

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 280

Bogotá, D. C., martes, 19 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 168 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

MARCO DE MESAS TÉCNICAS

PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, 339 DE 2023 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados.

MESA TÉCNICA NÚMERO 01 DE 2024

(febrero 26)

aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos.

Mesas técnicas a la reforma a la salud - medicamentos

Andres I. Vecino-Ortiz

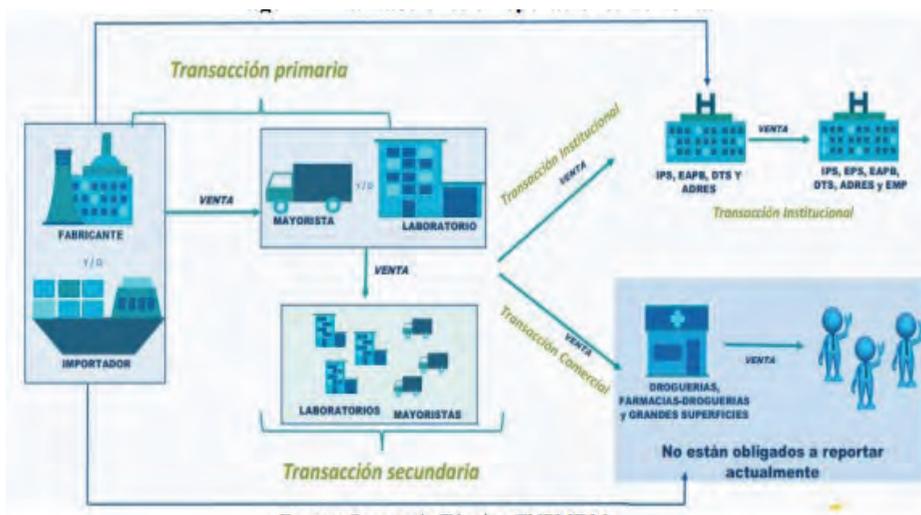
Investigador en sistemas de salud

Departamento de Salud Internacional

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Febrero 26, 2024

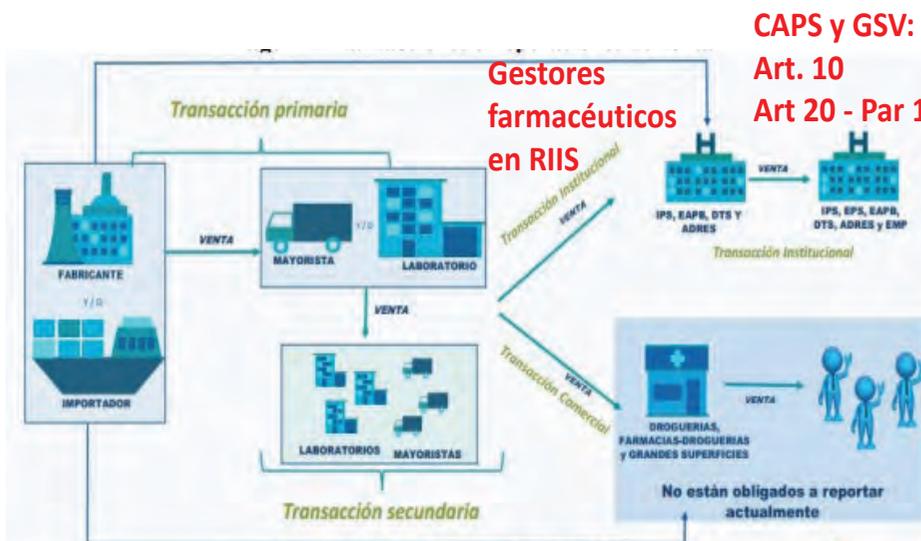
Actores en el sistema de gestión farmacéutica actual



Fuente: Secretaria Técnica CNPMDM.

- MinSalud
- INVIMA
- Supersalud
- IETS

Actores en el sistema de gestión farmacéutica actual

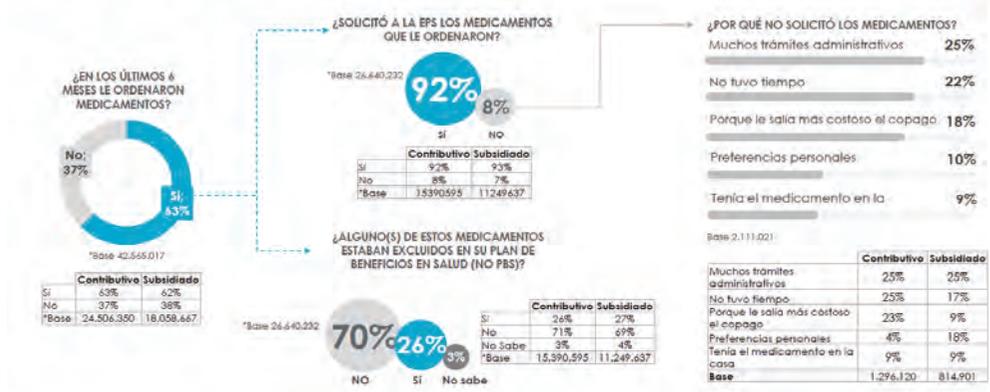


Fuente: Secretaria Técnica CNPMDM.

- MinSalud
- INVIMA
- Supersalud
- IETS

Solicitud de medicamentos

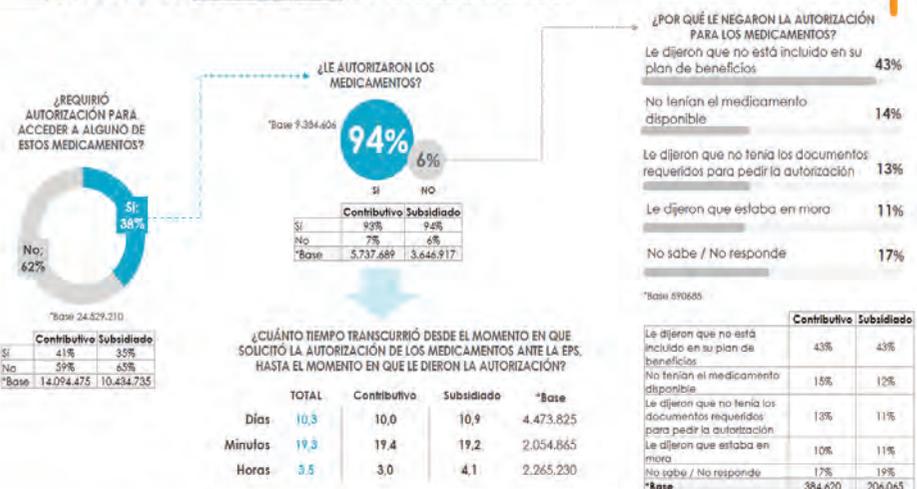
Proceso de solicitud medicamentos



#42. ¿En los últimos 6 meses le ordenaron medicamentos? (ENC. RU) / #43A. ¿Alguno(s) de estos medicamentos estaban excluidos en su plan de beneficios en salud (NO PBS)? (ENC. RU) / #43B. ¿Solicitó a la EPS los medicamentos que le ordenaron? (ENC. RU) / #44. ¿Por qué no solicitó los medicamentos? (ENC. RU) / #45. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que solicitó la autorización de los medicamentos ante la EPS, hasta el momento en que le dieron la autorización? (ENC. RU) / #46. ¿Por qué le negaron la autorización para los medicamentos? (ENC. RU)

Autorización de medicamentos

Proceso de autorización de medicamentos



#45. ¿Requirió autorización para acceder a alguno de estos medicamentos? (ENC. RU) / #46. ¿Le autorizaron los medicamentos? (ENC. RU) / #47. ¿Por qué le negaron la autorización para los medicamentos? (ENC. RU) / #48. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que solicitó la autorización de los medicamentos ante la EPS, hasta el momento en que le dieron la autorización? (ENC. RU) / #49. ¿Por qué le negaron la autorización para los medicamentos? (ENC. RU)

Dos desafíos que representan las tecnologías en salud

1. Acceso
2. Costos

Acceso

1. Disponibilidad global y cadenas de suministro
2. Patentes
3. Sustitutos
4. Agentes regulatorios (Invima)

Costos

1. Las tecnologías representan el primer factor de crecimiento de costos en la región.
2. Colombia cambió de un plan de beneficios explícito a uno implícito en la Ley Estatutaria (art. 15).

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Las crisis del sistema de salud han estado estrechamente vinculadas al crecimiento en el uso de tecnologías

1. 2006 (circular 04)
2. 2009 (decreto 4976 de emergencia social)
3. 2019 (Ley 1955 - presupuestos máximos)
4. No todas las nuevas tecnologías proveen valor real a la prestación de servicios de salud.
5. Para combatir este problema se creó el Mipres y el IETS.

Gracias

Andrés Vecino

avecino1@jhu.edu

@andresvecino



Salud



Mesa técnica de aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos.

