



Salud

Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo para una Colombia potencia mundial de la vida

Dr. Jaime Hernán Urrego Rodriguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de
Servicios

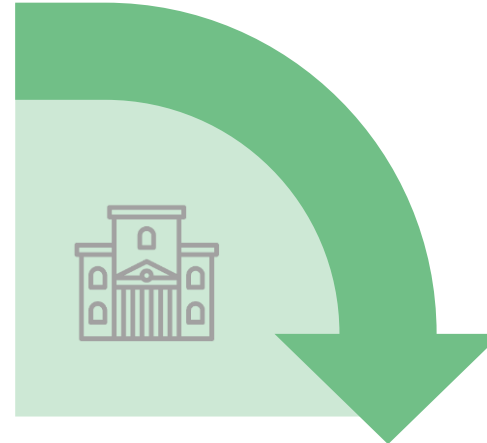
Noviembre de 2023

De la crisis estructural del sistema a la Garantía del Derecho

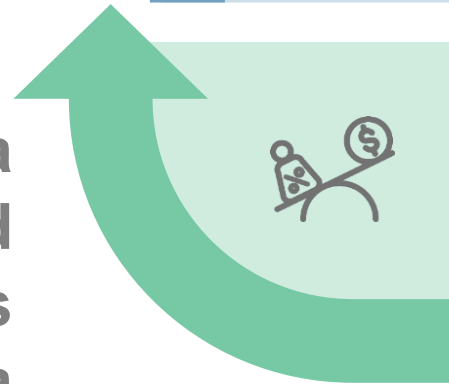
Resultados en salud deficientes e inequitativos



