

# **Los territorios en la Organización de Servicios de Salud**

**PL 339/23 - Cámara 216/23 - Senado**

**Luis Alberto Martínez Saldarriaga**

Viceministro de Protección Social  
Ministerio de Salud y Protección Social

## Contenido

1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos
2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”
3. Territorialización del cuidado integral en salud
4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates

## Contenido

- 1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos**
2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”
3. Territorialización del cuidado integral en salud
4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates

# Factores que hacen incompatible el actual “sistema de salud” con la garantía del derecho

**Segmentación de la población por su capacidad de pago**

**Débil autoridad sanitaria**

**Modelo de atención curativo**

**Fragmentación de la prestación de servicios de salud**

**Atomización de los recursos, lo que facilita el despilfarro, la ineficiencia y la corrupción**

**Compraventa de servicios**

**Desfinanciación y restricción del crecimiento de la Red Pública Hospitalaria**

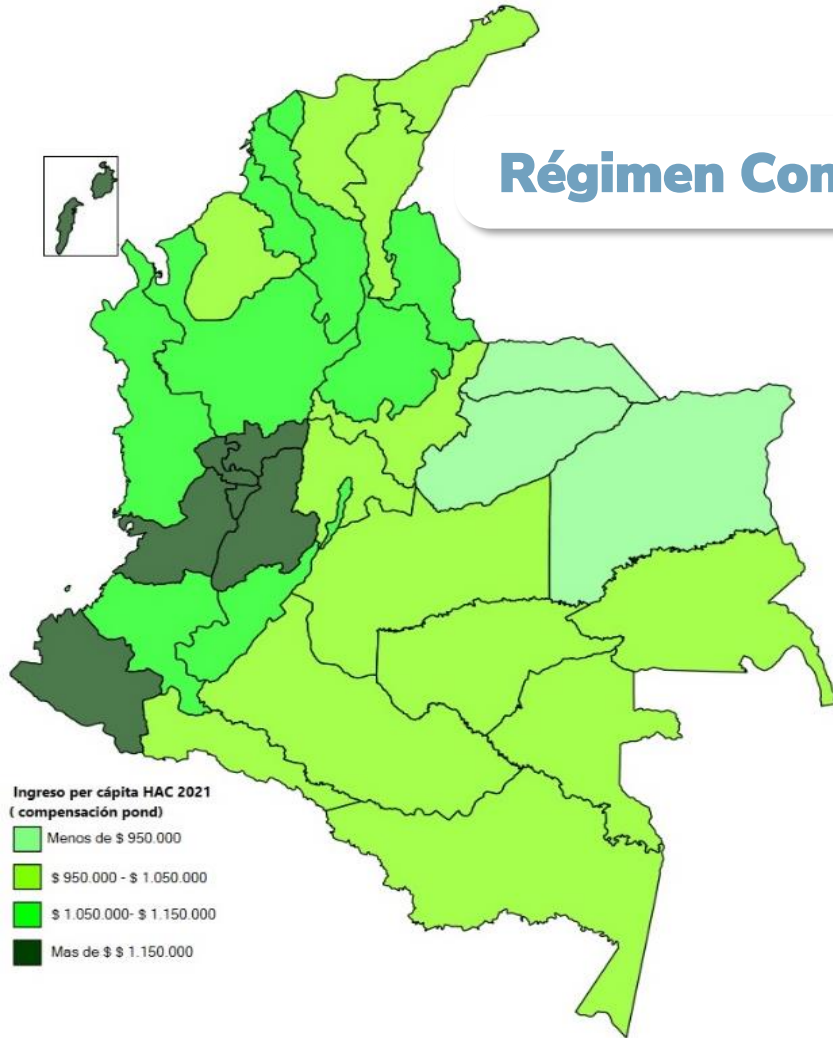
**Constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional**

**Débiles condiciones laborales del talento humano en salud**

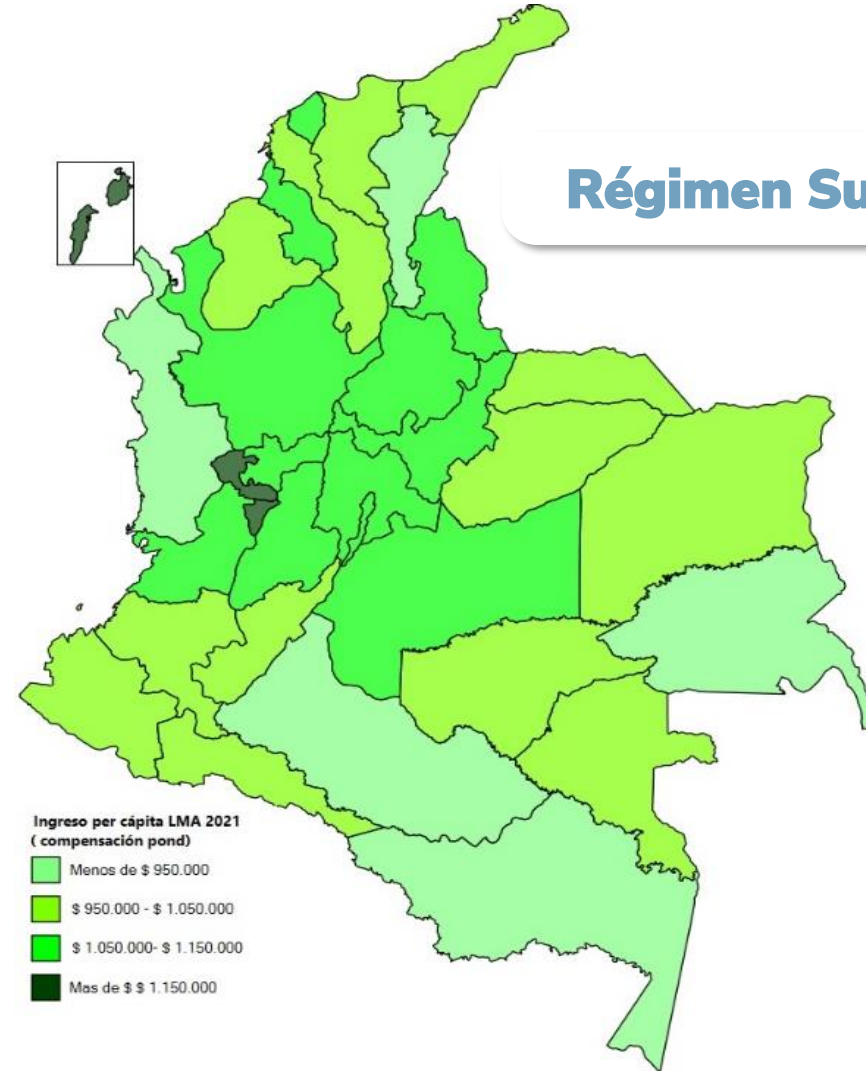
**Garantía del derecho a la salud limitada por la sostenibilidad financiera**