Honorable Comisión Séptima
Senado



1. Relaciones entre los actores del mercado farmacéutico

1.1. Canal institucional

Canal institucional



Otorgamiento de registro sanitario previa solicitud del interesado (industria farmacéutica)

INVIMA

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

Vigilancia del mercado Protección de la competencia Protección del consumidor

Supersalud

Vigilancia de la prestación de los servicios de salud a los usuarios Relación EPS-IPS

1.2. Canal comercial

Canal Comercial



Otorgamiento de registro sanitario
previa solicitud del interesado
(industria farmacéutica)



Vigilancia del mercado Protección de la
competencia Protección del consumidor

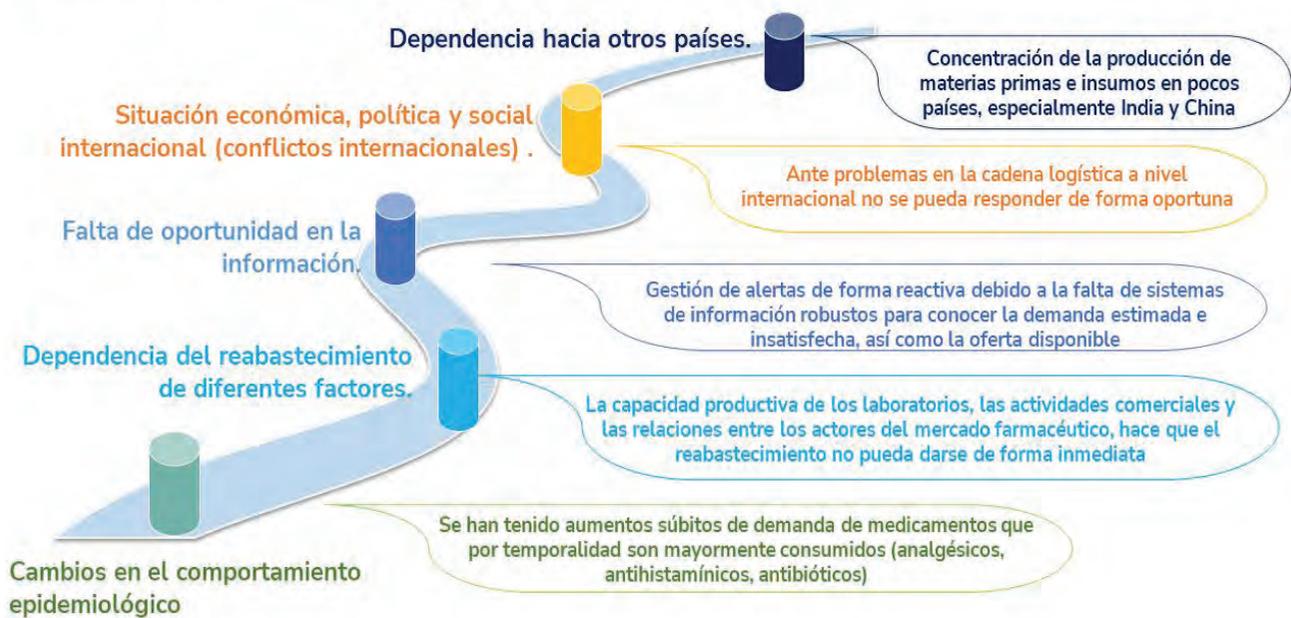


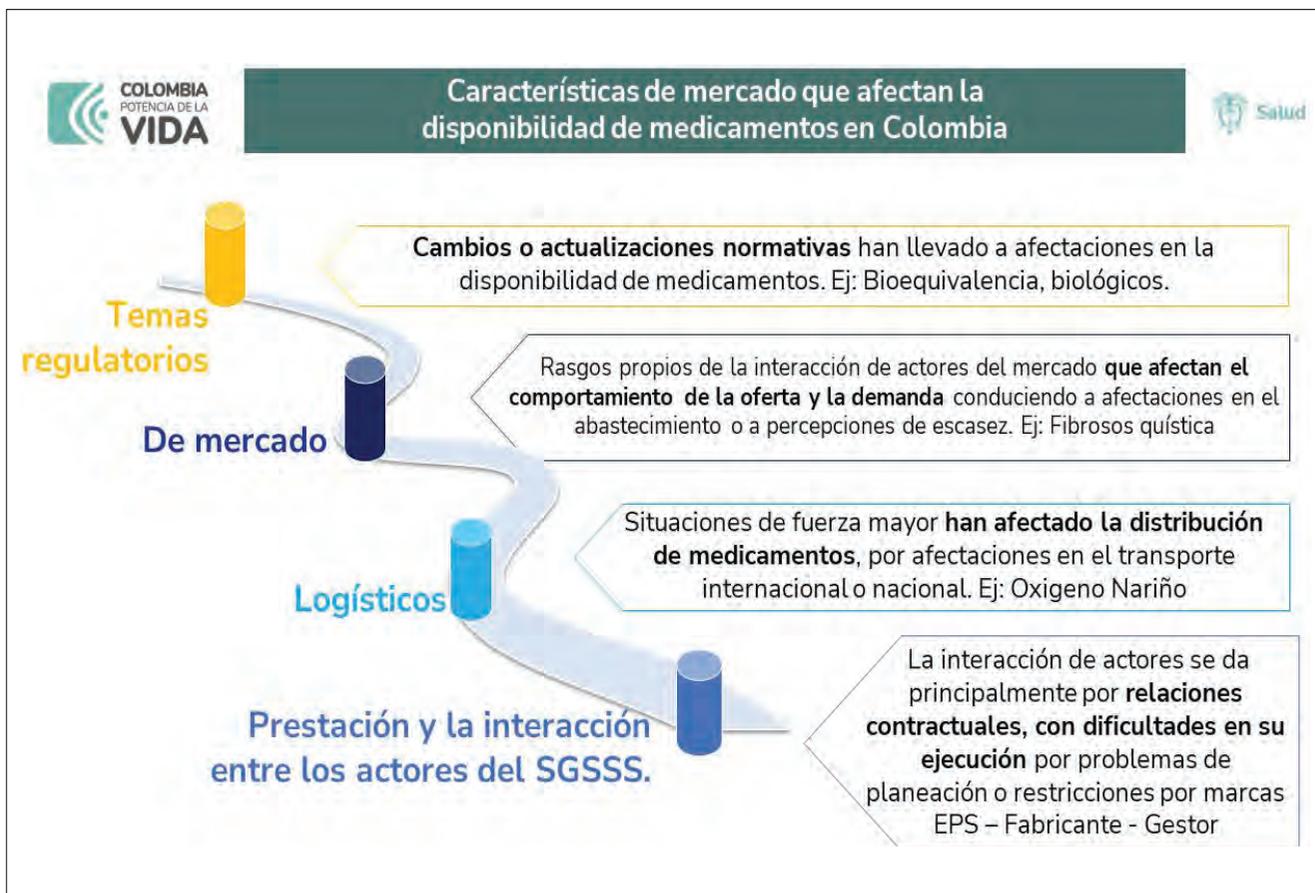
Vigilancia de la prestación de los servicios
de salud a los usuarios Relación EPS-IPS

2. Características de mercado que afectan la disponibilidad de medicamentos en Colombia

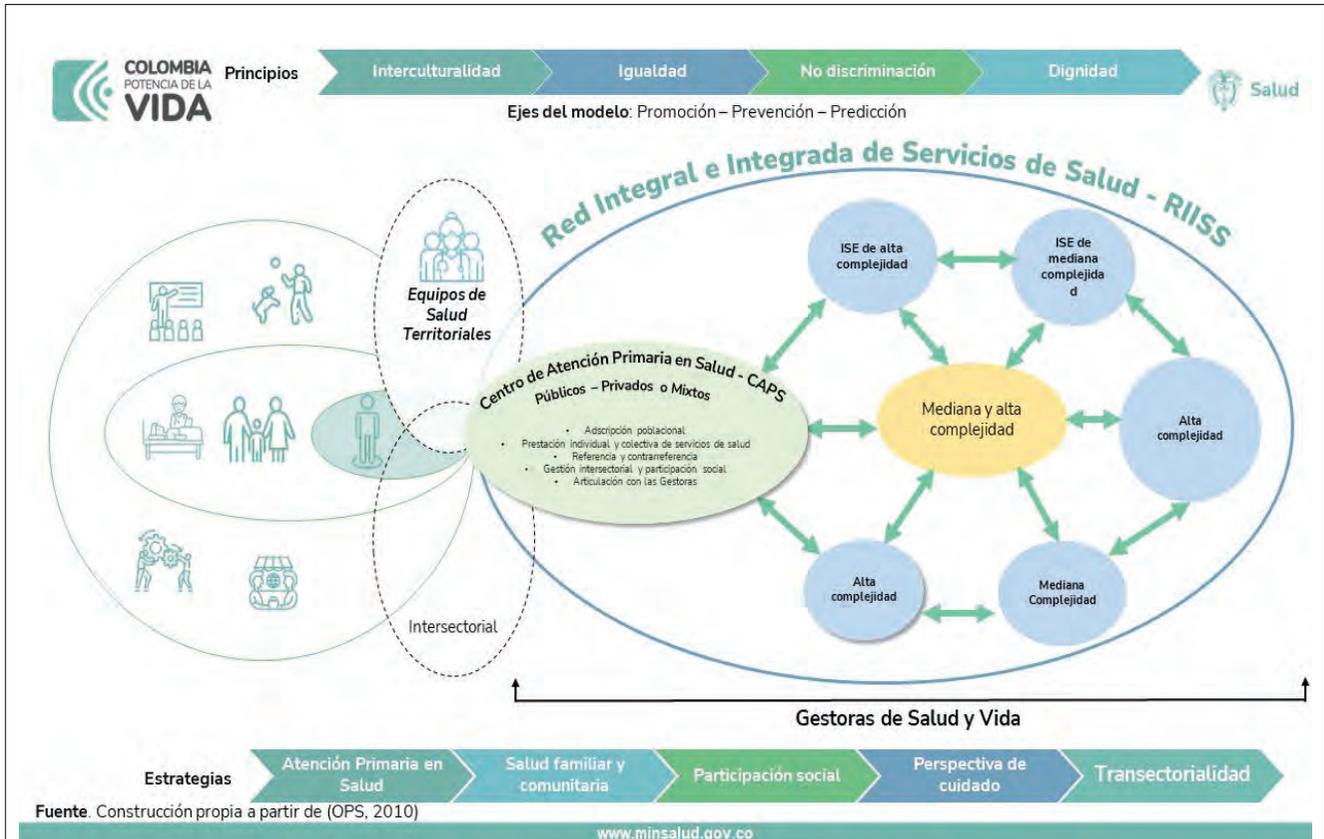


Características de mercado que afectan la disponibilidad de medicamentos en Colombia





3. El acceso a medicamentos en la Reforma



Acceso a medicamentos

Los servicios farmacéuticos, como servicios de salud serán parte de las RIISS en la lógica de territorialización:

Dispensación hospitalaria

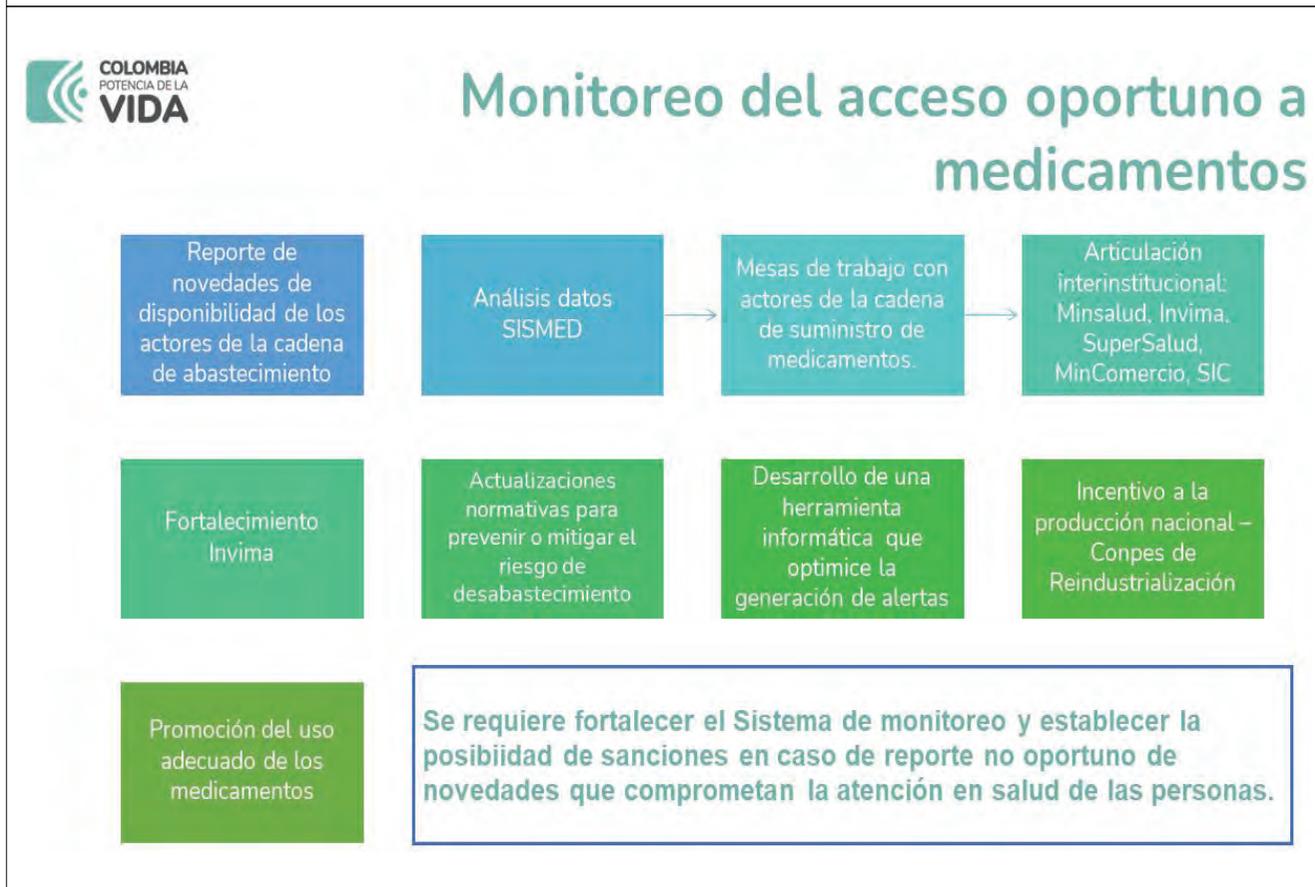
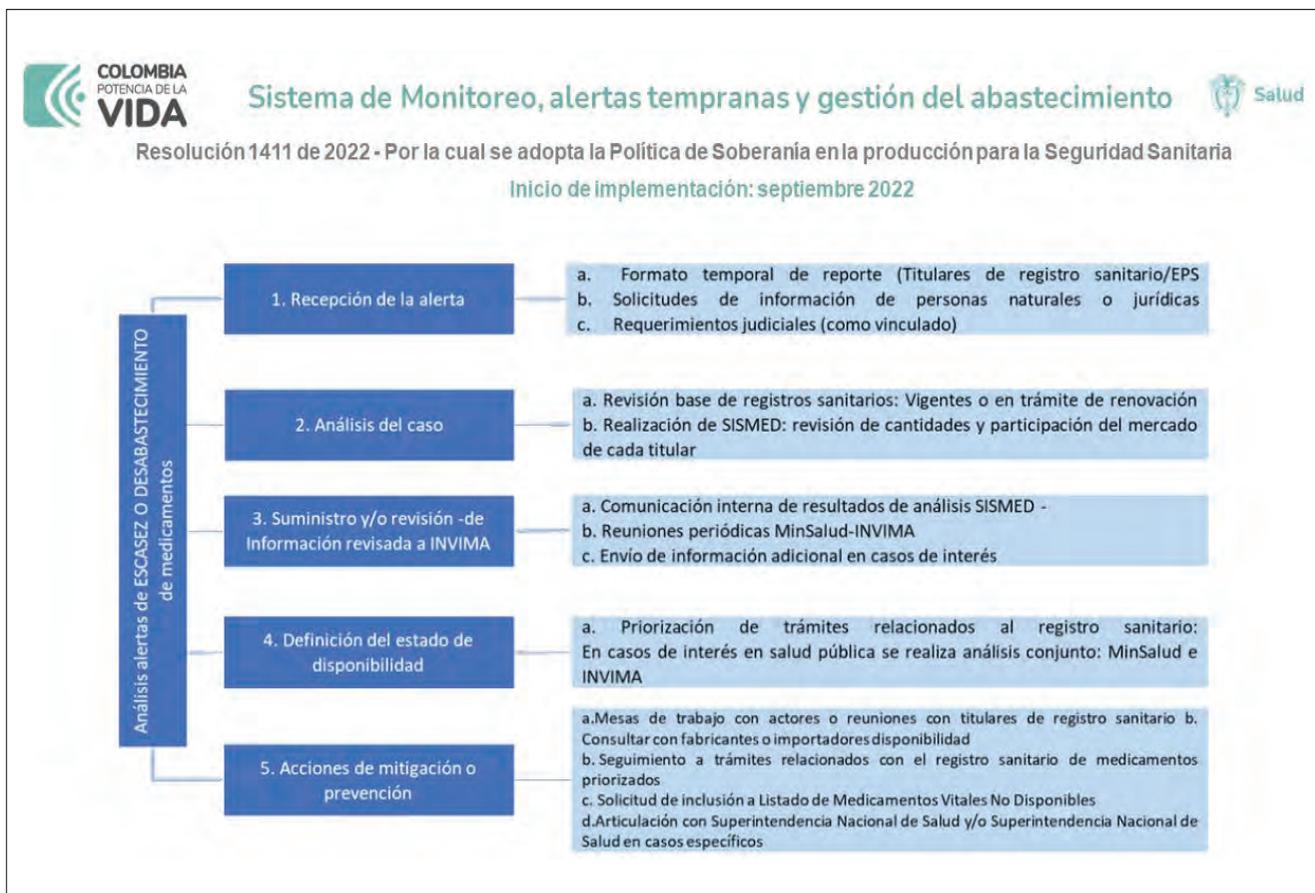


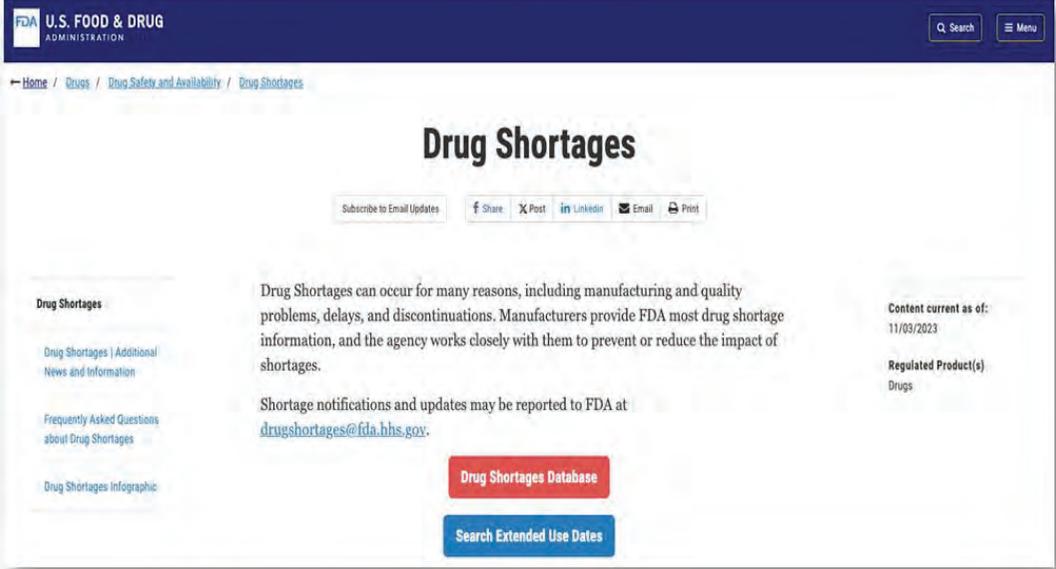
Se deberá garantizar el acceso a los medicamentos necesarios para la atención del paciente, no solo los de la especialidad del prestador.

Dispensación ambulatoria



El paciente no tendrá que hacer largos recorridos para obtener sus medicamentos.





