa en Colombia.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque de Investigación Participativa Basada en la Comunidad (CBPR) en comunidades indígenas nasa del Huila y Cauca. Los 23 participantes fueron seleccionados por muestreo de bola de nieve con el apoyo de líderes locales. La recolección de datos se realizó mediante observación participante, entrevistas a profundidad y grupos de discusión. El análisis fue efectuado a través de la estructuración de categorías emergentes con el software Atlas.ti 25.

Resultados: Las principales plantas medicinales para el cuidado de la salud desde la cosmovisión nasa fueron alegría, ruda, menta, coca, entre otras. En estas comunidades, los tules familiares y comunitarios permiten la transmisión intergeneracional de estos conocimientos, mientras que los sabedores ancestrales lideran la enseñanza sobre propiedades, preparaciones y usos de las plantas, fortaleciendo la preservación del saber tradicional y el cuidado holístico de la salud y el territorio.

Conclusión: Las prácticas tradicionales basadas en el uso de plantas medicinales demuestran el valor del saber ancestral como eje del cuidado integral de la salud en la comunidad nasa. La preservación de los tules y el liderazgo de los sabedores ancestrales favorecen la transmisión intergeneracional de conocimientos, favoreciendo estrategias sostenibles para el bienestar colectivo y territorial.



13. Caracterización Clínica y Epidemiológica de la Población en el Programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE Metrosalud: Estudio Transversal Mixto

Alexis Janneth Piedrahita, Aura María Gutiérrez Martínez

ESE Metrosalud, Colombia

Introducción y objetivo: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la principal causa de muerte global y en Colombia, asociadas a factores de riesgo modificables como hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia, tabaquismo y obesidad. En contextos de atención primaria, la caracterización precisa del perfil clínico y epidemiológico de los pacientes es fundamental para fortalecer programas de prevención y control. Este estudio tiene como objetivo caracterizar clínica y epidemiológicamente a la población adulta participante en el Programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE Metrosalud durante 2025.

Métodos: Diseño observacional, descriptivo y transversal mixto. Se realizará un muestreo censal de adultos inscritos y activos en el programa. La información se obtendrá de registros clínicos electrónicos y físicos, recolectando variables sociodemográficas, factores de riesgo, comorbilidades y tratamiento farmacológico. Se aplicará la escala de riesgo cardiovascular de Framingham para estimar el riesgo global. El análisis incluirá estadística descriptiva y pruebas bivariadas aplicadas con software Stata. Se garantizará confidencialidad y aprobación ética institucional.

Resultados preliminares: Actualmente, se avanza en la consolidación de la base de datos que integra variables clave de la población atendida. Se evidencian altas prevalencias preliminares de hipertensión arterial y diabetes, con un perfil socio-demográfico variado que refleja las características urbanas y socioeconómicas de la región de influencia.

Conclusiones e implicaciones: El estudio proporcionará una línea base robusta para la evaluación y optimización de estrategias en la atención primaria cardiovascular de la ESE Metrosalud. La caracterización detallada permitirá orientar políticas públicas y mejorar la asignación de recursos, fortaleciendo la prevención secundaria y terciaria. Además, contribuirá al conocimiento nacional sobre programas de riesgo cardiovascular en contextos públicos, apoyando la participación social y la calidad en la atención.



14. Arte y medios de comunicación como estrategias innovadoras para la promoción de la salud mental comunitaria en salud pública: revisión exploratoria

Angélica María Vargas-Monroy^{1,2}, Ana Lorena Ruano²

1. Pontificia Universidad Javeriana - Instituto de Salud Pública, Colombia

2. Universidad de Bergen, Noruega

Introducción y objetivo: La salud mental comunitaria es un eje central de la salud pública, al priorizar la promoción del bienestar, la prevención de problemáticas psicosociales y el fortalecimiento de las capacidades colectivas. La creación artística participativa y el uso de medios de comunicación se reconocen como estrategias potenciales para fomentar la expresión emocional, la construcción de significados compartidos y la participación social. El objetivo de esta revisión fue desarrollar un marco referencial que integre experiencias, principios y orientaciones sobre el uso del arte y los medios como herramientas de promoción de la salud mental comunitaria.

Métodos: Revisión exploratoria de literatura académica y gris publicada en español e inglés entre noviembre de 2017 y noviembre de 2025. Se consultaron bases de datos como Scopus, PubMed, PsycINFO, Scielo y Redalyc. El proceso incluyó selección por criterios predefinidos, extracción sistemática de información, análisis y síntesis por categorías temáticas, siguiendo las directrices PRISMA-ScR. En el plano ético, se garantizó la referenciación rigurosa, la identificación de posibles sesgos y la transparencia en la presentación de los hallazgos.