# Valor girado por concepto de la UPC ponderado por la población afiliada

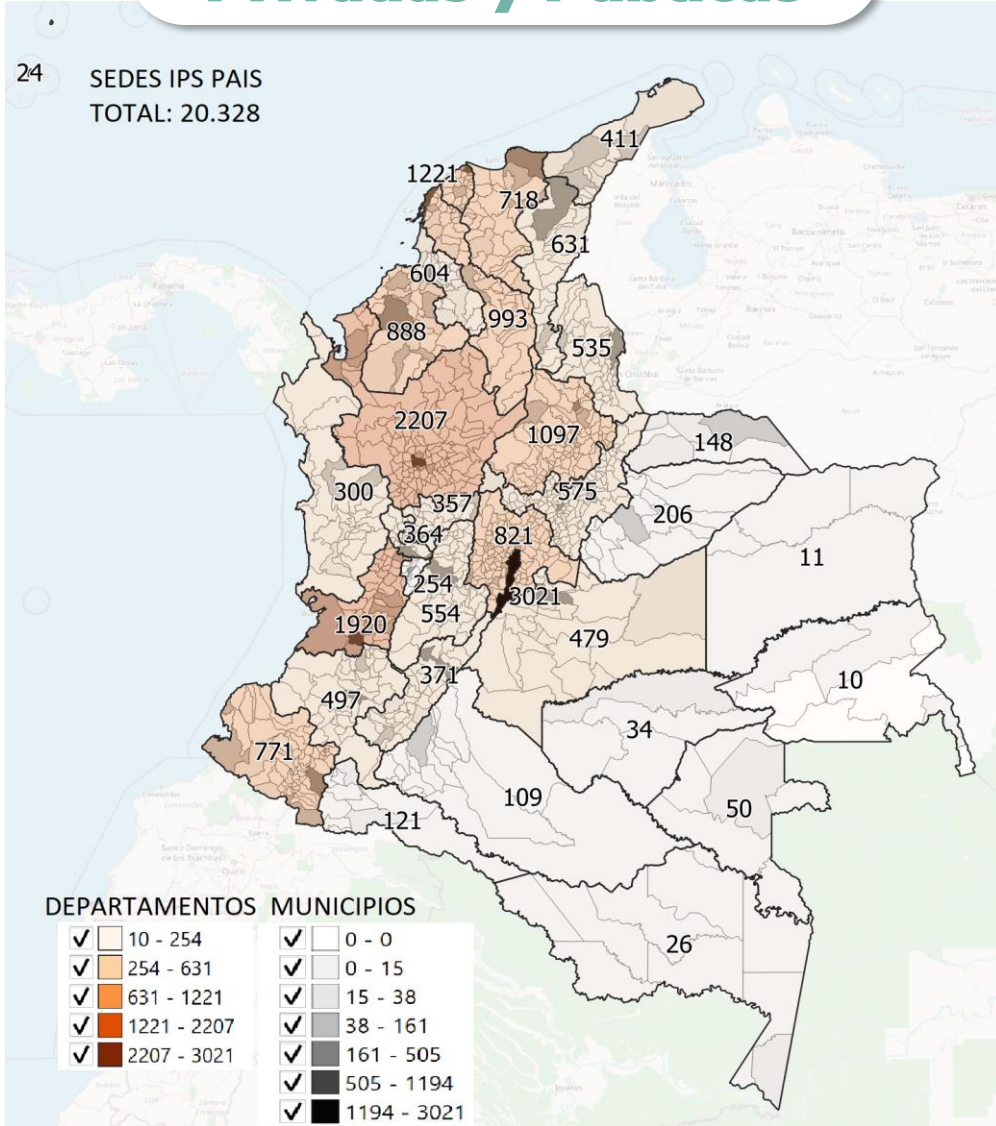
## Régimen Contributivo



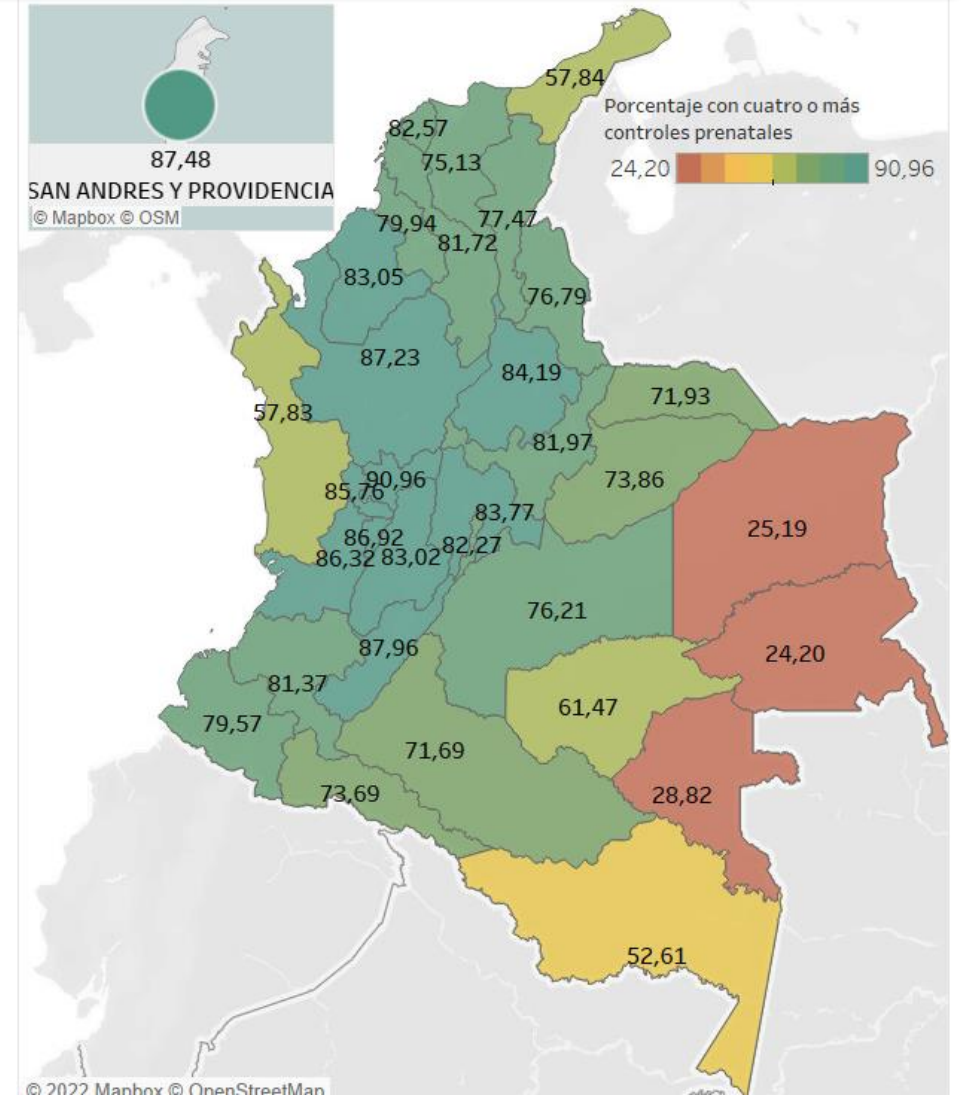
## Régimen Subsidiado



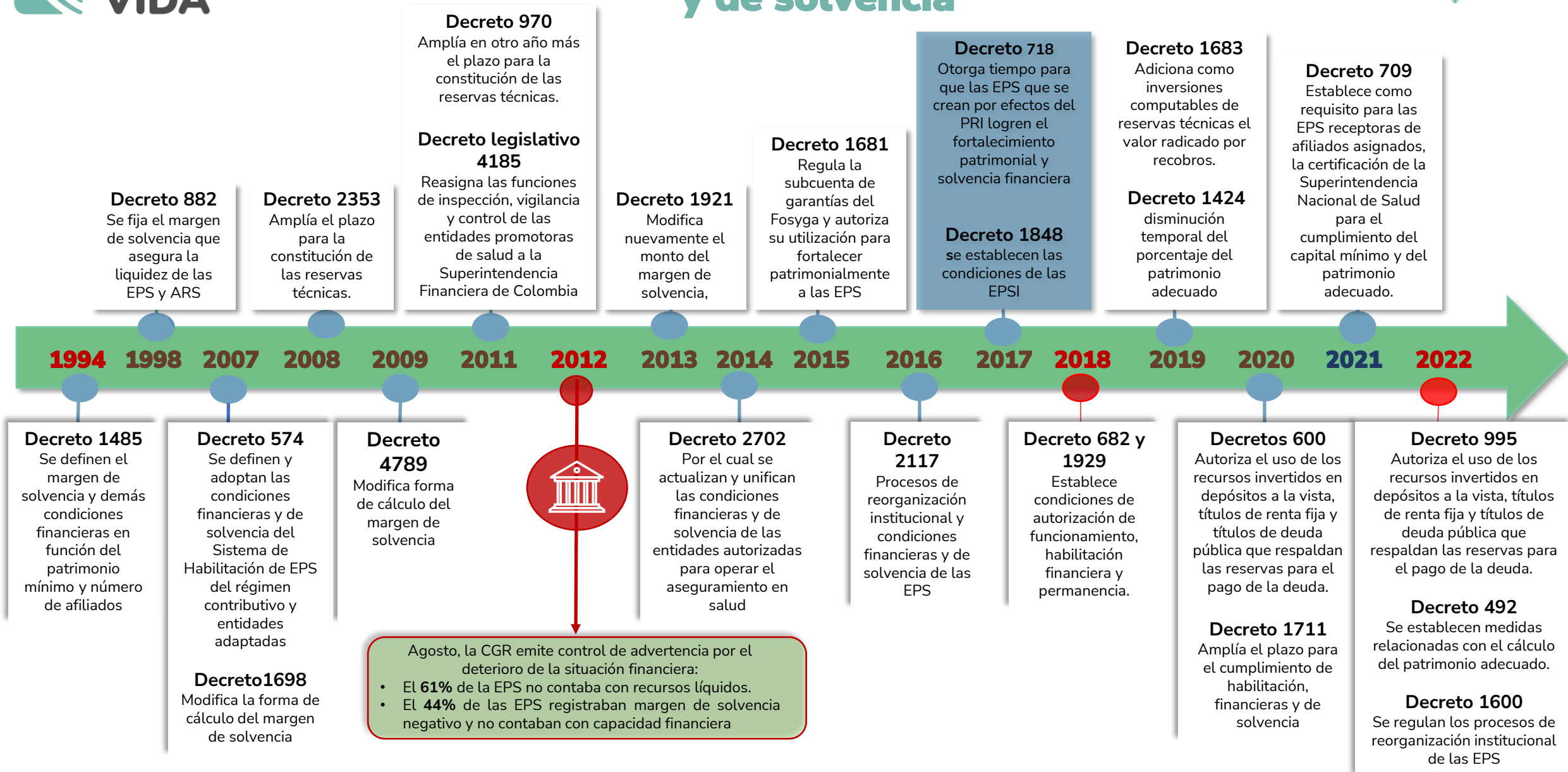
# Disponibilidad de IPS Privadas y Públicas



# % de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales







*“En el caso del Sector Salud se ha buscado flexibilizar los requisitos de cumplimiento, creando regímenes de transición, a través de sucesivas reformas al Decreto 574 de 2007, cómo si estos fueran meras formalidades”.*

*“Resulta que la realidad operacional es neutra, es apolítica, es implacable y es inexorable. **Al alterar artificialmente (con todas las formalidades legales) los requisitos no implican que la realidad operacional se va a ajustar a éstos; todo lo contrario, va a suceder: crecerá la frecuencia de negación de servicios, se dilatarán más las