The screenshot shows the FDA USA website page for Drug Shortages. At the top left is the logo for COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA. The main heading is "Situación a nivel global FDA - USA". The FDA logo and "U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION" are in the top navigation bar. Below the navigation bar, the page title "Drug Shortages" is centered. There are buttons for "Subscribe to Email Updates", "Share", "Post", "LinkedIn", "Email", and "Print". The main content area explains that drug shortages can occur for many reasons and provides information on how to report shortages to the FDA at drugshortages@fda.hhs.gov. There are two prominent buttons: "Drug Shortages Database" and "Search Extended Use Dates". On the right, it indicates the content is current as of 11/03/2023 and lists "Regulated Product(s) Drugs". A sidebar on the left contains links for "Drug Shortages", "Drug Shortages | Additional News and Information", "Frequently Asked Questions about Drug Shortages", and "Drug Shortages Infographic".

<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/drug-shortages>

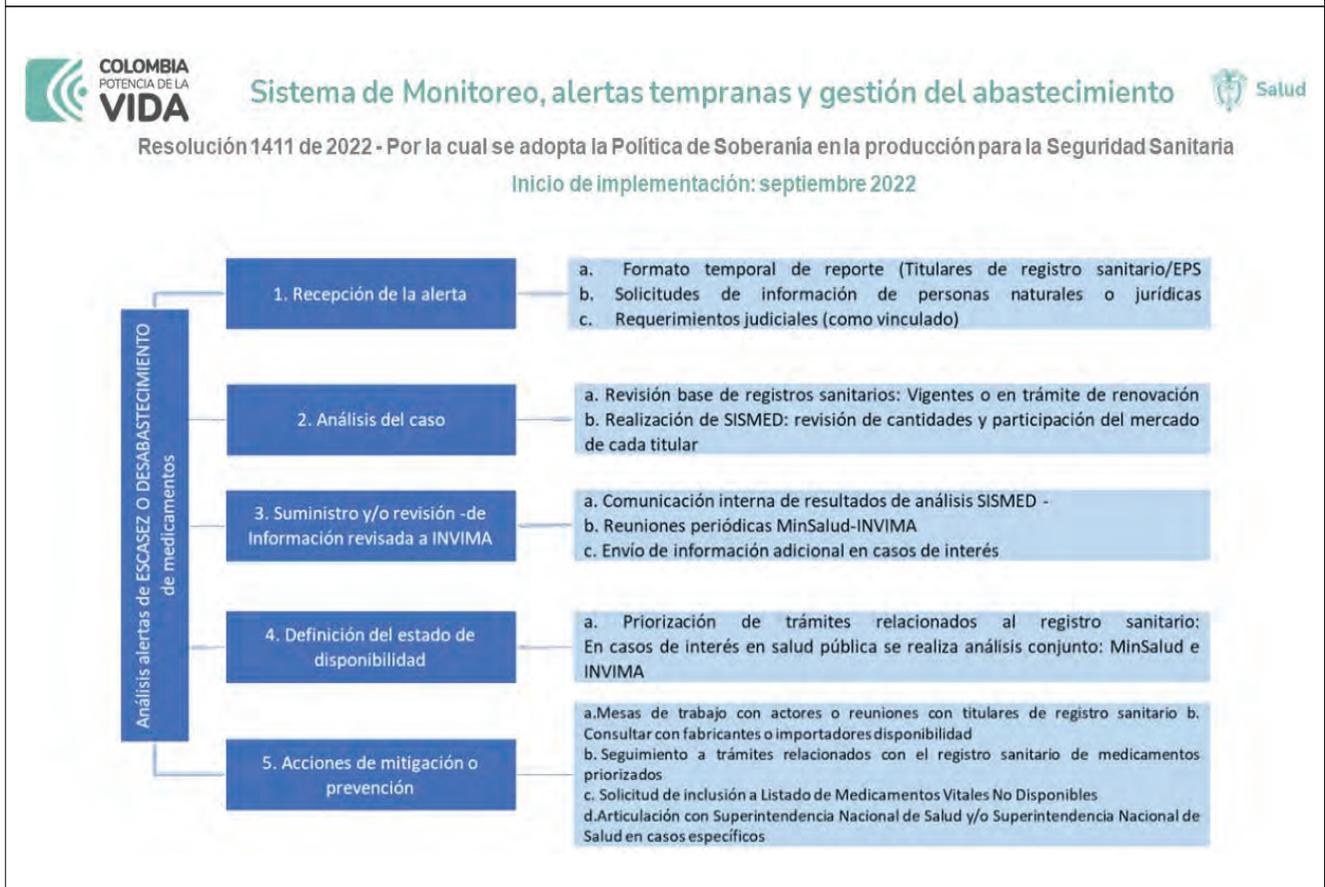
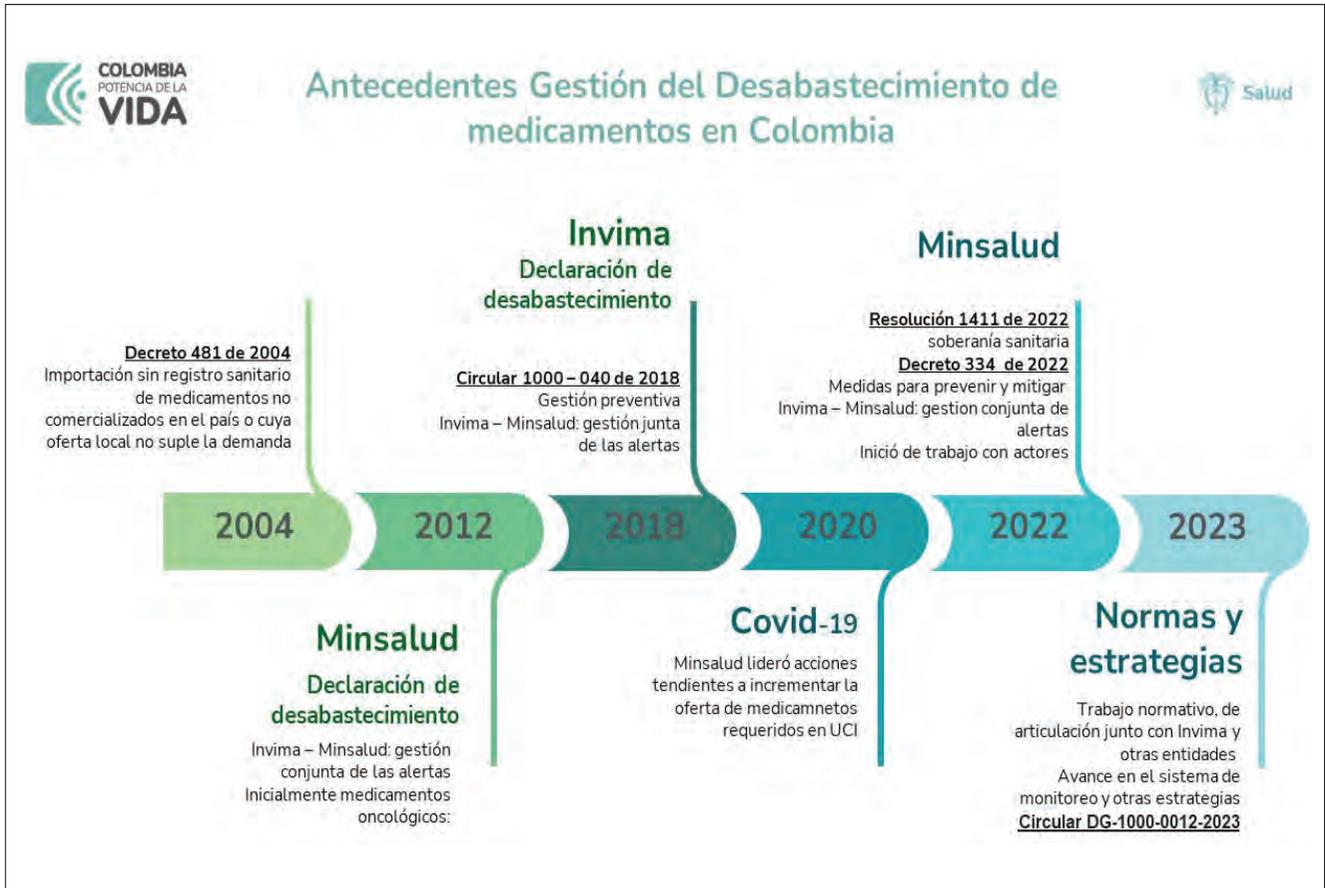
www.minsalud.gov.co



The screenshot shows the EMA UE website page for Public information on medicine shortages. At the top left is the logo for COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA. The main heading is "Situación a nivel global EMA- UE". The EMA logo and "EUROPEAN MEDICINES AGENCY SCIENCE MEDICINES HEALTH" are in the top navigation bar. Below the navigation bar, the page title "Human regulatory" is centered. There are buttons for "Medicines", "Human regulatory", "Veterinary regulatory", "Committees", "News & events", "Partners & networks", and "About us". The main content area is titled "Public information on medicine shortages" and includes a "Share" button. It features a "Table of contents" with links to "EMA shortages catalogue" and "National registers of shortages". The text states: "The European Medicines Agency (EMA) publishes information on medicine shortages that affect or are likely to affect more than one European Union (EU) country, where it has assessed the shortage and provided recommendations to patients and healthcare professionals." It also mentions that EMA publishes information on critical shortages monitored at EU level by the Medicine Shortages Single Point of Contact (SPoC) Working Party and that EMA monitors critical medicine shortages that might lead to a crisis situation.