Oferta precaria, fragmentada y segmentada de servicios de salud



Centralidad en la rentabilidad financiera y crisis de confianza

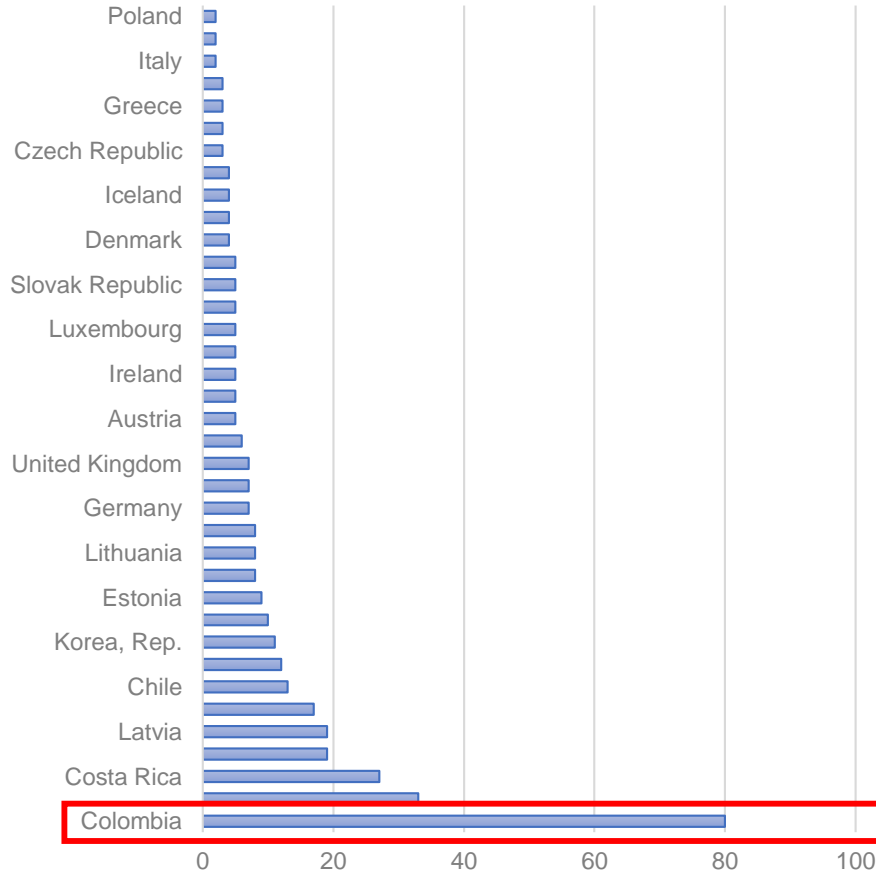


Baja disponibilidad de talento humano y precarización laboral

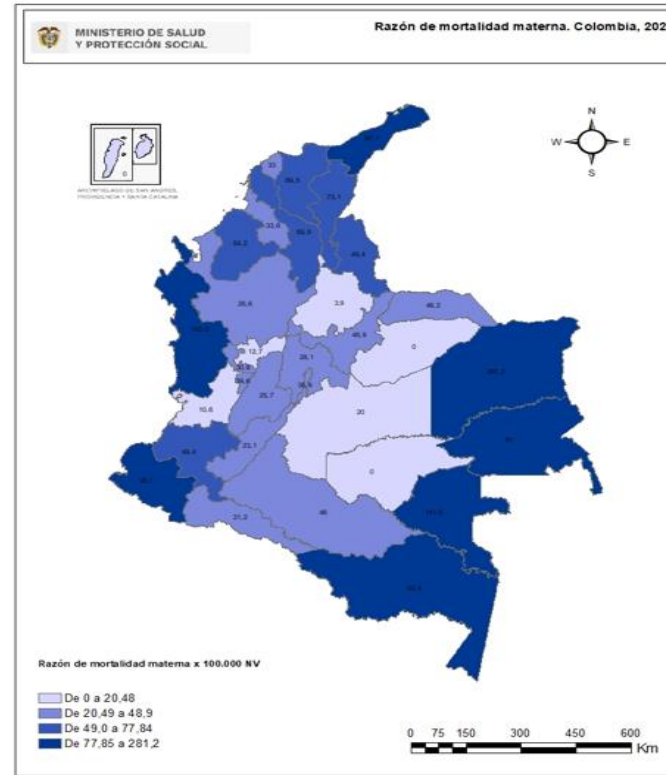


Colombia, país de la OCDE con mayor mortalidad materna

Razón de mortalidad materna en los países de OCDE, 2017. Datos estimados

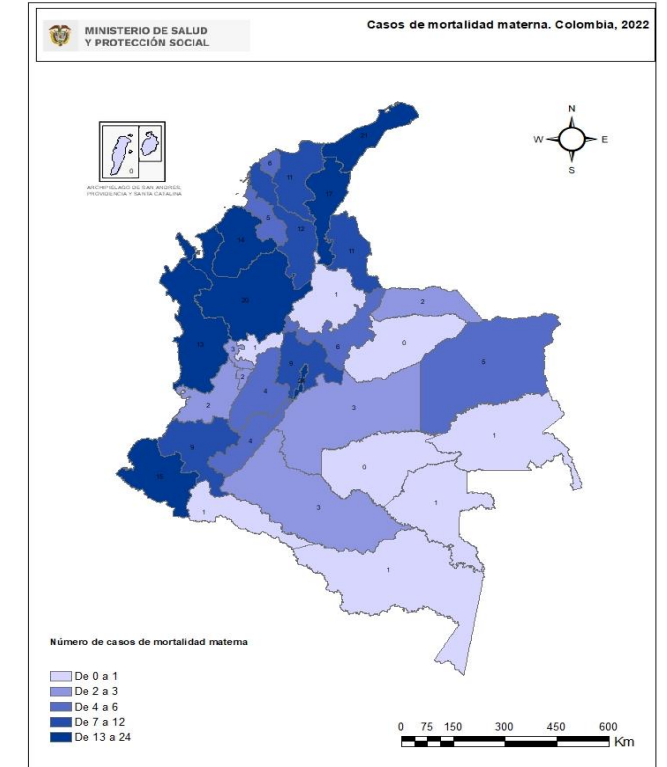


Razón de mortalidad materna
Semana epidemiológica 52 2022*



RMM Colombia 42,4 por 100.000 NV

Número de muertes maternas
Semana epidemiológica 52 2022*



Casos MM Colombia: 255 casos

Fuente: Instituto Nacional de Salud. BES Boletín Epidemiológico semanal 52 2022

*Datos preliminares

Fuente: Estimaciones grupo Interagencial OMS, UNICEF UNFPA 2017



Estimación de recursos NO invertidos en la atención para el cuidado prenatal Colombia - 2019

En razón a la débil gestión del riesgo de las EPS, **30.848** gestantes no asistieron a ningún control prenatal y **71.978** gestantes registraron menos de cuatro controles prenatales, por lo tanto **102.826** gestantes tuvieron un control prenatal inadecuado o ningún control prenatal .

Atención para el cuidado prenatal esperada según nacidos vivos año 2019	Total de nacidos vivos	639.447
	Previsión de costos de atención prenatal para total de nacidos vivos	\$ 575.368.655.577
Personas gestantes con cuatro o más controles prenatales (83,4%)	Número de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	536.621
	Costos de atención prenatal para nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	\$ 482.846.746.211

Recursos no invertidos según costo de la atención individual para el cuidado prenatal*

\$92.521.909.

Fuente:

DANE. Estadísticas vitales EEVV – Nacimientos y defunciones. Cifras oficiales 24/09/2021

*Franco, D. et al. Costos en la implementación de la ruta materno-perinatal en instituciones de salud en Colombia año 2019.



Impacto económico de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en 2019

23.488 mujeres hospitalizadas por morbilidad materna extrema.

Impacto económico de cerca de:
1 billón de pesos.

115 años perdidos por muerte prematura (YLL).

130 años de vida perdidos por discapacidad (YLD)

Costos estimados atención hospitalaria de mujeres con tres primeras causas de morbilidad materna extrema (Sepsis, trastornos hipertensivos de embarazo, hemorragia)*	\$ 829.630.646.250
Costo potencial de vida muertes maternas por sepsis (n=9) **	\$ 11.618.437.500
Costo potencial de vida muertes maternas por trastornos hipertensivos del embarazo (n=53) **	\$ 68.419.687.500
Costo potencial de vida muertes maternas por hemorragia (n=56) **	\$ 72.292.500.000
Total costos estimados	\$ 981.961.271.250

Fuente defunciones DANE – RUAF Defunciones 2019

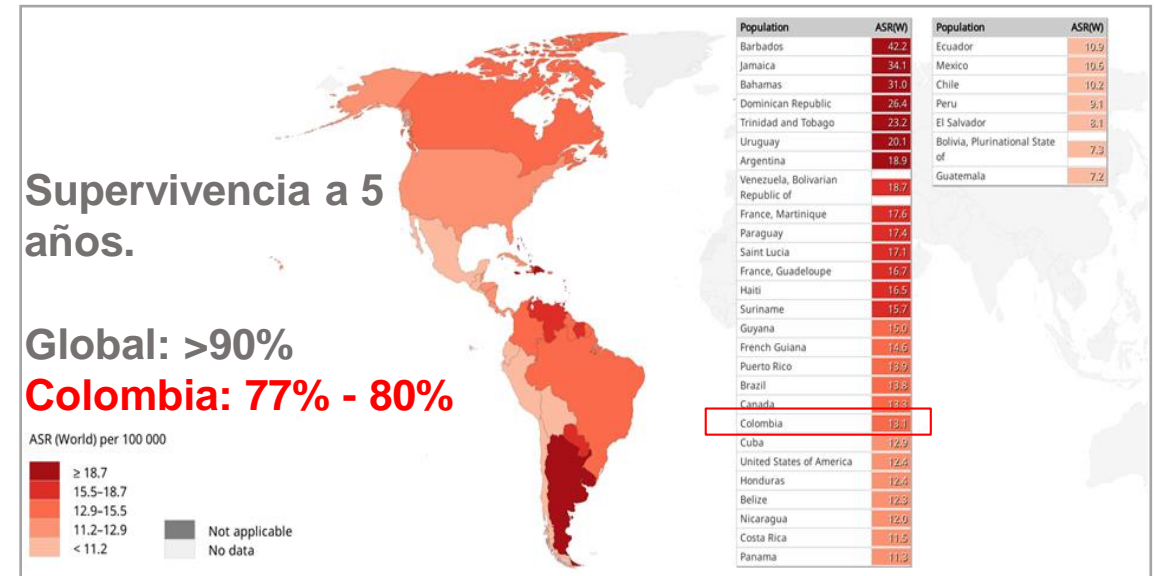
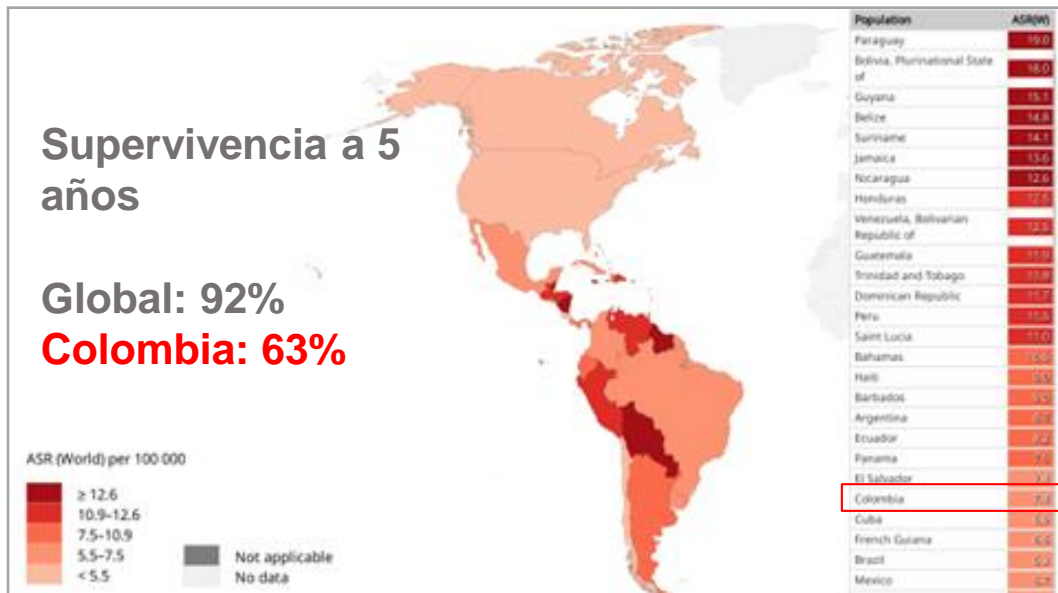
* Cálculos realizados con base en el manual tarifario 2019 y la Resolución 3280 de 2028–MSPS