Resultados: Los documentos incluidos en la revisión hasta el momento indican que en diversos países las intervenciones basadas en creación artística colectiva y producción de contenidos mediáticos favorecen la autoexpresión, el empoderamiento y la cohesión social. Asimismo, promueven procesos de participación, fortalecimiento de capacidades comunitarias y construcción de entornos sociales protectores para la salud mental; no obstante, su sistematización y evaluación suele ser escasa o deficiente.

Conclusiones e implicaciones: El arte y los medios de comunicación se perfilan como herramientas para la promoción de la salud mental comunitaria desde la salud pública. Su incorporación en estrategias de atención primaria e intervenciones intersectoriales puede potenciar el bienestar colectivo, la sostenibilidad de las acciones y la replicabilidad de modelos participativos.



15. Fiebre amarilla en Colombia: factores asociados a la mortalidad y supervivencia en el adulto mayor

Heriberto Vásquez-Serna¹, Carlos A. Huertas-Caro¹, Diana Carolina Urrego-Ricaurte¹, Carlos Eduardo Jiménez-Canizales¹, Johan Estiven Vargas-Vargas¹, Myriam Andrea Ruiz-Dionisio², David Scott Jervis Jalabe², Octavio Henao Orrego²

1. Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia

2. Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia

Introducción: La fiebre amarilla es una enfermedad viral aguda, re-emergente en Colombia con una mortalidad de hasta el 40 a 60% de los casos. En Colombia, este aumento de la transmisión se ha acompañado de una letalidad acumulada cercana al 45%, lo que subraya la necesidad de caracterizar los factores asociados a la mortalidad para orientar las intervenciones de salud pública.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad en pacientes con fiebre amarilla notificados en Colombia entre enero de 2024 y enero de 2026.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva basado en registros de vigilancia en salud pública, que incluyó todos los casos probables o confirmados de fiebre amarilla notificados al SIVIGILA en Colombia entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de enero de 2026. Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico, y las variables categóricas como frecuencias absolutas y relativas. Se estimaron curvas de supervivencia Kaplan-Meier y modelos de Cox.

Resultados: Se incluyeron 164 casos, con mayor frecuencia pertenecían sexo masculino y una edad media de 45 años; se presentaron 70 defunciones atribuibles a fiebre amarilla, para una mortalidad del 42,7%. Una edad ≥ 60 años se asoció con mayor riesgo de muerte por fiebre amarilla (HR ajustado=4,36; IC95% 1,02–18,7, $p=0,047$). La vacunación mostró un efecto protector (HR ajustado=0,28; IC95% 0,09–0,92, $p=0,035$).

Conclusiones e implicaciones: La mortalidad de la fiebre amarilla en Colombia es alta, en especial en adultos mayores no vacunados con aproximadamente la mitad de los casos diagnosticados evolucionando a la muerte, consistente con lo descrito para formas graves de la enfermedad. Estos hallazgos respaldan la priorización de estrategias focalizadas de vacunación en el adulto mayor, vigilancia clínica intensiva y respuesta en salud pública durante los brotes de fiebre amarilla.



16. Evolución del crecimiento de establecimientos de comercio del sector salud en Colombia (1950–2025) en el marco de la Atención Primaria en Salud

Yocner Edilson Quenan Caipe

Universidad Nacional Abierta y a Distancia. ECISA. CIP Dosquebradas, Colombia

La Atención Primaria en Salud (APS), eje organizador del sistema de salud según la OMS, promueve el acceso equitativo, la prevención, la promoción y la participación comunitaria. En Colombia, la Ley 100 de 1993 transformó el sistema al incentivar la participación privada. Desde entonces, ha crecido sostenidamente el número de microempresas y consultorios individuales, especialmente en el primer nivel de atención. Este estudio analiza la evolución de los establecimientos de salud (1950–2025), diferenciando por categoría jurídica y evaluando implicaciones para la administración y planificación del sistema.

Objetivo: Analizar la evolución del crecimiento (1950–2025) del número de establecimientos de comercio del sector salud en Colombia, en el marco de la APS.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, analítico, retrospectivo, con datos RUES (1950–2025) sobre registros sanitarios CIIU 86–88. Se aplicó regresión logarítmica y análisis por categoría jurídica, actividad y tamaño empresarial para evaluar variables de interés.