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/availability-medicines/public-information-medicine-shortages>

www.minsalud.gov.co





Acciones y estrategias adelantadas en la implementación del sistema de monitoreo 2022-2023



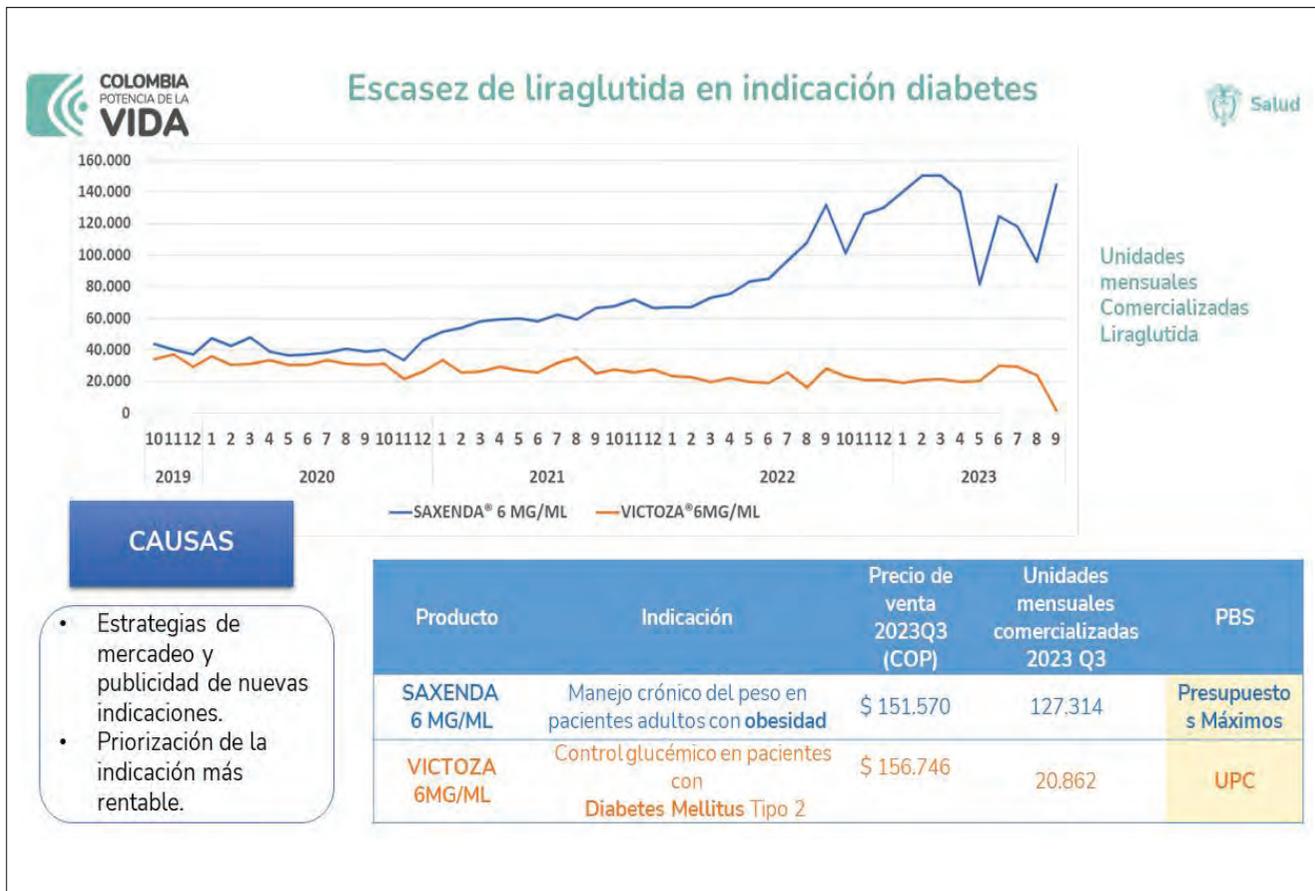
Solicitud de información a los actores de la cadena de suministro

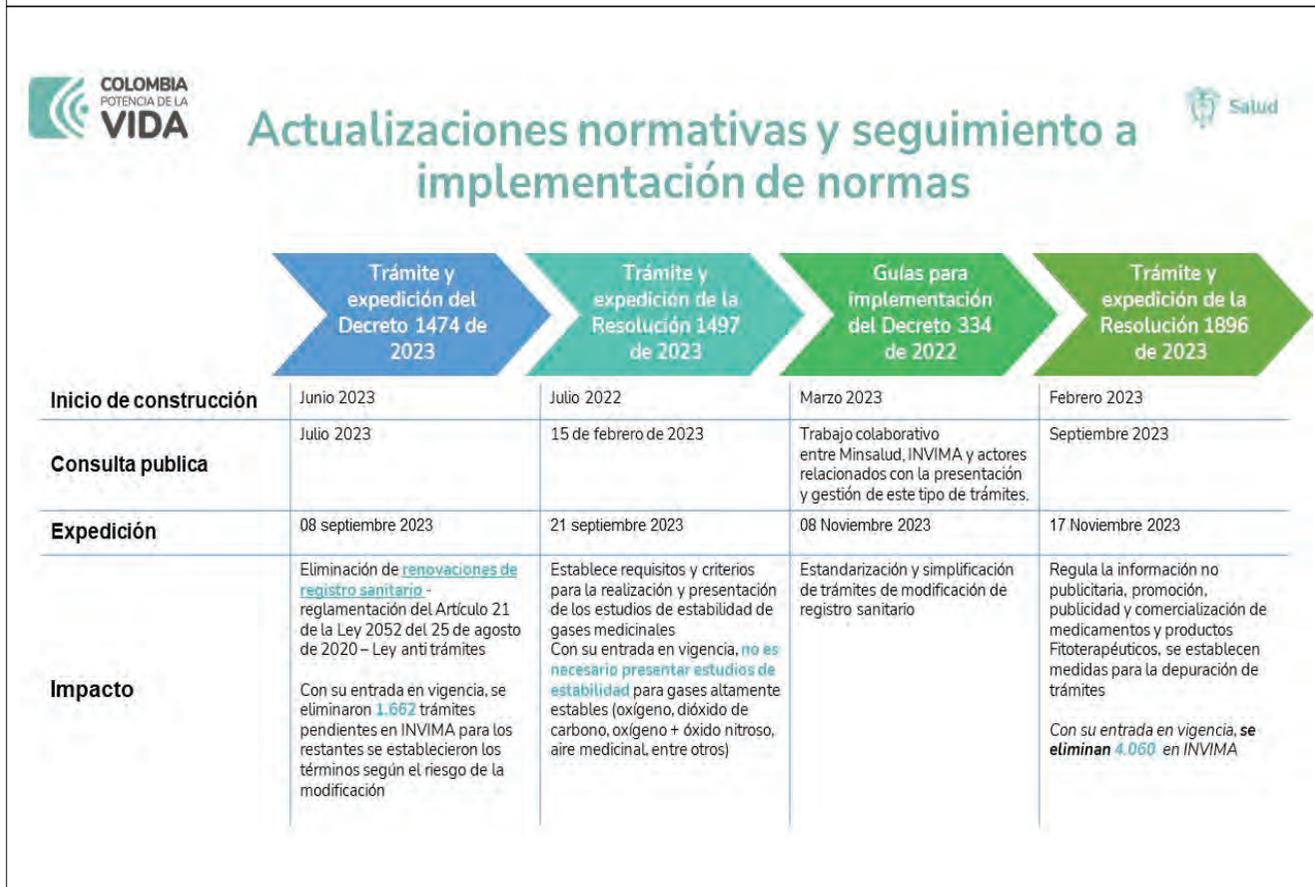
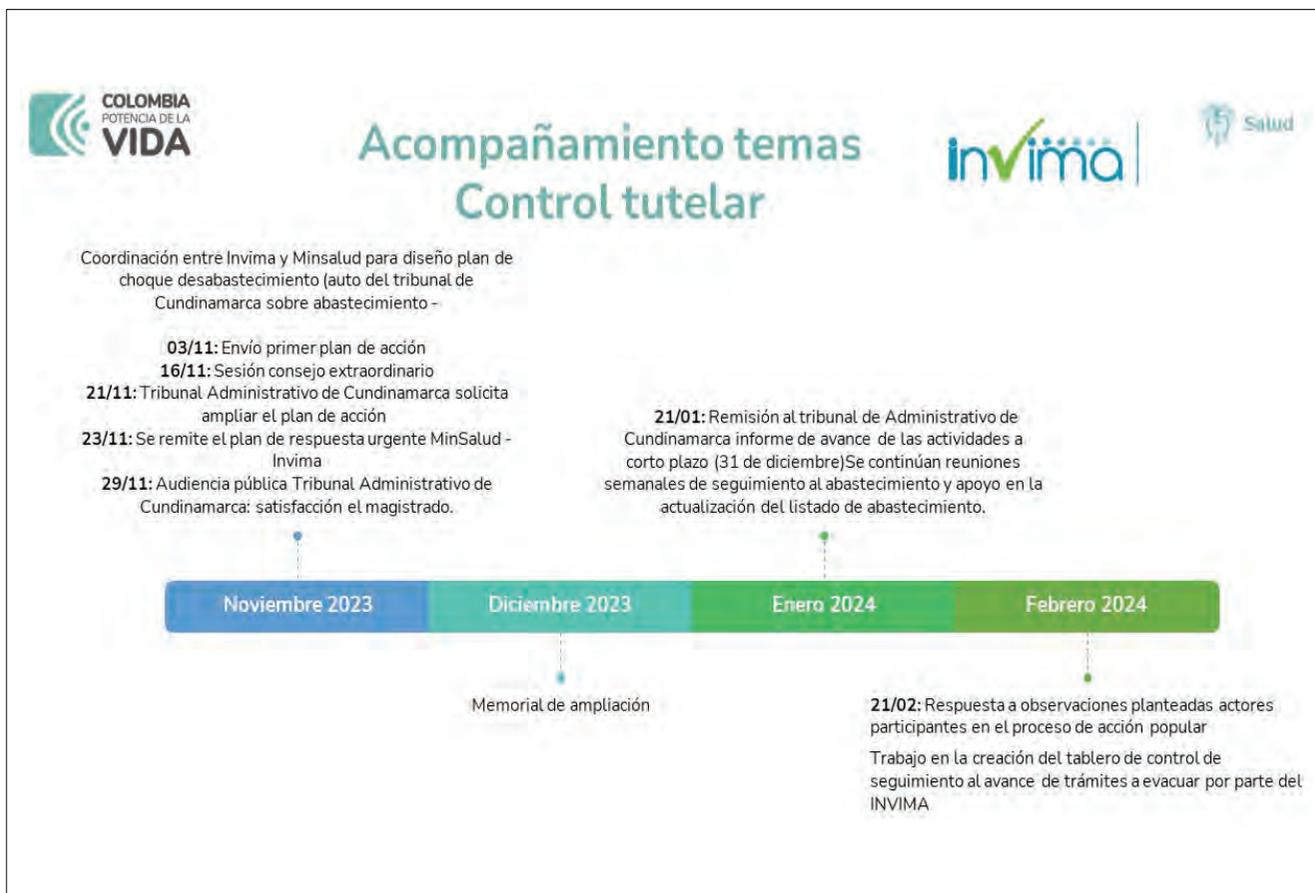