aprobaciones, crecerán en general todas las prácticas que muestran un crecimiento cada vez mayor en los "RPQ" reportados y, a su vez, crecerá el saldo insoluto de las deudas por pagar a los proveedores.**”...*

Función de Advertencia Incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS -Vigencia 2011.



**SEGUNDO: DECLARAR** que con la expedición del artículo 1º del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, se vulneraron los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Sería del caso anular la referida norma, si no fuera por la prohibición prevista en el inciso 2º del artículo 144 del CPACA. En su lugar, **INSTASE** al Gobierno Nacional – Ministerio de Salud y de la Protección Social a revocar, derogar o demandar el artículo 1º del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016.

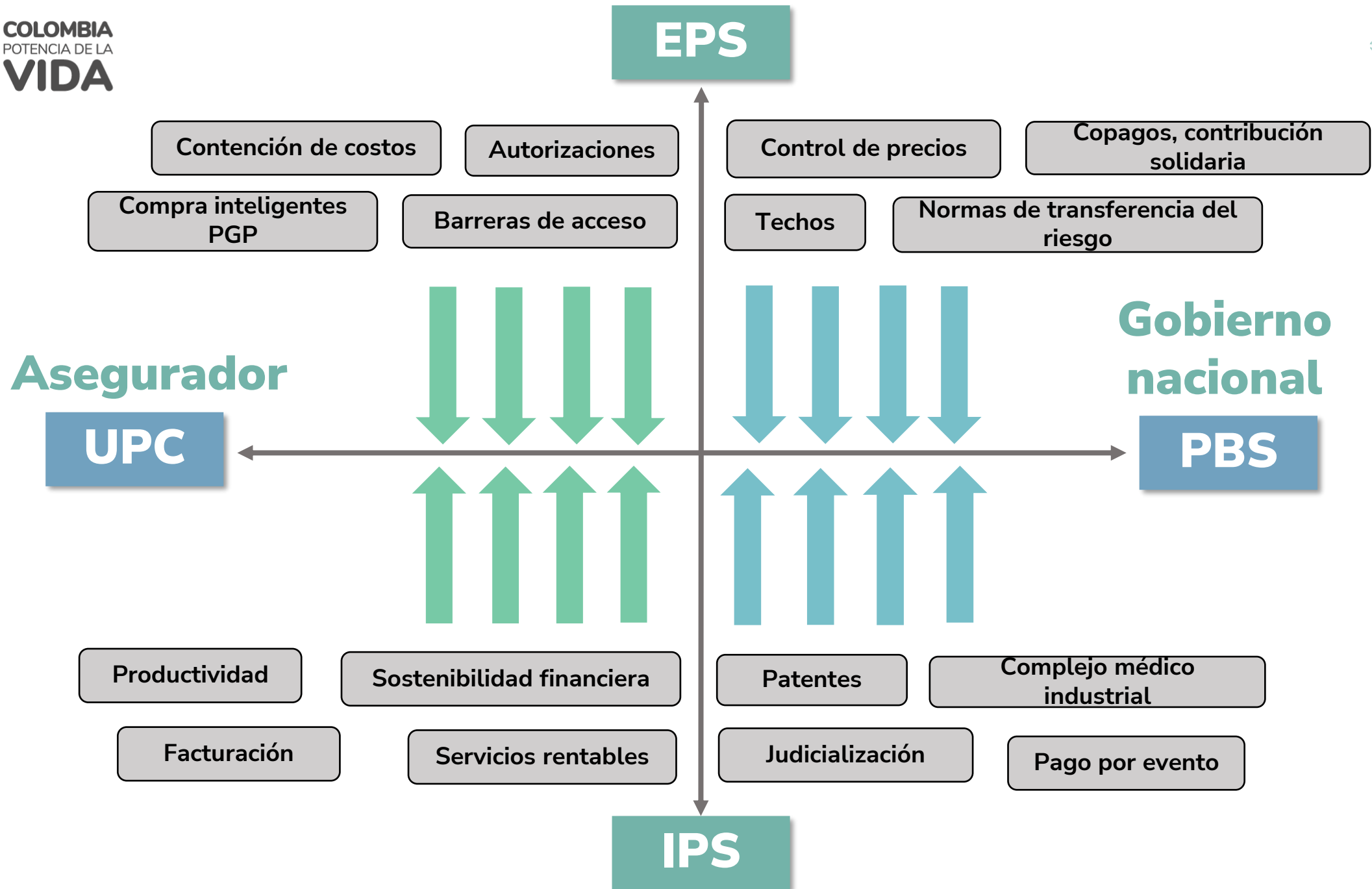
## EPS autorizadas y liquidadas desde 1994 hasta octubre de 2023