Resultados: Entre 1950 y 2025, Colombia registró más de 56.000 nuevas matrículas en salud, creciendo de menos de 5 al año en 1960 a 7.794 en 2025. El 98% son microempresas, lideradas por servicios ambulatorios (CIIU 86–88). Sociedades y establecimientos representan >70% de registros recientes, con diferencias significativas por categoría jurídica ($p < 0,001$). Este crecimiento refleja la Ley 100/93 y brechas en la red pública, según Confecámaras (2024). La mayoría de las IPS (84,3%) son de primer nivel, reflejando énfasis en servicios básicos de APS. Cerca del 30% corresponde a consultorios médicos individuales y odontológicos privados. Conclusiones: La expansión de los establecimientos de comercio del sector salud demuestra que las políticas (APS, Ley 100/93) mejoraron el acceso. Sin embargo, el crecimiento cuantitativo no garantiza equidad ni calidad: persisten falencias en la gestión y brechas rurales. Es crucial fortalecer la APS para que la infraestructura se traduzca en mejor salud de la población colombiana.



Talento humano en salud

1. Teletrabajo en el Sistema de Salud: un Diálogo Latinoamericano sobre Reforma, Equidad y Futuro

Elvira Durán-Rojas¹, Ana Gabriela Machado-Pomares², Enalbis Esther Espitia Cabrales¹

1. Universidad de Córdoba, Colombia

2. Universidad de Antioquia, Colombia

En América Latina, los sistemas de salud enfrentan desafíos persistentes de inequidad, fragmentación y dificultades de acceso, agravados por la segmentación institucional y la falta de coordinación. El objetivo fue analizar la transformación digital como estrategia clave para superar estas barreras, promover la equidad y fortalecer la resiliencia de los sistemas sanitarios en la región. Se realizó una revisión de literatura enfocada a la adopción tecnológica en los sistemas de salud latinoamericanos seleccionando 59 publicaciones que en su mayoría fue del periodo 2017 a 2025 en ScienceDirect, BioMed Central, BMJ Journals, Oxford Academic, SciELO, Dialnet, vLex, IRIS OPS/PAHO, Repositorios BID y CEPAL, entre otros. Entre los descriptores se contemplaron: teletrabajo, telesalud, tecnologías en salud, equidad, transformación digital, normatividad, etc. Se evaluaron experiencias y el impacto de la digitalización en la equidad y eficiencia del sector.

Se encontró que la transformación digital, acelerada por la pandemia, ha impulsado la adopción de herramientas como la historia clínica electrónica y la telemedicina, facilitando la continuidad de la atención, especialmente en contextos geográficamente complejos. Más de la mitad de los países latinoamericanos han implementado sistemas nacionales de historias clínicas electrónicas y estrategias de salud digital, mejorando la interoperabilidad y la conectividad. No obstante, persisten desafíos relacionados con la equidad, el desarrollo normativo y la capacidad institucional. Se considera que la digitalización emerge como un eje transformador que contribuye a sistemas de salud más accesibles, eficientes y centrados en las personas, siempre que se garantice la equidad en su implementación. Se requiere fortalecer marcos jurídicos, capacidades técnicas y políticas inclusivas para consolidar los avances y reducir brechas, asegurando así la sostenibilidad y resiliencia del sector salud en América Latina.



Reformas en salud en América Latina

1. Logros y desafíos del sistema de salud de México frente a las reformas

Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal, Sandra Patricia Diaz Portillo, Elizabeth Hoyos Loya

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Antecedentes: El sistema de salud de México ha impulsado significativas reformas en su organización, gobernanza y prestación de servicios entre 2019 y 2025.

Objetivo: Analizar indicadores del sistema de salud de México pre-reforma y pre-pandemia y post-reformas y post-pandemia con la finalidad de visualizar sus tendencias para identificar oportunidades para el logro de la cobertura universal