** Cálculos realizados con base metodología del banco mundial y conversión de dolares a pesos Colombianos según TRM promedio de 2019.



Mortalidad y supervivencia en cáncer

Tasas estimadas de mortalidad por **cáncer de cuello uterino 2020** Tasas estimadas de mortalidad por **cáncer de mama 2020**



Fuente:
OMS. GLOBOCAN 2020
Pardo, C. Vries, E. **Supervivencia al cáncer de mama y cervix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb. Med. vol.49 no.1 Cali Jan./Mar. 2018**



Resultados indicadores de gestión del riesgo en Cáncer - 2019

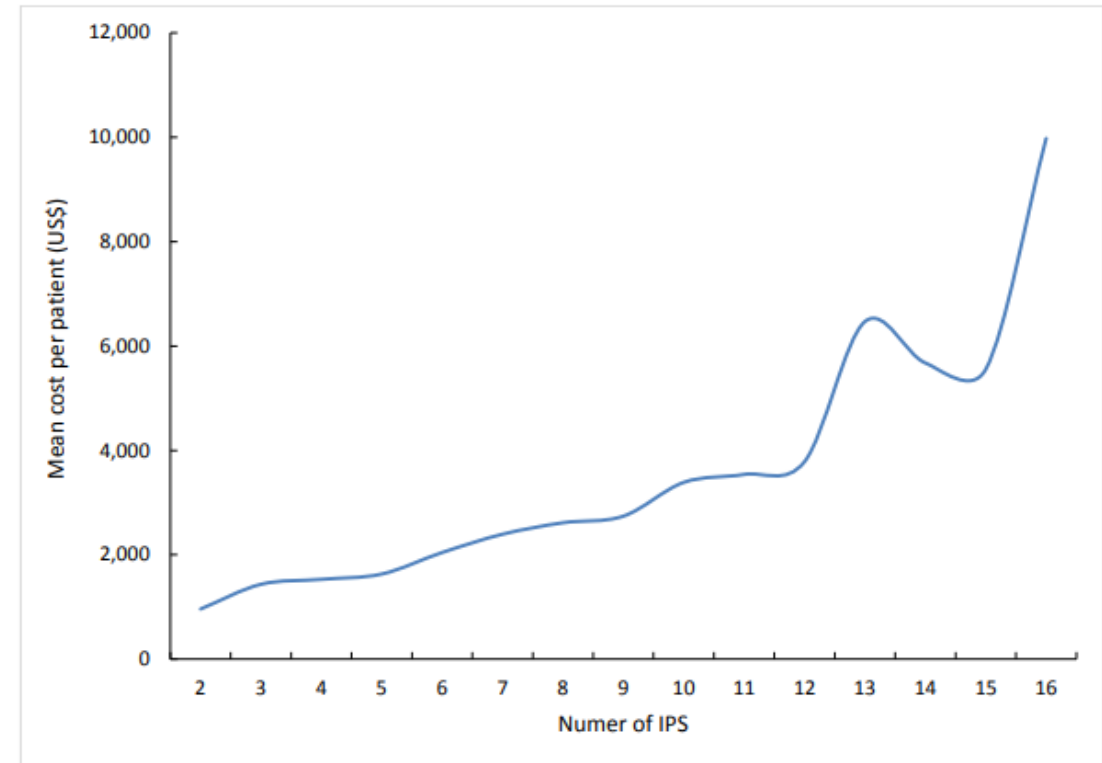
Tipo de cáncer	Indicador	Resultado
Cáncer de cuello uterino	Cobertura de tamizaje con citología cérvico uterina a población objetivo. (Meta 60%)	48,80%
	Oportunidad del diagnóstico (Meta 30 días)	40,9 días
	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta 80%)	46,50%
	Oportunidad de inicio del tratamiento (Meta 45 días)	94 días
Cáncer de mama	Cobertura del tamizaje con mamografía. (Meta 40%)	24,80%
	Oportunidad del diagnóstico (Meta 30 días)	44 días
	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta 60%)	39,90%
	Oportunidad de inicio del tratamiento. (Meta 45 días)	80,5 días



Fragmentación de la atención y su asociación con la supervivencia y costos para pacientes con cáncer de mama en Colombia

Una mayor **fragmentación de la atención** de la salud, definida como el número de proveedores que tratan a un paciente durante primer año después del diagnóstico, se asocia con una **disminución de la supervivencia a 4 años** y un **aumento del costo de atención** de las mujeres con cáncer de mama en Colombia.