Régimen	Autorizadas	Liquidadas	Vigentes (Oct. 2023)
<b>Subsidiado</b>	122	108	14 *
<b>Contributivo</b>	27	15	12**
<b>Subsidiado y contributivo</b>	8	5	3
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>128</b>	<b>29</b>

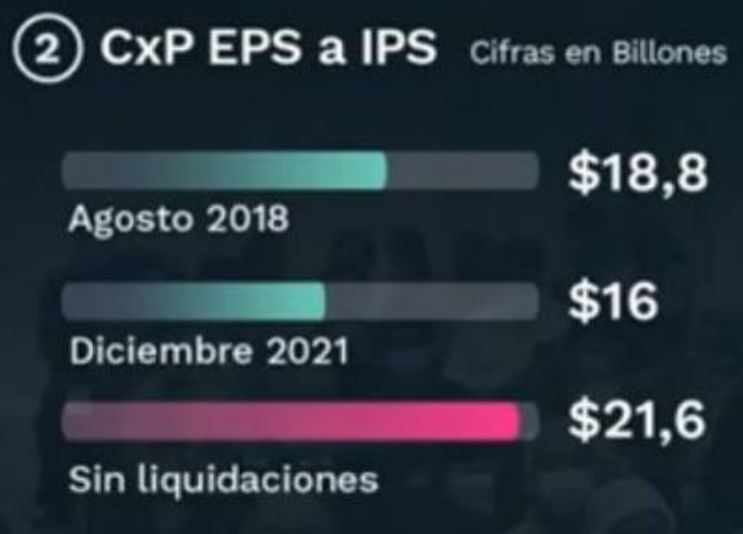
\*incluye 5 EPSI

\*\* incluye 2 EAS (Ferrocarriles Nacionales y EPM)

**Fuente:** Construcción propia a partir de información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud



# Efectos EPS



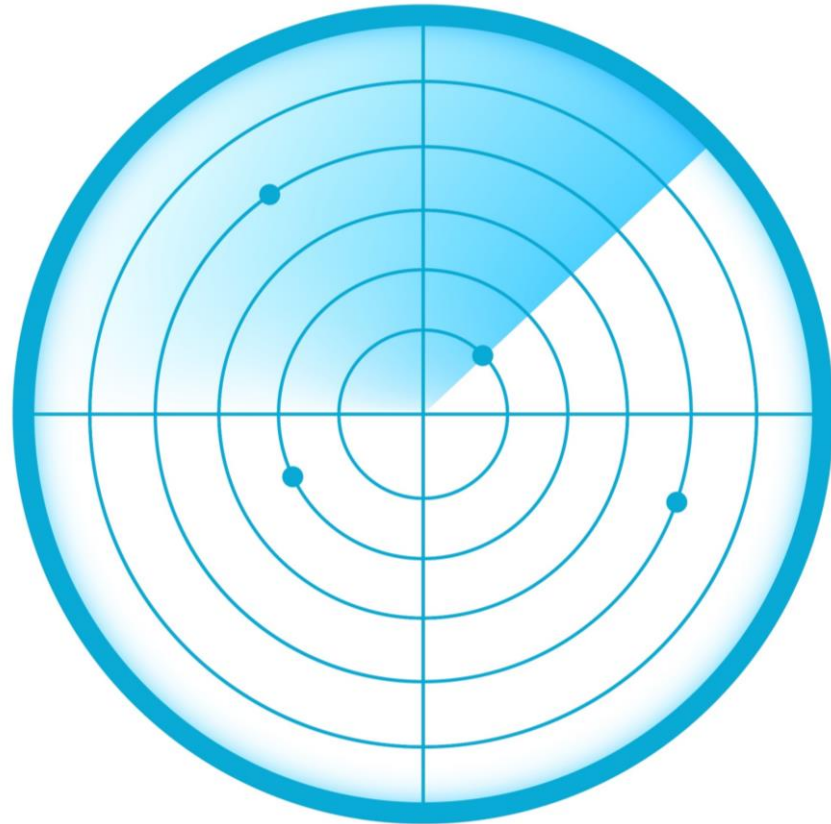
## Contenido

1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos
- 2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”**
3. Territorialización del cuidado integral en salud
4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates

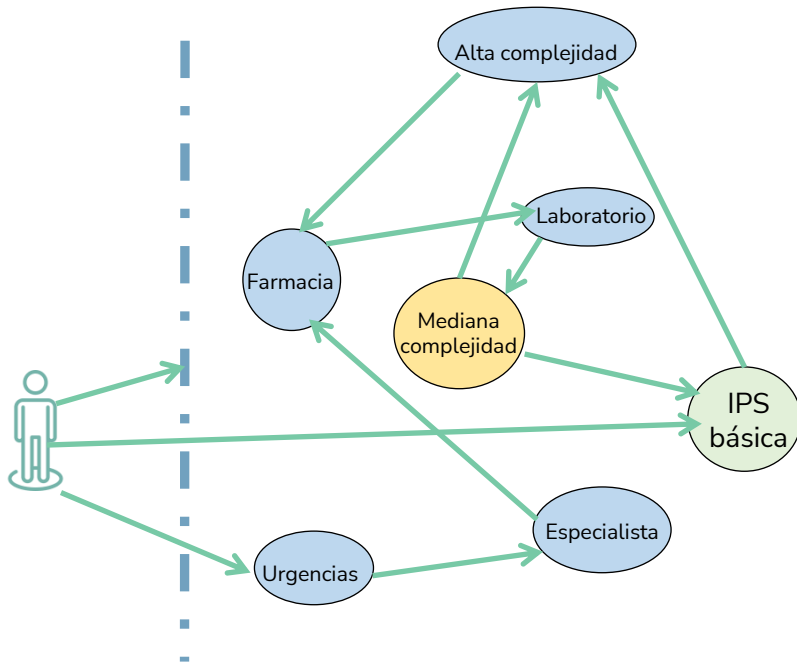
MODELO ACTUAL-SGSSS	MODELO PL SASS
Enfoque individual	Enfoque individual, familiar y comunitario
Enfoque Curativo	Enfoque Promocional, Preventivo, Predictivo y Resolutivo
Énfasis en atención episódica de eventos agudos	Énfasis en la continuidad de la atención, a través del cuidado integral en salud.
Producción Hospitalaria. Camas llenas, más ventas	Cuidado en el sitio más adecuado
Basado en competencia entre actores	Basado en la cooperación entre actores
Fragmentado	RIISS
Segmentado según capacidad de pago	Universal
Múltiples Barreras de acceso	Continuidad en el cuidado