Metodología: Se definió como período pre-reforma y pre pandemia (2005-2017) y post reforma y post pandemia (2022-2024). Se utilizaron fuentes oficiales de datos para analizar indicadores demográficos y sociales, condiciones de salud, estructura y gobernanza del sistema de salud, disponibilidad de recursos y financiamiento. Resultados: La pobreza general descendió en 12.3% y la extrema pobreza se redujo en 1.7%. La prevalencia de sobrepeso/obesidad se mantuvo (76.2%), la diabetes se incrementó hasta alcanzar 18.3 % e hipertensión 47.8%. La cobertura del esquema básico de vacunación infantil decayó al 76.5%. Las personas sin acceso a servicios de salud aumentaron de 16.2 % en 2018 a 34.2% en 2024. La densidad de médicos y enfermeras aumentó ligeramente y persiste déficit significativo de personal. El 50% de consultas ambulatorias fue atendida por consultorios adyacentes a farmacias. El COVID-19 evidenció la vulnerabilidad del sistema, impactando drásticamente la mortalidad y la provisión de servicios. El gasto en salud se mantuvo en 6.1% del PIB y el gasto de bolsillo pasó de 1135 pesos trimestrales por hogar en 2018 a 1605 pesos trimestrales en 2024. Aproximadamente el 78% de la población tiene cobertura para un conjunto básico de servicios de salud, pero esto no garantiza el acceso efectivo ante la saturación de servicios, problemas de calidad o financiamiento (OCDE).

2. Labor market effects of food taxes and front-of-package labeling in Colombia

Mayra Alejandra Sáenz Amaguaya¹, Paul Andrés Rodríguez Lesmes¹, Luis Fernando Gómez², Mercedes Mora², Juan Nicolás Rico Avendaño¹, Lindsey Smith Taillie³

1. Universidad del Rosario, Colombia

2. Universidad Javeriana, Colombia

3. University of North Carolina, Estados Unidos

Introducción y objetivo: Las reformas recientes de impuestos a bebidas azucaradas y comestibles ultraprocesados, junto con el etiquetado frontal de advertencias, han generado un intenso debate en América Latina sobre sus posibles efectos adversos en el empleo y los ingresos laborales. Este estudio analiza el impacto de estas políticas sobre el mercado laboral en Colombia durante su primer año de implementación.

Métodos: Utilizamos microdatos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) para el período 2022–2024, agregados a nivel trimestral. Clasificamos los sectores económicos según la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (ISIC Rev. 4) y definimos grupos de exposición directa, indirecta y no expuesta. La estrategia empírica principal es el método de Diferencias-en-Diferencias Sintéticas (SDiD), complementado con estimaciones de diferencias-en-diferencias convencionales y análisis a nivel individual para explorar posibles mecanismos de ajuste.

Resultados: Los resultados muestran que, en el corto plazo, las reformas de impuestos y etiquetado no se tradujeron en pérdidas de empleo ni reducciones en los ingresos laborales en los sectores directamente afectados. Esta conclusión es consistente a través de distintos métodos y grupos de comparación. La evidencia sugiere que los ajustes, cuando existen, se concentraron principalmente en el margen intensivo del empleo, reflejados en aumentos moderados en las horas trabajadas, sin cambios sistemáticos en los niveles de informalidad.

Conclusiones e implicaciones: Durante el primer año de implementación, las políticas analizadas no generaron efectos adversos inmediatos sobre el mercado laboral. Los hallazgos sugieren que los ajustes económicos asociados a la reforma pudieron darse a través de otros márgenes, como reorganizaciones productivas o cambios a lo largo de la cadena de valor. En conjunto, estos resultados aportan evidencia relevante al debate regional y sugieren que es posible avanzar en reformas de salud pública orientadas a mejorar la nutrición sin afectar negativamente el empleo en el corto plazo.

Este documento recoge las memorias del **VIII Congreso Internacional de Sistemas de Salud**, titulado “**Salud en transformación: Diálogos latinoamericanos sobre reformas, equidad y futuro de los sistemas de salud**”, realizado gracias a la alianza entre la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario y a la participación de los proyectos SALHSA, Fragmentación Financiera de los Sistemas de Salud y Climas Hub.

El congreso convocó a personas que trabajan en investigación, toma de decisiones, actores del sector salud, organizaciones nacionales e internacionales y estudiantes a reflexionar sobre los procesos contemporáneos de transformación de los sistemas de salud en América Latina. Promovió un intercambio académico orientado a comprender las tensiones, desafíos y oportunidades que enfrentan los países de la región en la búsqueda de sistemas más justos, equitativos, sostenibles y centrados en las personas.

Estas memorias reúnen las conferencias magistrales, los paneles de discusión, los trabajos orales y los pósteres académicos presentados durante el evento. En conjunto, constituyen un aporte al debate latinoamericano sobre el futuro de los sistemas de salud y una invitación a continuar construyendo evidencia, diálogo y cooperación para avanzar hacia sistemas más equitativos, sostenibles y capaces de garantizar el derecho a la salud para todas las personas.