Figure 3. Average cost of care by the number of HCPIs of entire cohort

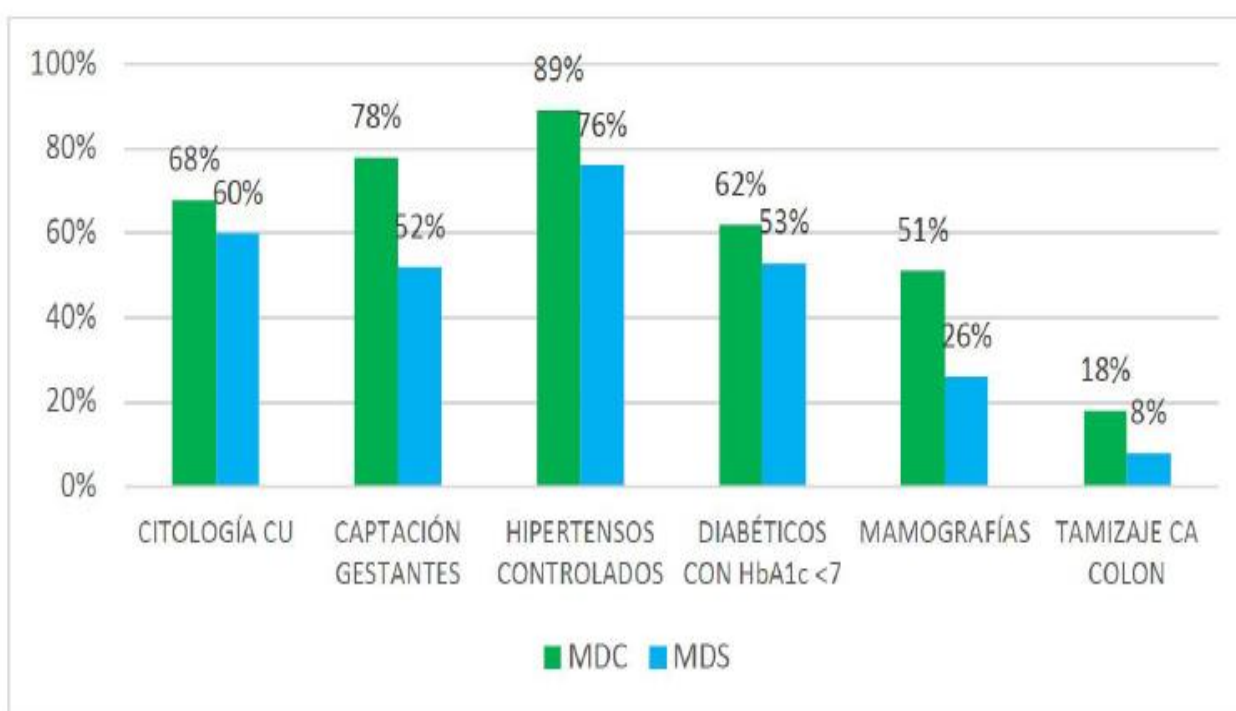


Fuente: Fragmentation of care and its association with survival and costs for patients with breast cancer in Colombia. Giancarlo Buitrago Universidad Nacional de Colombia, Dirección de Investigación, Bogotá, COLOMBIA

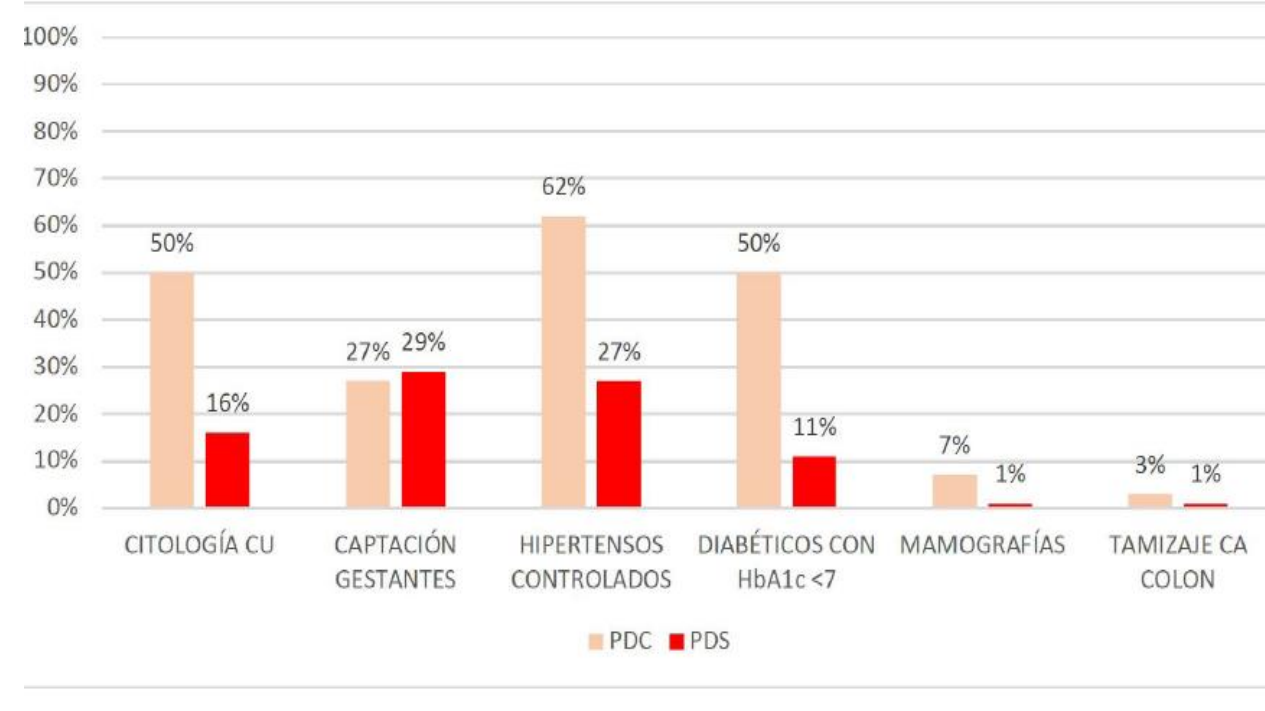


Bajo cumplimiento de EPS en coberturas de protección específica y detección temprana para intervenciones trazadoras 2019