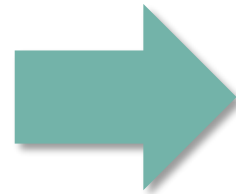
# El modelo Biomédico y el fenómeno del radar



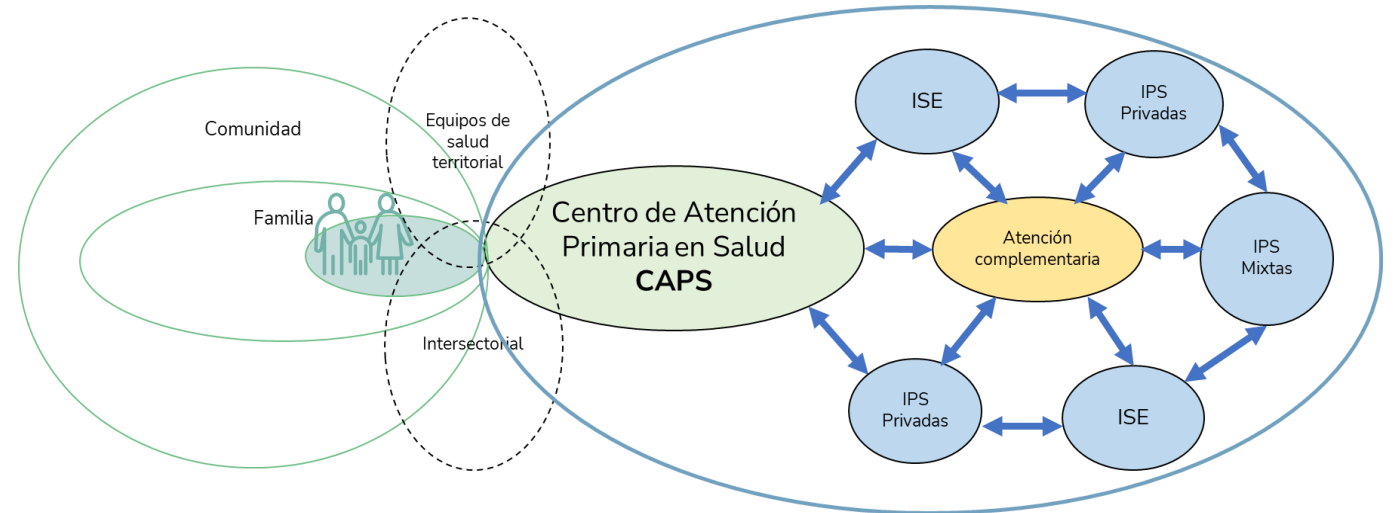
## Sistema actual



- Múltiples barreras
- Segmentado
- Fragmentado
- Desarticulado
- Centrado en la enfermedad
- Atención episódica



## Sistema propuesto



- ✓ Atención universal y coordinada
- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevención de la enfermedad
- ✓ Cuidado integral de la enfermedad
- ✓ Cuidado continuo

- Accesibilidad
- Base poblacional y geográfica
- Financiamiento per - cápita ajustado
- Primer nivel de atención como puerta de entrada y regulador del acceso a los otros servicios
- Coordinación entre proveedores
- Establecimiento de alianzas estratégicas
- Gestión conjunta de riesgos
- “Tratar al paciente en el lugar más coste-efectivo”
- Introducción de mecanismos de garantía de la calidad de la atención
- “Accountability”, más allá de la rendición de cuentas

## Sistemas de Información

- “La información debe seguir al paciente”
- Registros de base poblacional
- Ficha Clínica única (electrónica)

## La red integrada posee:

- Sistema de citas único/compartido
- Registro de urgencias informatizado y vinculado a la ficha clínica
- Automatización de los procesos clínicos y de apoyo.
- Indicadores del desempeño poblacional de los servicios de salud

## Contenido

1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos
2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”
- 3. Territorialización del cuidado integral en salud**
4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates

# Territorio para la gestión en salud

**Estructuras funcionales** basadas en la cooperación, coordinación, integración y articulación, definidas para promover:

- El fortalecimiento del diseño y aplicación de las **políticas públicas adecuadas a la realidad territorial**
- La **focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud.**
- La **coordinación de los agentes del sistema de salud** en el desarrollo de sus funciones

Se definirán usando los siguientes criterios:

- Organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas.
- Ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías
- Validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales
- Criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.