EPS – Gestores farmacéuticos – Laboratorios farmacéuticos











Actualizaciones normativas y seguimiento a implementación de normas



Trámite y expedición de la circular 17 de 2023

Objetivo: Aumentar la frecuencia de reporte de trimestral a mensual para mejorar la oportunidad de la información relacionada con la disponibilidad de medicamentos en el mercado



- Abril de 2023:** Presentación al GTA de la CNPMDM sobre la modificación del periodo de reporte al SISMED para fabricantes e importadores de medicamento
- Julio de 2023:** Aprobación por parte del GTA para modificar el periodo de reporte al SISMED
- Agosto y septiembre de 2023:** Primera consulta pública del proyecto de circular
- Noviembre de 2023:** Segunda consulta pública del proyecto de circular
- Diciembre de 2023:** Aprobación por parte de la CNPMDM y expedición de la Circular 17

COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

CIRCULAR NÚMERO 00017 DE 2023
(12 DIC 2023)

Por la cual se modifica el artículo 8 de la Circular 6 de 2018 en relación con el periodo de reporte y plazo para el envío de información al SISMED y se sustituye su Anexo 1

Artículo 1. Modifíquese el artículo 8 de la Circular 06 de 2018 el cual quedará así:

"Artículo 8. Plazo para el envío de reporte de información al SISMED. Todos los actores identificados en el artículo 5 de la presente circular, deberán enviar el reporte de información al SISMED en los siguientes plazos:

8.1 Para los fabricantes, importadores y titulares que figuran en el registro sanitario del medicamento a reportar, y los importadores de medicamentos vitales no disponibles:

Mes que se debe reportar	Plazo para reportar
Enero	Del 1 al 28 de febrero del año del reporte.
Febrero	Del 1 al 31 de marzo del año del reporte.
Marzo	Del 1 al 30 de abril del año del reporte.
Abril	Del 1 al 31 de mayo del año del reporte.
Mayo	Del 1 al 30 de junio del año del reporte.
Junio	Del 1 al 31 de julio del año del reporte.
Julio	Del 1 al 31 de agosto del año del reporte.
Agosto	Del 1 al 30 de septiembre del año del reporte.
Septiembre	Del 1 al 31 de octubre del año del reporte.
Octubre	Del 1 al 30 de noviembre del año del reporte.
Noviembre	Del 1 al 31 de diciembre del año del reporte.
Diciembre	Del 1 al 31 de enero del año siguiente al año de reporte.



Actualizaciones normativas y seguimiento a implementación de normas



Nueva metodología para incorporar medicamentos al control directo de precio



- Marzo a agosto de 2023:** Elaboración, presentación y discusión en el GTA de la CNPMDM
- Septiembre de 2023:** Consulta pública del proyecto de Circular
- Octubre y noviembre de 2023:** Revisión de comentarios y ajustes al texto del proyecto de circular
- Diciembre de 2023:** Aprobación de la CNPMDM. Solicitud del concepto de abogacía de la competencia a la SIC.
- Enero de 2024:** Recepción del concepto de abogacía de la competencia a la SIC. Revisión y ajustes al texto del proyecto de circular.
- Febrero de 2024:** Trámite de expedición del proyecto de circular (en curso). Nomenclatura del nuevo delegado de presidencia a la CNPMDM (en curso).

En curso

Una vez sea expedida la nueva metodología para incorporar medicamentos al control directo de precio, se actualizarán los precios máximos de venta de los medicamentos conforme a la variación de la tasa de cambio y no por IPC.
Expedición estimada para el mes de Abril 2024.

Inclusión de Alemania, India y Sudáfrica como países de referencia



Resultados de la gestión del sistema de monitoreo de abastecimiento



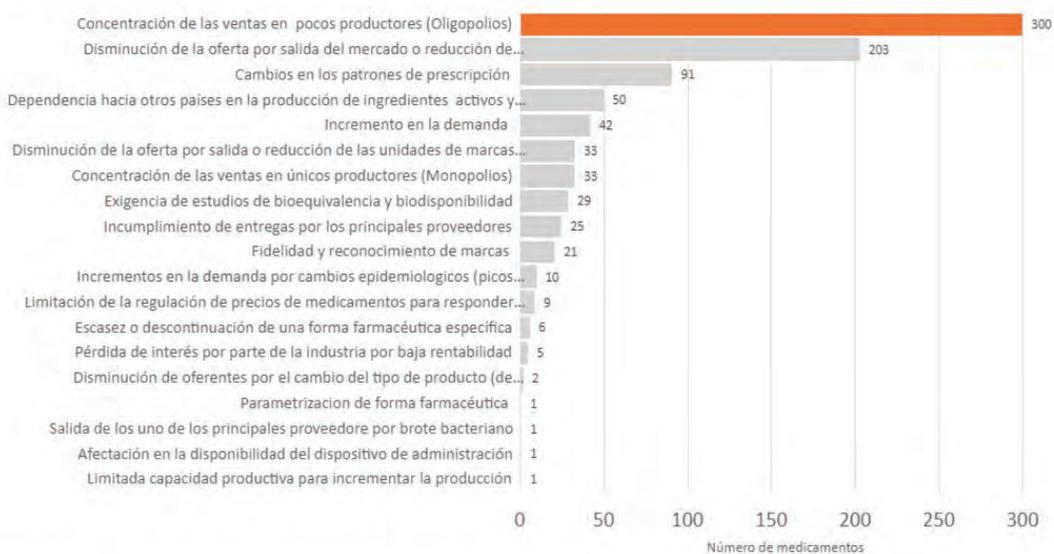
www.minsalud.gov.co



Causas identificadas frente a las novedades en la disponibilidad de 414 medicamentos



Producto del análisis realizado por el Ministerio en el marco del sistema de monitoreo implementado a partir de septiembre de 2022, se lograron identificar las siguientes causas para 414 medicamentos priorizados:



Fuente: Elaboración propia DMTS



Situación desde 1ro de noviembre 2023



De los 414 medicamentos priorizados para seguimiento por Minsalud, y con base en la información recibida por titulares, gestores y EPS, desde 1ro de noviembre de 2023 hasta 31 de enero de 2024 se han resuelto un total de 162 medicamentos :

Acción	Número de medicamentos	% respecto al total de 162 medicamentos
Recuperación de unidades comercializadas por titulares	141	87%
Ingreso de nuevos titulares que han contribuido en la disponibilidad	11	6.8%
Priorización del trámite de registro para en INVIMA	6	3.7%
Restablecimiento de la planta de materia prima	3	1.9%
Ajuste de la parametrización de Mipres	1	0.6%

Este Ministerio en conjunto con Invima continuará el seguimiento de los 414 medicamentos priorizados, incluyendo los que a la fecha se han considerado resueltos.



Actualización mensual del listado de abastecimiento de medicamentos de INVIMA



*Listados de abastecimiento y desabastecimiento INVIMA publicados en: [Desabastecimientos | INVIMA](#)



Alternativas Terapéuticas para los medicamentos declarados como desabastecidos a febrero de 2024



N°	Medicamento desabastecido	Alternativa Terapéutica
1	Acetato de ciproterona tableta 50 mg	Otros antineoplasicos indicados para Cáncer de Prostata
2	Aciclovir ungüento oftálmico 3g	Otros antivirales y antiinflamatorios de administración conjuntival
3	Cladribina solución inyectable 2mg/1ml	Otros antineoplasicos indicados para Leucemia y Linfoma No Hodking
4	Cloruro de potasio solución inyectable 2 meq/ml (10%)	Vital No Disponible
5	Dorzolamida solución oftálmica 20mg/mL (2%)	Dorzolamida con preservantes y otros antiglaucomatosos
6	Enantato De Noretisterona 50mg + Valerato De Estradiol 5mg solución inyectable	Otros anticonceptivos de administración Inyectable
7	Epirubicina polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable 50 mg / vial (25 mL)	Otras formas farmacéuticas (Solución Inyectable)
8	Hidralazina solución inyectable 20mg/1ml tableta 25mg y 50mg	Vital No Disponible y/o Labetalol Solución Inyectable
9	Inmunoglobulinas especificas neutralizantes del veneno (Coral) Solución inyectable 2mg/10mL	Vital No Disponible (Fabricación Instituto Nacional de Salud)
10	Interferón Humano Recombinante Gamma-1-B solución inyectable (Equivalente a 2000000 U.I.)	Vital No Disponible
11	Ioversol solución inyectable 300mg/ml - 320mg/mL y 350mg/mL	Otros agentes de diagnóstico (Iohexol, Iopramida)
12	R-L Asparaginasa – 10000U/1U	Vital No Disponible
13	Lidocaína+Epinefrina 1% y 2% solución inyectable	Vital No Disponible
14	Melfalán solución inyectable 10mg/1mL	Otros antineoplásicos indicados para Leucemia
15	Metformina + Glibenclamida tabletas 500mg/5mg	Otras combinaciones de metformina
16	Metoprolol Succinato tabletas 50mg y 200mg	Metoprolol Tartrato
17	Nevirapina suspensión oral 50 mg / 5 ml (10mg/ml)	Otros antiretrovirales de forma farmacéutica líquida de administración oral
18	Nifedipina tabletas 10mg	Vital No Disponible y/o Labetalol Solución Inyectable
19	Oxicodona tableta 20mg y 40mg solución inyectable 10mg/mL	Otros analgesicos narcóticos
20	Pancreatina en gránulos 5000 UI	Pancreatina en otras formas farmacéuticas (Cápsulas)
21	Pipotiazina solución Inyectable 25mg	Otros antipsicóticos
22	Somatropina Solución inyectable/Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable	Otras concentraciones disponibles
23	Tobramicina Solución para inhalar 300mg	Otros antibióticos de administración intravenosa
24	Vacuna Neumococo	Incluida en PAI para niños hasta los 12 meses

www.minsalud.gov.co



Actualización mensual del listado de abastecimiento de medicamentos de INVIMA



De los 24 medicamentos reportados en febrero de 2024, 7 casos se encuentran en un estado de **REABASTECIMIENTO**, por lo cual podrían cambiar de estado en próxima publicación, según seguimiento a comercialización en SISMED en 2024 y reportes de titulares de registro sanitario:

Reabastecimiento

Cladribina solución inyectable 2mg/1ml:

- Único distribuidor autorizado importo para el mes de enero y febrero (ZONEPHARMA)

Cloruro de potasio solución inyectable 2 meq/ml (10%):

- Fabricante nacional con el 98% del mercado reporta recuperación de cantidades comercializadas desde febrero (CORPAUL)

Interferón Humano Recombinante Gamma-1-B solución inyectable (Equiv. 2000000 U.I.):

- Único titular de registro sanitario importo cantidades hasta Junio (CLINIGEN).

R-L Asparaginasa –10000U/1U:

- Único distribuidor autorizado importo para el mes de enero y febrero (AL PHARMA)

Metoprolol Succinato tabletas 50mg y 200mg:

- Único titular de registro sanitario con recuperación de unidades (ASTRAZENECA).

Pipotiazina solución Inyectable 25mg:

- AVANPHARMA reportó que tendrá disponibilidad en próximos meses

Oxicodona tableta 20mg y 40mg solución inyectable 10mg/mL:

- WILLOWPHARMA que obtuvo recientemente registro sanitario, reportó que tendrá disponibilidad en próximos meses

Incluidas en Listado de medicamentos vitales no disponibles

Hidralazina Solución Inyectable:

- Se evidencia importación en enero de 2024

Lidocaína + Epinefrina solución inyectable

Nifedipino 10 tabletas

Otras formas farmacéuticas como alternativas

Epirubicina Polvo Liofilizado:

- forma farmacéutica disponible es solución inyectable

Melfalan Solución Inyectable:

- forma farmacéutica disponible es polvo inyectable

Inmunoglobulina Anticoral Solución inyectable 2mg/10mL

- Solución inyectable fabricada por el INS

www.minsalud.gov.co



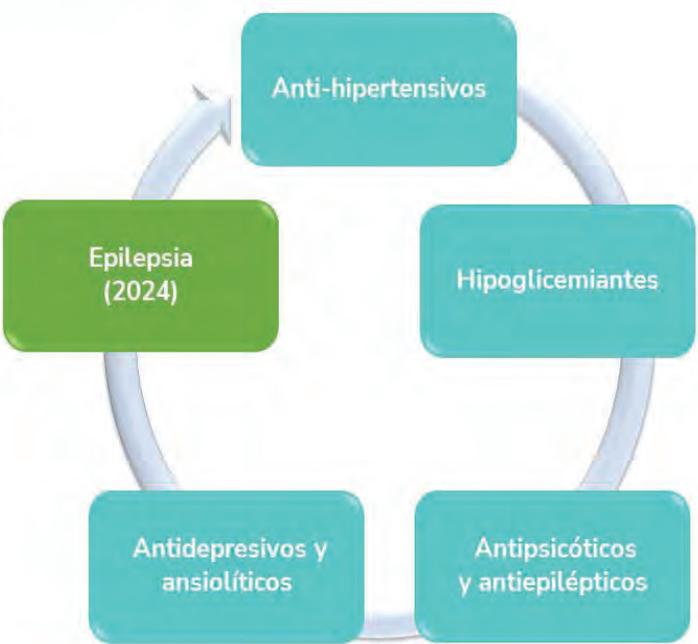
Posicionamientos terapéuticos



Objetivo: Contribuir en la orientación de la prescripción de los grupos de medicamentos priorizados

Elaboración: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS (2023-2024)

Pasos a seguir: Socialización con los actores del sistema de salud para su aplicación.



www.minsalud.gov.co



Fortalecimiento de las capacidades nacionales de producción



05/12/2022
Memorando de Entendimiento MinSalud - UdeA
Para la producción de medicamentos para enfermedades desatendidas (Chagas, teniasis, cisticercosis y malaria)

03/03/2023
Colombia productiva e Invima
Evaluar las alternativas de agilización de trámites

30/05/2023
CONPES de reindustrialización
Inició de la participación de Minsalud en el trabajo articulado en el componente del sector salud del Conpes liderado por MinCIT, con participación de DNP, Colombia Productiva.

06/06/2023
CONPES de reindustrialización
Inició de trabajo con con MINCIT, UdeA, DNP, Colombia Productiva y Vecol

13/07/2023
Reunión con Colombia Productiva y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo sobre soluciones para la reindustrialización.

23/07/2023
Remisión por parte de Minsalud de necesidades identificadas en cuanto a procesos de mejora regulatoria

10/11/2023
Convenio MinSalud – Vecol
Recuperación de la capacidad de producción local de vacunas
Convenio Vecol – INS

21/11/2023
Discusión Matriz PAS con DNP y otras carteras. Conpes reindustrialización

21/12/2023
Expedición CONPES 4129 Política nacional de reindustrialización

Implementación Conpes reindustrialización: Apoyo a la iniciativa de Colombia Productiva y Cepal para caracterizar las capacidades locales de producción de materias primas e insumos necesarios para la producción local de medicamentos.

Iniciativas para salud en el CONPES 4129 reindustrialización (Salud)

- Producción de Vacunas Humanas con participación mayoritaria del estado
- Producción pública de medicamentos para enfermedades desatendidas
- Producción de medicamentos biosimilares
- Producción de hemoderivados
- Producción de dispositivos médicos, incluidos reactivos diagnósticos

www.minsalud.gov.co



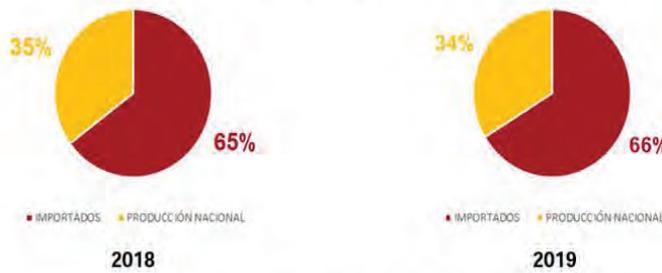


Caracterización del mercado de medicamentos y sus materias primas



En Colombia, la participación en venta de los medicamentos producidos localmente es del 34% vs los importados que representan el 66%

Participación de venta de medicamentos de producción nacional vs importados 2018 - 2019 (\$COP)



Observaciones

- La participación de las ventas en valores de los medicamentos de producción local cae en un 1% para el 2019.
- Ventas de medicamentos de producción local \$5.3 billones (COP).
- Ventas de medicamentos importados: \$10,4 billones (COP).

Fuente: Producto 2 – Estudio de Mercado principios activos y Excipientes, Colombia Productiva / Febrero 2021

www.minsalud.gov.co

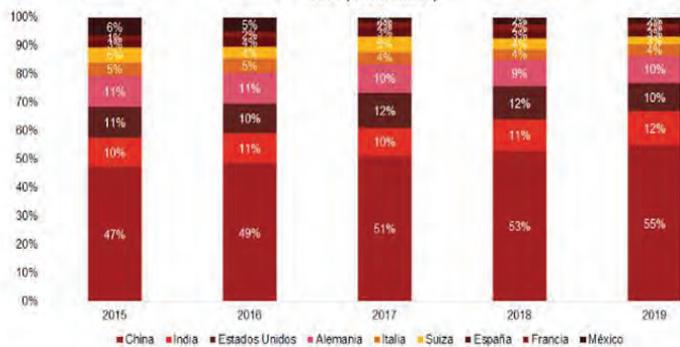


Seguimiento abastecimiento de materias primas



El top 10 de los países de procedencia de las importaciones de principios activos y excipientes representan el 89% sobre el total de las importaciones del país durante los últimos 5 años

Top 10 Importaciones de principios activos y excipientes por país de origen Colombia 2015 - 2019 (\$USD miles)