EPS mejor desempeño régimen contributivo y subsidiado



EPS peor desempeño régimen contributivo y subsidiado

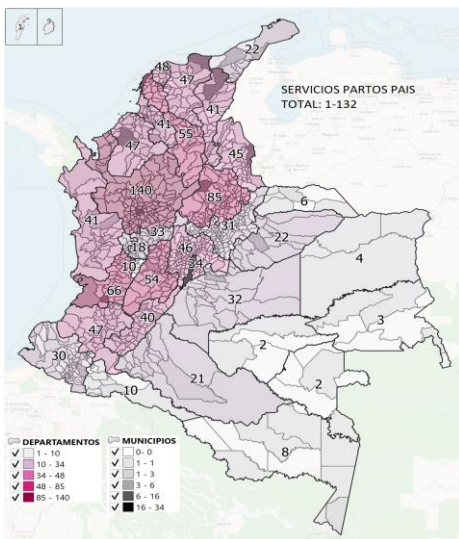


Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

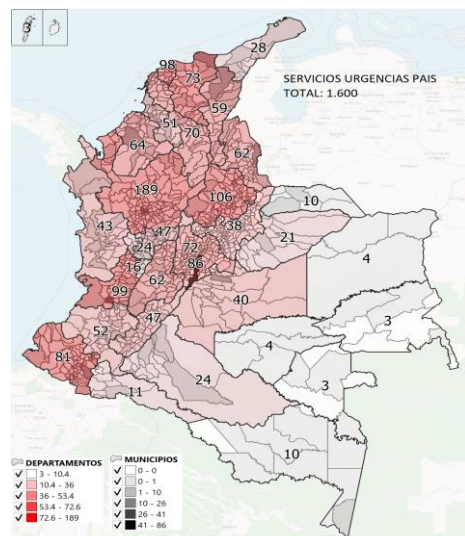


Inequidad en la distribución de los servicios

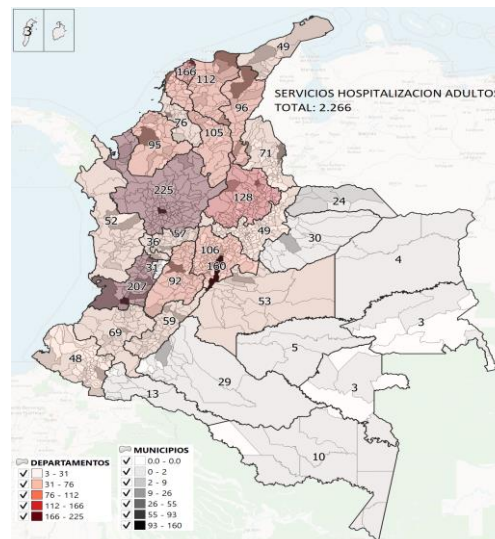
Partos



Urgencias



Hospitalización adultos

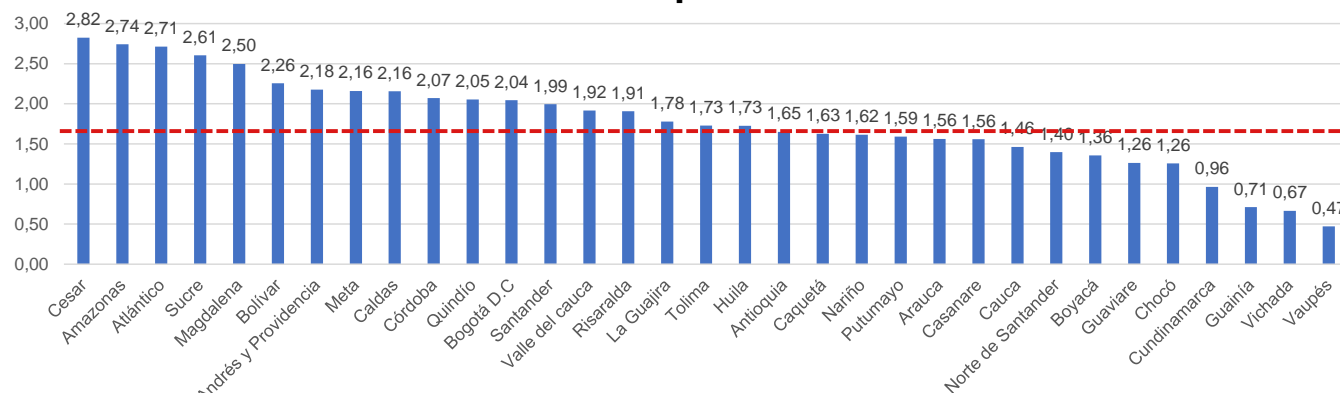


305 municipios del país no cuentan con sala de partos.

183 municipios no cuentan con servicios de urgencias.

347 municipios no cuentan con servicio de hospitalización adultos.

Densidad de camas por 1.000 habitantes



Por cada 1.000 habitantes en el país se cuenta solo con **dos (2) camas** hospitalarias, disponibilidad inferior al promedio de países de la OCDE (4,4 camas por 1.000 hab).

Insuficiente e inequitativa distribución del talento humano en salud.