# Regiones y subregiones para la gestión en salud

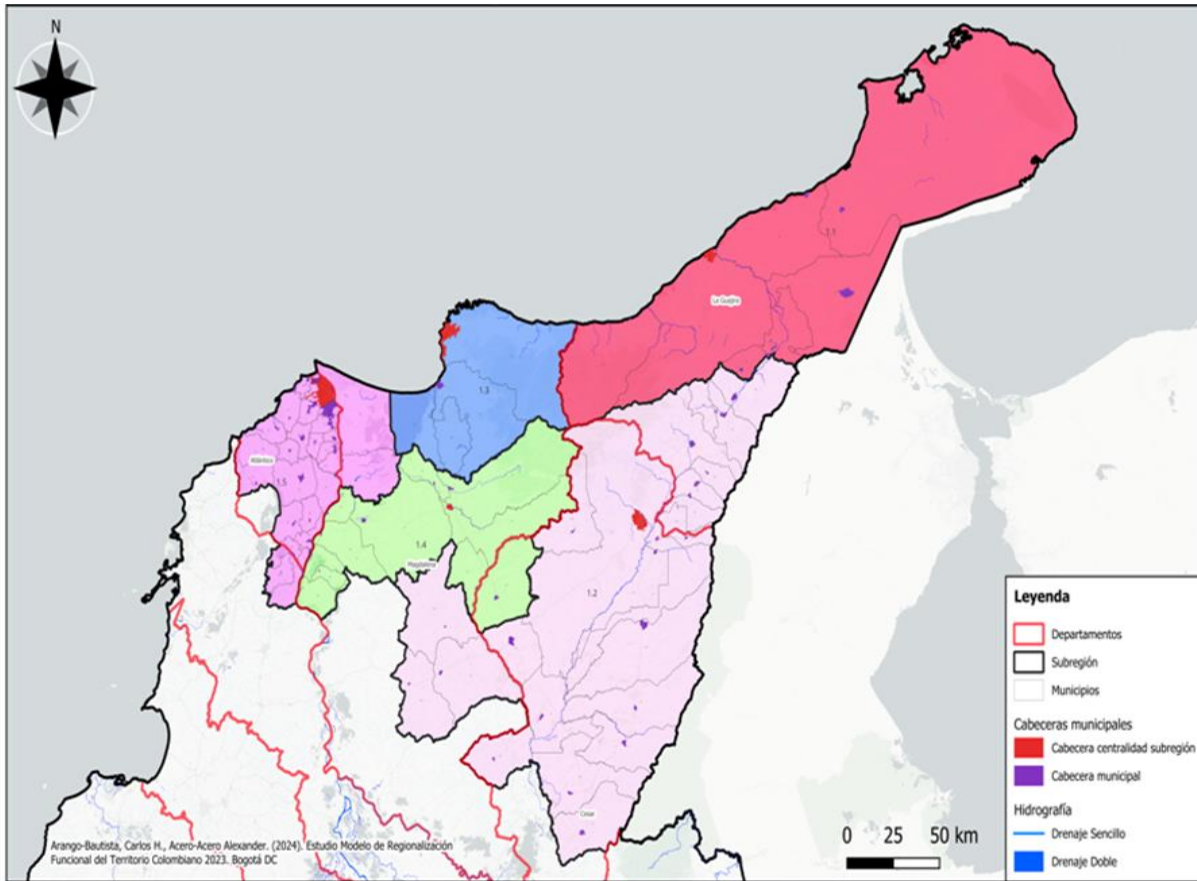
## 10 REGIONES y 97 SUBREGIONES



REGIÓN	SUBREGIONES	POBLACIÓN
Región Bogotá	4	8.089.011
Región Caribe 1	5	6.055.456
Región Caribe 2	7	5.422.039
Región Central	30	8.519.356
Región Noroccidental	9	6.965.295
Región Nororiental	11	4.830.723
Región Occidental	17	10.321.912
Región Oriental	7	2.022.060
Región Seaflower	1	62.269
Región Sur	6	1.126.375
<b>Total Colombia</b>	<b>97</b>	<b>53.414.496</b>



**Ejemplo:**  
La **Región Caribe 1** se encuentra conformada por **5 subregiones**



## Subregión La Guajira Alta

Se encuentra conformada por:  
**1 departamento y 6 municipios**

NOMBRE	CENTRALIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS
La Guajira Alta	Riohacha	La Guajira	Riohacha
			Dibulla
			Hatonuevo
			Albania
			<b>Maicao</b>
			Uribia

Cada municipio se desagrega en territorios y microterritorios de salud.

## Importancia de las Territorios para la gestión en salud, como una organización funcional *regional-subregional* del territorio

1

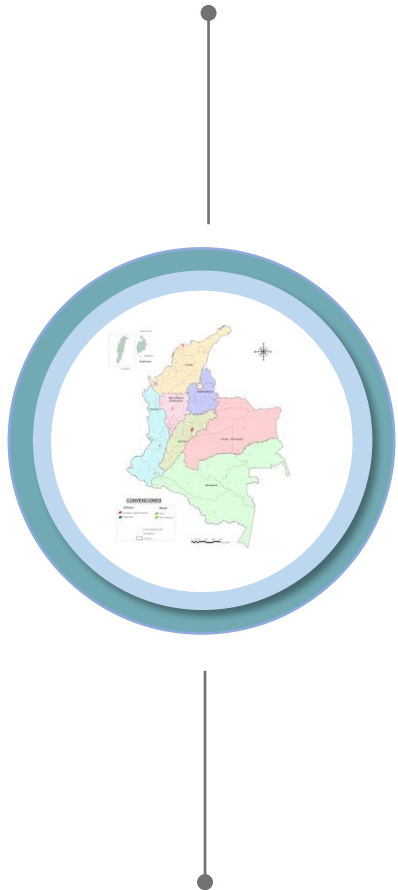
Ordenar el territorio en subregiones –“áreas geográficas para la gestión en salud” permite contar con **escenarios espacio-poblacionales para fortalecer la gestión de las políticas públicas de manera integral.**

2

### **Las áreas geográficas para la gestión en salud se caracterizan por:**

- (i) tener un **carácter funcional - relacional:** entre la población y el ecosistema físico, y entre las propias personas que habitan o que circulan en el territorio;
- (ii) ser de **orden sub-nacional** de tipo regional, subregional y local (departamentos, distritos, municipios, territorios de salud y microterritorios de salud)
- (iii) estar **cohesionadas** por similitudes físico-ambientales y similitudes de intercambio **económico-político-social** que generan vínculos de diversa naturaleza;
- (iv) establecen **relaciones de interdependencia funcional con otros territorios y poblaciones,** con quienes se generan conmutaciones de diversa índole.
- (v) Estar configuradas con independencia de los límites político administrativos de las entidades territoriales, **siguiendo las dinámicas naturales de la población dentro de los territorios.**

## Importancia de las Territorios para la gestión en salud, como una organización funcional *regional-subregional* del territorio



3

Las subregiones – áreas geográficas para la gestión en salud, integran territorios con diferentes grados de desarrollo y capacidades desiguales que, al asociarse, permitirán **focalizar acciones de respuesta a necesidades sociales de manera conjunta y complementaria**.

Sub-regionalizar el territorio fomenta la asociatividad al definir metas comunes, inversiones de beneficio mutuo y una mayor equidad resultante.

4

La **inversión acertada de recursos** deberá considerar la resolución de necesidades específicas que beneficien el conjunto de las *áreas geográficas para la gestión en salud*.

5

El despliegue de políticas públicas sectoriales diferenciales se hace viable en el escenario de las áreas geográficas para la gestión en salud, ya que **permiten la integración intersectorial de acciones de política** dirigidas a la población dentro de un mismo territorio.

## Contenido

1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos
2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”
3. Territorialización del cuidado integral en salud
- 4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud**
5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates

# Ley 1751 de 2015

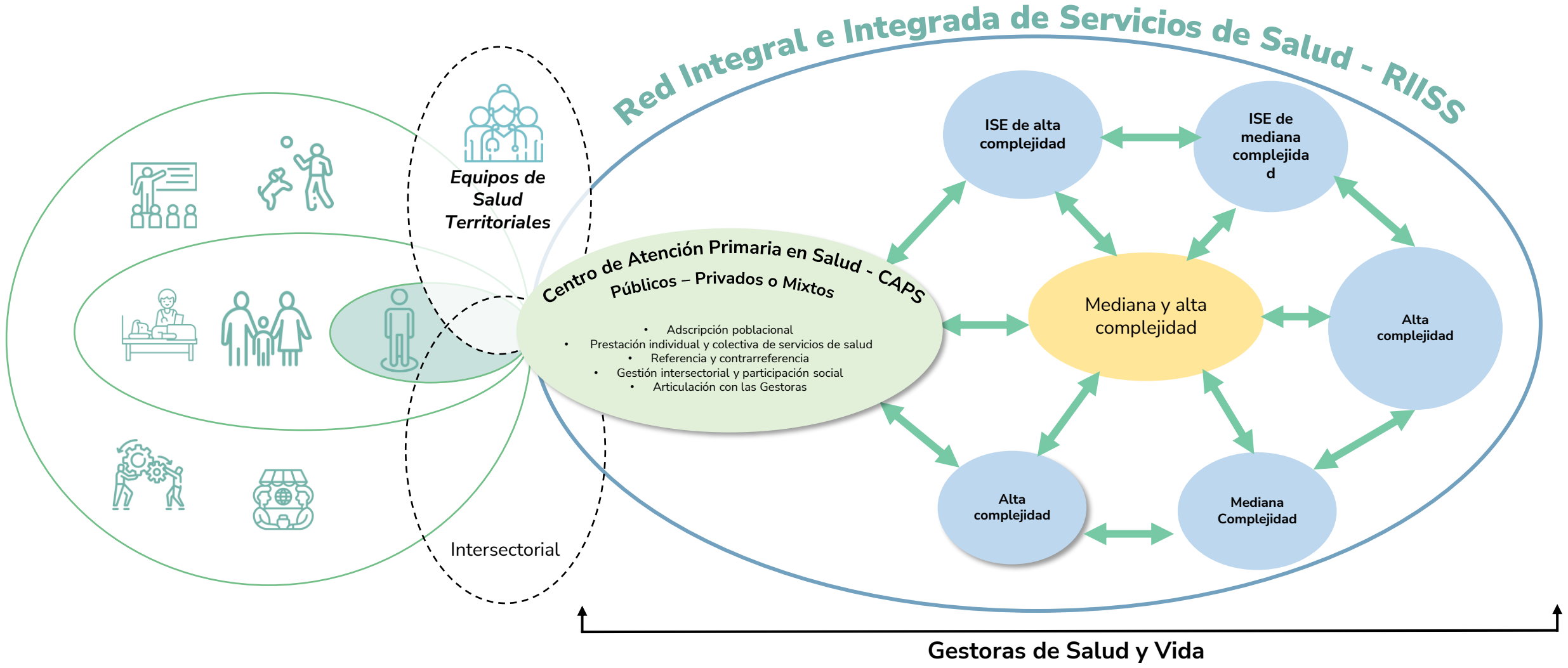
Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