Densidad de **medicina** en otros países:

Promedio OCDE: 3,6

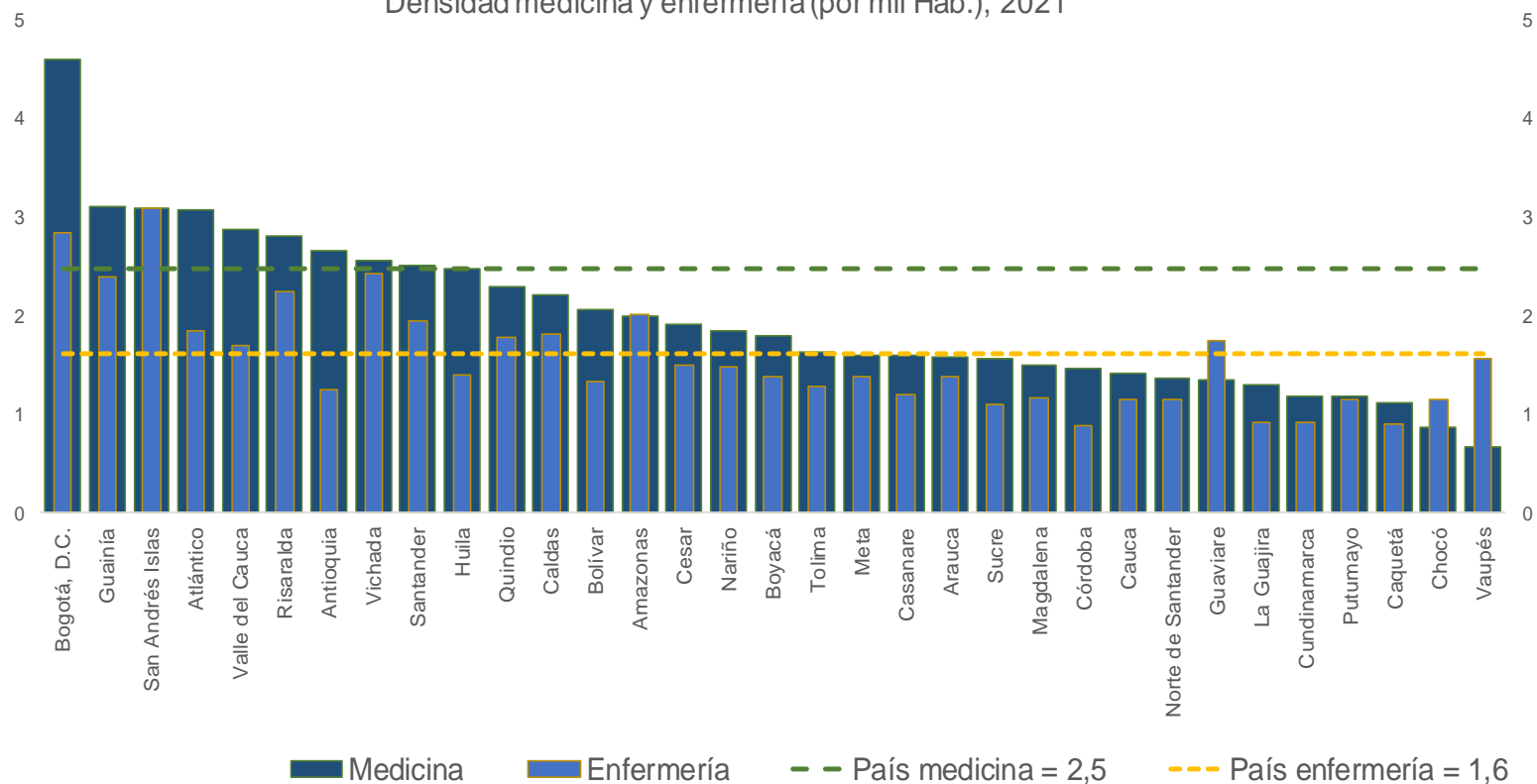
Uruguay: 5,47
Argentina: 3,91
Ecuador: 2,32
Brasil: 2,08
Venezuela: 1,92
Perú: 1,65
Chile: 1,11
Bolivia: 0,9

Densidad de **enfermería** en otros países:

Promedio OCDE: 8,8

Argentina: 3,72
Uruguay: 2,27
Brasil: 2,08
Perú: 1,99
Ecuador: 1,49
Chile: 0,87
Bolivia: 0,48

Densidad medicina y enfermería (por mil Hab.), 2021



Fuente: Observatorio de Talento Humano en Salud-OTHS y Cubo ReTHUS-SISPRO

<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Estimaciones MSPS-DDTHS con base en Mineducación (graduados-SNIES, convalidaciones títulos exterior), DANE (proyecciones de población) y estudios elaborados previamente con la academia. Cifras preliminares sujetas a revisión de acuerdo con algunas fuentes de información externas