**De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.**

Ejes del modelo: Promoción – Prevención – Predicción



Estrategias



Fuente. Construcción propia a partir de (OPS, 2010)



# Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

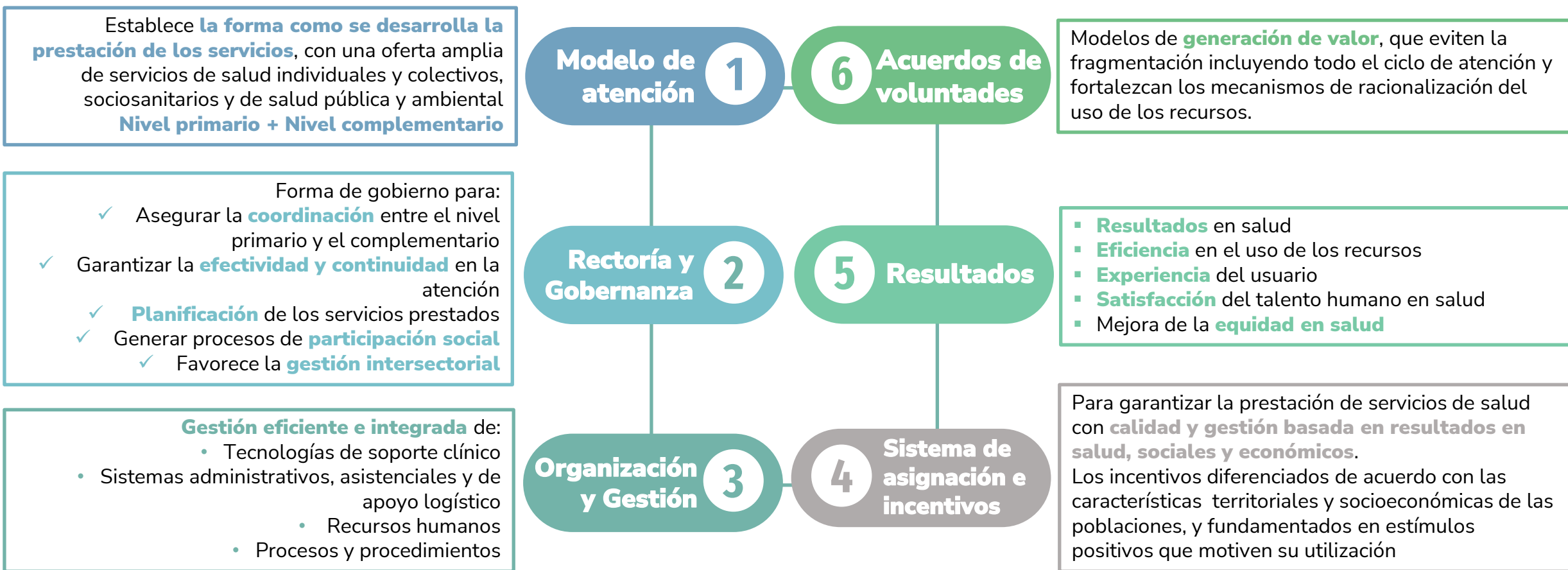
	<b>Responsable</b>
<b>Organización y Conformación de las RIISS</b>	Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de salud
<b>Unidades Zonales de Planeación y Gestión</b>	Entidad Departamental o Distrital de Salud
<b>Coordinación Departamental de Redes</b>	Entidad Departamental o Distrital de Salud
<b>Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS</b>	Direcciones Departamentales y Distritales
<b>Habilitación de las RIISS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>Sistema de monitoreo de RIISS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud

# Organización y conformación de las RISS

## Dirección Municipal, Distrital y Departamental de Salud

En coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

### Criterios determinantes de las RISS



## Unidades Zonales de Planeación y Evaluación

### Unidad funcional de la Dirección Distrital y Departamental de Salud

**Objetivo:** Garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.

**Conformado por:** profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas

**Acciones:**

- Analizar periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio
- Asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales

**Financiamiento:** Recibirán hasta el 1% del presupuesto asignado para cubrir la atención en salud de la población

## Coordinación Departamental o Distrital de las RIIS

### Unidad funcional de la Dirección Distrital y Departamental de Salud

#### Funciones

1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria en Salud.
2. Administrar el sistema de referencia y contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley.
3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna.
4. Ofrecer a las instituciones de las RIIS comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.
5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado – ISE, y las instituciones privadas y mixtas que hagan parte de la red.

## Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS

Organizado por las Direcciones Departamentales y Distritales

Con la participación de:

- Unidades Zonales de Planeación y Evaluación
- Representantes de los municipios
- Representantes de las Gestoras de Salud y Vida
- Representante de los CAPS
- Delegados de la academia
- Delegados de la sociedad civil
- Delegados de las comunidades

### Funciones

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la RIISS, de los sistemas de referencia y del transporte de pacientes.
2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.
3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones,
4. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la RIISS