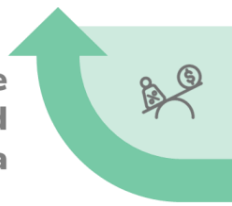
Fuente: OCDE, OPS



Precarización laboral en el sector salud

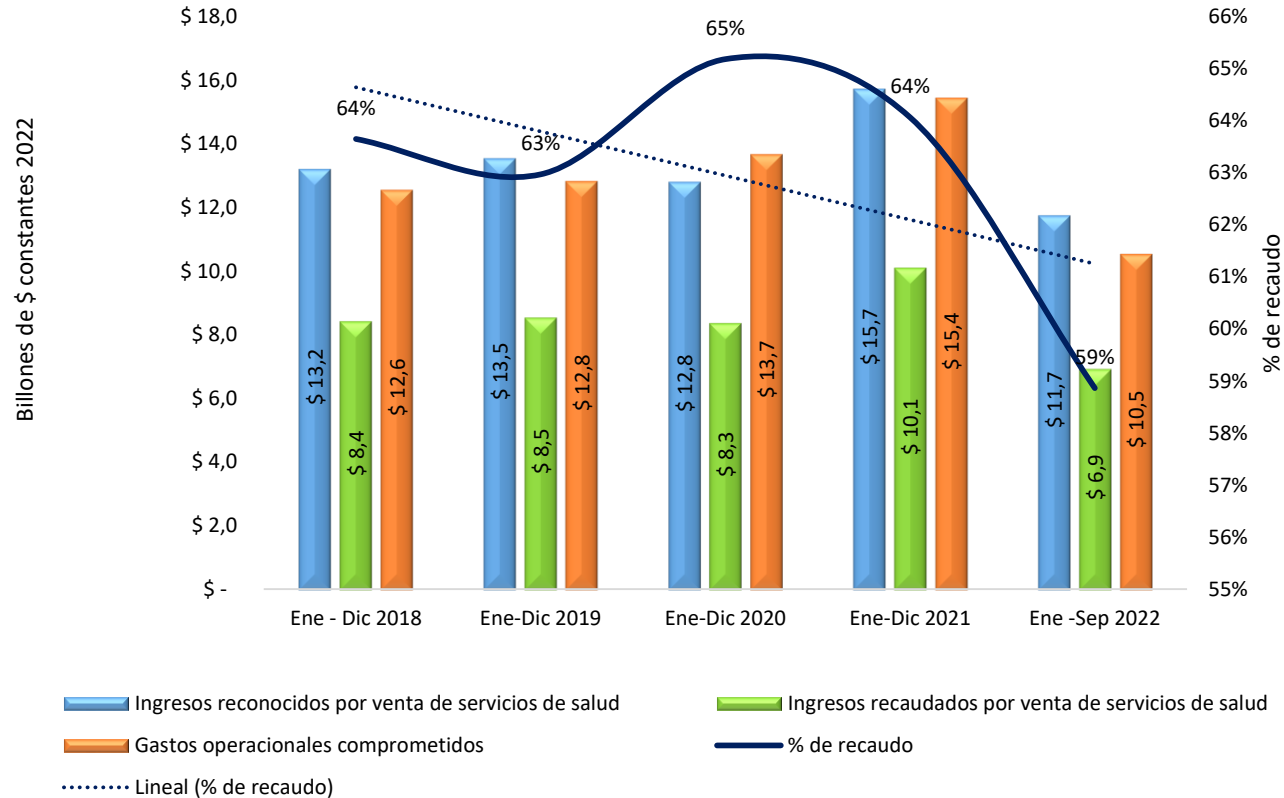


Fuente: ANTHOC



Crisis financiera de la red pública y privada

Información operacional de las ESE. Colombia 2018 a 2021 y periodo enero septiembre de 2022.



Empresas Sociales del Estado (E.S.E)

Déficit operacional: **\$4.8 billones.**
 Cartera total por venta de servicios:
 Total País-Asciende a **\$10,6 billones.**
 Edad de cartera mayor a 360 días: **55%**
 (cierre 2021**).

IPS Privadas

Pasivos a Diciembre 31 de 2021
 Monto: **\$32.409.472.400.111**
 Número de IPS: **5.714**

Fuente: Supersalud. Catálogos financieros FT001.

* Los gastos operacionales corresponden a sumatoria de gastos de funcionamiento –personal, generales y transferencias-, y prestación de servicios
 Fuente: SIHO en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016 -Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria -MSPS, actualizado el 22 de febrero de 2023



Ineficiencia, quiebras, riesgos de corrupción en la administración de los recursos

EPS Activas **16.605.887**

EPS en Liquidación **5.028.913**

EPS Liquidadas 2003-2015
407.836

EPS Liquidadas
2016-2022 **1.741.920**

Deuda **23.784.556**

Deudas EPS
activas, en
liquidación y
liquidadas.

No.	Régimen	Medida Especial	Entidad	No. Afiliados	Cuentas por Pagar	COMPONENTE FINANCIERO			Nivel de Riesgo	% Cmpl. Res. 497	Nivel Riesgo en Salud				
						Capital Mínimo	Patrimonio Adecuado	Régimen Inversiones			Nivel Riesgo en Salud	1. Gestión individual del riesgo en salud 25%	2. Gestión de la atención en salud 40%	3. Materialización del riesgo en salud. 25%	4. Modelo de atención 10%
1	RS	SI	ASMET S.A.S	1.993.259	989.128	NO	NO	NO	Alto	32,84%	4. Bajo	4. Bajo	3. Moderado	4. Bajo	3. Moderado
2	RS	SI	EMSSANAR S.A.S.	1.920.977	1.103.747	NO	NO	NO	Alto	**	3. Moderado	3. Moderado	2. Medio Alto	4. Bajo	4. Bajo
3	RS	SI	SAVIASALUD	1.673.345	599.209	NO	NO	NO	Alto		2. Medio Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado	2. Medio Alto
4	RC	SI	S.O.S	766.830	504.222	NO	NO	NO	Alto	26,87%	2. Medio Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado	3. Moderado
5	RS	SI	ECOOPSOS S.A.S.	362.357	126.131	NO	NO	NO	Alto		3. Moderado	2. Medio Alto	2. Medio Alto	3. Moderado	2. Medio Alto
6	RS	SI	CAPRESOCA	176.965	204.425	NO	NO	NO	Alto	17,91%	1. Alto	1. Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado
7	RS	SI	COMFACHOCÓ	174.684	25.229	NO	NO	NO	Alto	22,39%	4. Bajo	1. Alto	4. Bajo	1. Alto	2. Medio Alto
TOTAL				7.068.417	3.552.091										