## Sistema de monitoreo de las RISS

Ministerio de Salud y Protección Social + Superintendencia Nacional de Salud

### Componentes

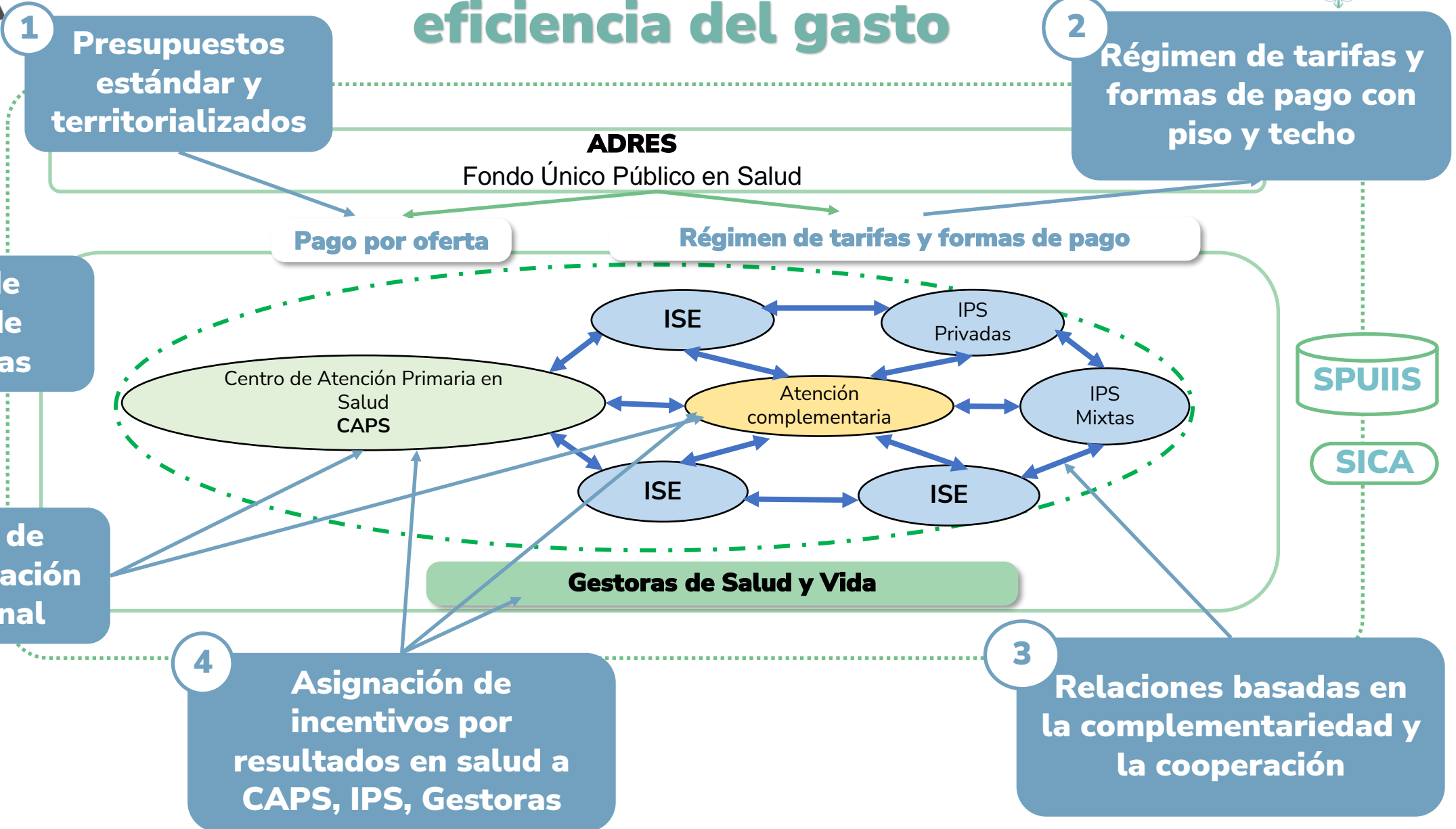
1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la atención en salud.
4. Calidad de la atención en salud.
5. Cobertura de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad.
6. Acceso oportuno a medicamentos y a tecnologías en salud.



## Contenido

1. Fallas estructurales del SGSSS y sus efectos
2. Paradigmas en tensión sobre el “Aseguramiento en Salud”
3. Territorialización del cuidado integral en salud
4. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
- 5. Respuestas a inquietudes presentadas en los debates**

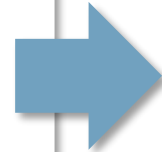
# Mecanismos de eficiencia del gasto



# “La **falta de auditorías previas y concurrentes** incentivarán la sobrefacturación”

## SGSSS

- ✓ Auditorias previas a radicación de facturas solo incluidas en contratos, si no están prohibidas.
- ✓ Las EPS hacen auditoria concurrente.
- ✓ Actualmente hay incentivos hacia la sobrefacturación: Sistema basado en la compraventa de servicios y en la competencia entre prestadores.
- ✓ Estímulo a pago por evento.



## SASS

- ✓ **Previsiones** vía territorialización,
- ✓ **Organización de servicios** (CAPS, Tipologías según particularidades del territorio, Organización de RIISS por Entidades Territoriales y Gestoras y habilitadas por el MSPS)
- ✓ **Incentivos** a optimizar los recursos: Nivel primario CAPS financiados por oferta con Cooperación entre IPS y Gestoras **trabajando en RIISS**.
- ✓ Gestoras **auditan** y ADRES hace auditorias aleatorias.

“Se diluyen las responsabilidades entre los actores del sistema”

### SGSSS

En la actualidad las EPS ejercen un poder dominante y concentrado sobre los demás actores del sistema

### SASS

En el Sistema propuesto en el proyecto de ley, se plantean **acciones coordinadas y sinérgicas entre los actores.**

“la **ADRES** sin capacidades operativas”

Hoy la ADRES hace giro directo en Régimen Subsidiado del 70 %, en Reg. Contributivo del 10%, en pandemia pago bonificación al talento humano en salud a 260 mil personas. Tiene aún capacidad para fortalecer los procesos.

En el Proyecto de Ley, **las Gestoras harán auditorias**, además de fortalecer la ADRES, quien también hará auditorias aleatorias.

# Funciones EPS vs Gestoras de Salud y Vida

	EPS	Gestora de Salud y Vida
Conformación de redes integradas e integrales de servicios de salud RIISS	✓	En coordinación con entidades territoriales
Contratación de servicios de salud	✓	Asignación de recursos mediante acuerdos de voluntades desde el Estado
Evaluar pertinencia	✓	✓
Auditorías P.C. y P	✓	✓

## PL 339

“El proyecto presenta **grandes riesgos financieros** para el sistema y el Estado”



**Permanecen las fuentes** de financiación del actual sistema, distribuyéndose de una manera más **eficaz y efectiva**, mejorando el flujo de recursos a todos los prestadores.

“...**desconoce las capacidades y conocimientos** acumulados por los distintos actores”



**Armonizará** la provisión de servicios con todos los prestadores, incluyendo los **avances acumulados en** prestadores públicos y privados, **disminuyendo así la fragmentación** de la prestación

“...pone **en riesgo el modelo de atención en salud** y fragmenta las responsabilidades”

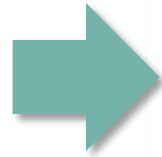


Pasa de un modelo curativo a un **modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo** fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, las familias y las comunidades

## PL 339

“La reforma no incorpora nuevas fuentes de financiación. Propone pasar de una Unidad de Pago por Capitación a un subsidio a la oferta.

Así mismo, en los niveles de mediana y alta complejidad se establecerá un pago por evento, **generando un gran desincentivo para la gestión eficiente de recursos y para la calidad y prestación de servicios”**



El artículo 131 define que los **acuerdos de voluntades** implican la **aplicación del régimen de tarifas y formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos**; preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población



“Algunos **elementos positivos** de la reforma como los equipos de salud territorial, las comisiones departamentales, distritales y municipales de determinantes en salud, la creación de políticas de formación, salud rural, ciencia y tecnología, medicamentos y tecnologías en salud, **no requieren de una reforma** como la que está planteada”



## PL 339

No es cierto que no se requiera de una reforma, puesto que **el actual sistema le entrega a la intermediación financiera todos los recursos con que financia el sistema de salud** y estos elementos no han sido desarrollados.



**Salud**