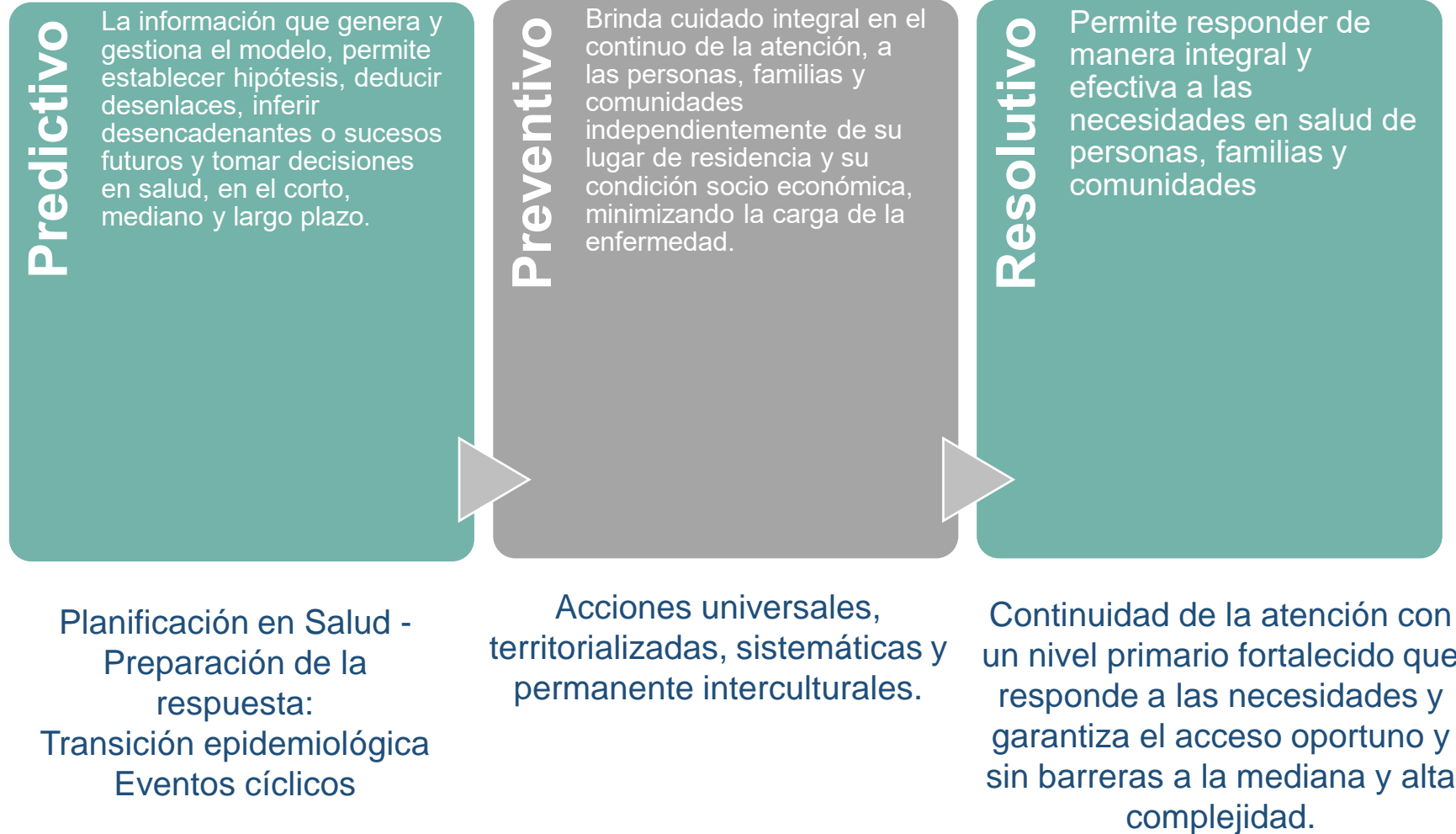
Notas: Afiliados: Octubre 2022 - Base de Datos Única de Afiliados – BDU. Se incorpora la distribución de afiliados de CCF Guajira. Cuentas por pagar: Octubre 2022 - Archivo Tipo FT004 reportado por las EPS a la SNS - Cifras en millones. Condiciones Financieras: Comfachocó no efectuó reporte de información. Los resultados del Indicador régimen de inversiones son preliminares por efecto del impacto de la aplicación del Decreto 995. Nivel Riesgo en Salud: Evaluación efectuada con información disponible a diciembre 2022 – Cálculos SNS. ** Informe en revisión

Definición del Modelo de Salud

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se reconoce como una construcción colectiva fundamentada en la **Atención Primaria en Salud**, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una **configuración territorial** para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

Ejes centrales para la respuesta en Salud



Promoción de la Salud

Desarrollo de un “Sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo” mediante el cual se buscará **“hacer efectiva la APS”** a través de la *reorientación de los servicios de salud* y el *cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud*.

Pilares y componentes del nuevo modelo de salud



Plan Nacional de Desarrollo 2020 – 2026
“Colombia potencia mundial de la vida”

EJE:
Seguridad Humana y Justicia Social

Ley Estatutaria 1751 de 2015

Proyecto de Ley 339 – 2023
“Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”.

Plan Decenal de Salud Pública

Pilares y estrategias esenciales del nuevo modelo de salud

**Redes
integrales e
integradas de
servicios de
salud**

**Equipos de salud
territorial**

Multidisciplinarios, adaptados a las necesidades del territorio.

**Centros de Atención
Primaria en Salud**

- Base territorial.
- Modalidad intra y extramural.
- Oferta de servicios de rehabilitación.
- Inclusión progresiva de especialidades básicas y medicina familiar.
- Articulación con servicios socio-sanitarios y de cuidado

**Acceso y
continuidad de la
atención en la
mediana y alta
complejidad**

- Para toda la población (urbana, rural y dispersa de un territorio).
- Intramural, extramural y telesalud.
- Familia y cuidadores como sujetos de atención.

**Puerta de
entrada y
primer
contacto
con el
Sistema de
Salud**

Pilares y estrategias esenciales del nuevo modelo de salud

Talento humano en salud

Distribución del talento humano en salud

- Planificación y gestión territorial del THS
- Ampliación de plazas de servicio social obligatorio.
- Incentivos para zonas rurales y rural dispersa.
- Política THS - Estándares de calidad.

Redistribución de competencias

- Promotor de salud.
- Formación en APS.
- Residencias Médicas y Becas postgrado para el THS.

Trabajo digno

- Contrato laboral con enfoque de equidad de género y territorial.
- Garantía de los Derechos de los trabajadores.

Fortalecimiento de capacidades:

**Atención clínica
Abordaje comunitario**

Pilares y estrategias esenciales del nuevo modelo de salud

Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad para la garantía del derecho a la salud

Rectoría en salud y autoridad sanitaria

Fortalecimiento de las capacidades de los Gobiernos locales.
Conformación de territorios para la gestión en salud.

Participación social

Participación individual, familiar y comunitaria.
Decisoria.
Vinculante.
Tejido social para la incidencia en los Determinantes Sociales de la Salud.

Gobernanza territorial

Reconocimiento de necesidades y potencialidades del territorio y las personas, familias y comunidades.
Vigilancia comunitaria.
Planeación y gestión integral territorial.
Adecuación sociocultural.

Pilares y estrategias esenciales del nuevo modelo de salud

Defensa de lo público

Fortalecimiento de las instituciones de salud públicas

- Recuperación, fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria.
- Financiación directa del primer nivel de atención en los territorios.

Sostenibilidad del sistema y recuperación de confianza

- Incentivos para la promoción de la salud y logro de los resultados
- Garantía de tecnologías en salud estratégicas
- Sistema público unificado de información en salud.
- Integración de los sistemas de calidad e inspección, vigilancia y control.

Soberanía sanitaria

- Desarrollo de capacidades nacionales para el acceso a tecnologías estratégicas.
- Investigación hacia la APS.



Salud