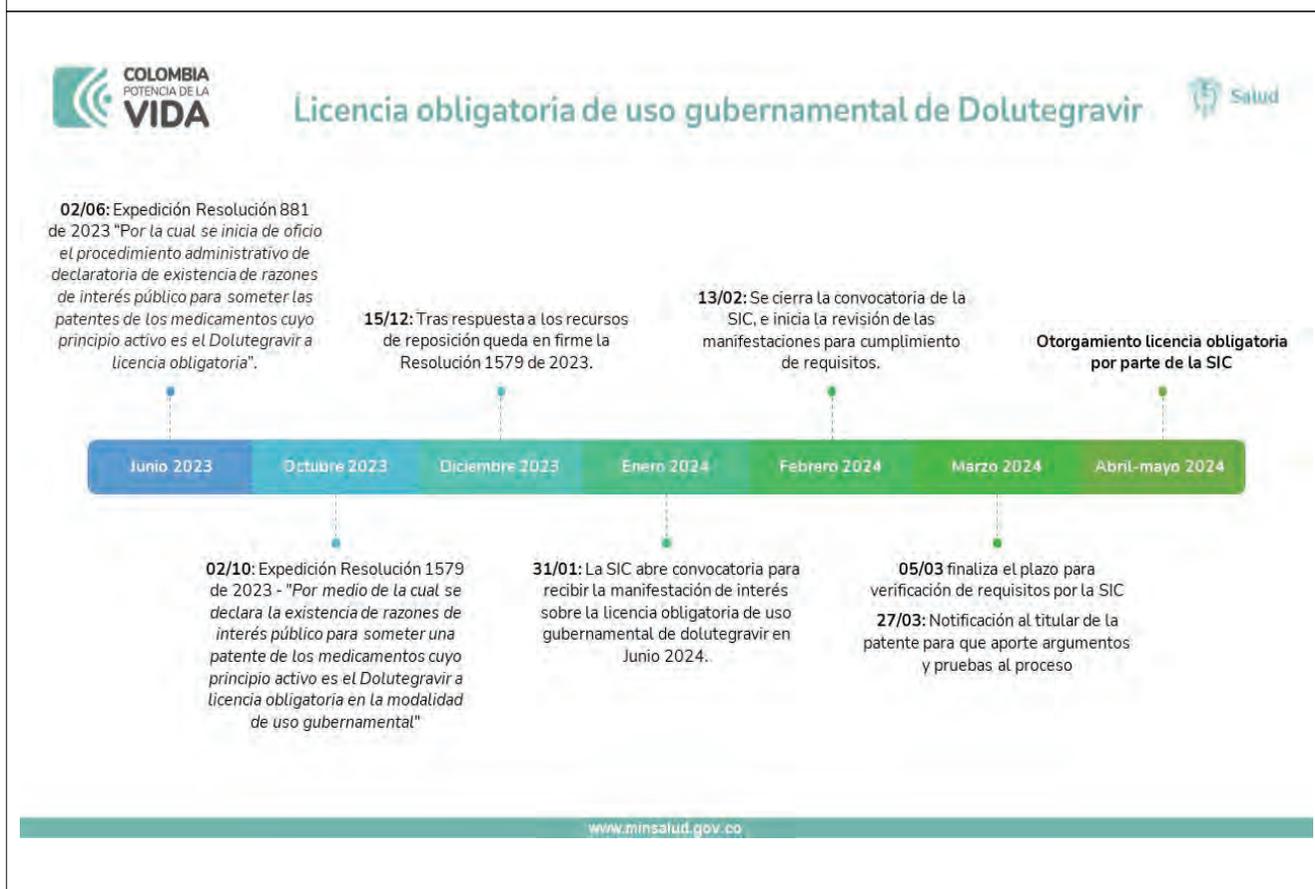
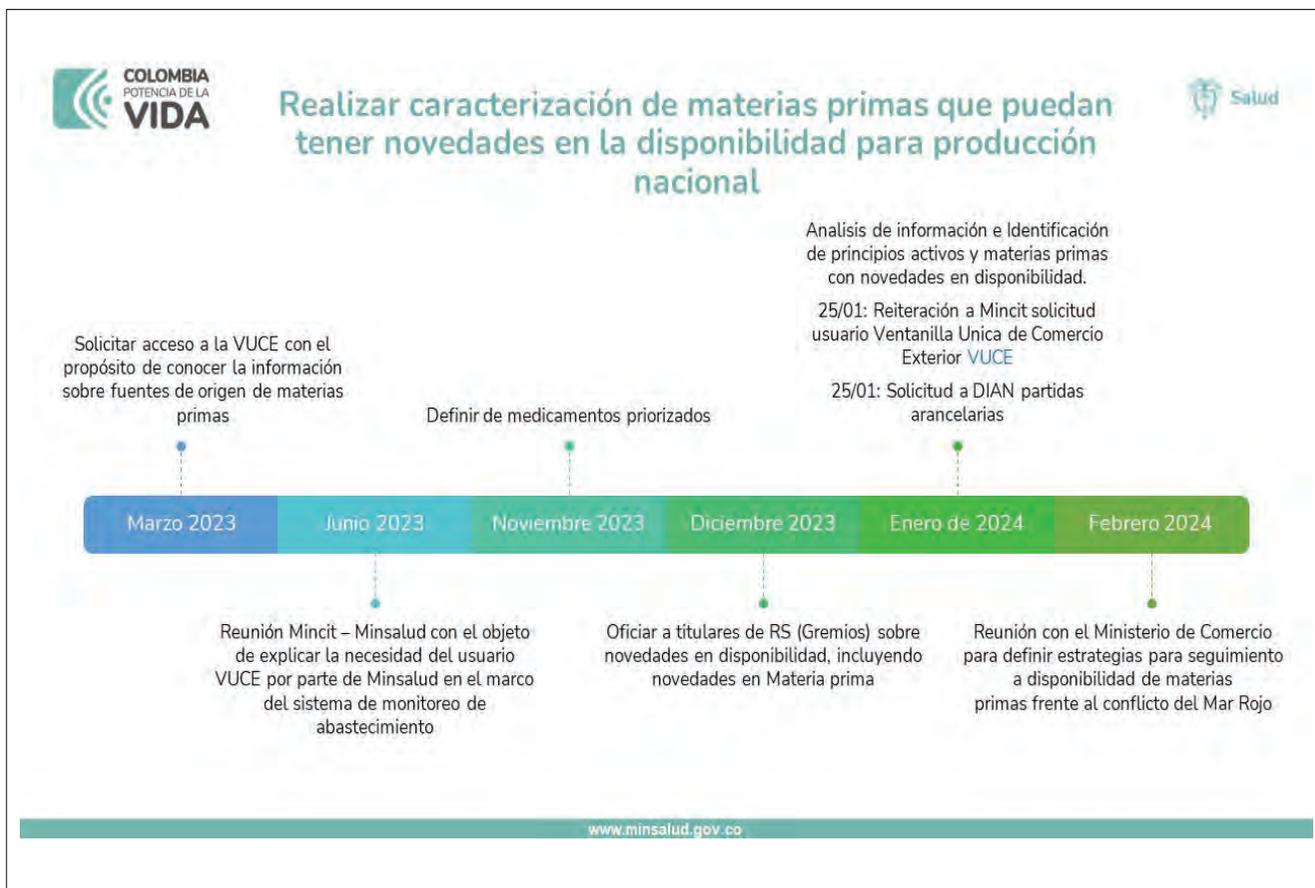


Observaciones

- Durante los últimos 5 años Colombia ha importado APIs y excipientes en primer lugar de China, con una participación de 55% sobre las importaciones del top 10 y la partida arancelaria que mayor valor tiene dentro de estas importaciones es: "Antibióticos (excl. penicilinas, sus derivados con la estructura del ácido penicilánico)".
- India representa el 11,8% de las importaciones del top 10 y la partida arancelaria de mayor valor es "Sulfamidas".

Fuente: Producto 2 – Estudio de Mercado principios activos y Excipientes, Colombia Productiva / Febrero 2021

www.minsalud.gov.co





Otras actividades programadas para 2024 en el sistema de monitoreo de abastecimiento



www.minsalud.gov.co



10 Mesas de trabajo con actores de la cadena de suministro programadas entre febrero y junio de 2024



Asistentes: EPS, Gestores Farmacéuticos, Gremios Farmacéuticos, Titulares de Registro Sanitario/Importadores, Sociedades Médicas, ACEMI, Superintendencia Nacional de Salud, e INVIMA.

www.minsalud.gov.co



Continuar con la implementación del sistema de monitoreo de abastecimiento de medicamentos



Ene – Feb

Feb – Mar

Ene – Jun

Publicar tableros de control para la visualización de las novedades reportadas por gestores y EPS.

Realizar el piloto de la herramienta informática para la recepción de alertas con actores

Realizar estimaciones de la demanda de acuerdo a la base de suficiencia

www.minsalud.gov.co



MESA TÉCNICA NÚMERO 02 DE 2024

(febrero 27)

condiciones laborales del talento humano en salud.



Apoyando y Fortaleciendo el Desarrollo Integral de las Profesiones y los Profesionales de la Salud



EL PROYECTO DE LEY 389 DE 2023,

- la Ley Estatutaria en Salud (LES) 1751 de 2015, la cual consideramos como el eje central para el desarrollo de cualquier reforma



ACUERDOS FUNDAMENTALES

**MAURICIO ECHEVERRI D.
MD ANESTESIOLOGO
PRESIDENTE ASSOSALUD**

EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

Se debe dar a conocer el costo de la reforma y el aval del Ministerio de Hacienda (MHCP). En nuestra opinión los supuestos utilizados por el MHCP en el estudio de factibilidad no se alinean con la evidencia científica que demuestra que el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y medicamentos, la presión en la innovación y otros factores, determinan siempre un gasto en salud al alza.



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

REGIMEN LABORAL DEL THS DE LAS ISE

Avance parcial en la creación de la figura del trabajador estatal de la salud en la medida en que la sola existencia de la categoría reconocía una serie de particularidades de ejercicio del talento humano en salud que no encontraban respuesta en las figuras existentes.

Uno de esos avances tenía que ver con el hecho de que la remuneración de los trabajadores estatales fuera fijada por los Consejos Directivos de las ISE y no estuviera limitada por las disposiciones de la ley 4 de 1992,



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023

- LEY 4 DE 1992
- LEY 617 DE 2000

CT01 - Categorización de Municipios

Resumen Categorización



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO



CONTADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
Cuentas Claras, Estado Transparente

CATEGORIA
5 Y 6

1009

1134

89%

EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

REGIMEN LABORAL DEL THS DE LAS ISE

- la incorporación progresiva de los trabajadores que hoy están vinculados por OPS a las plantas de personal. Empezando por los más antiguos.
- Para eso, los hospitales requieren recursos de la Nación que garanticen suficiencia y sostenibilidad en el mediano y largo plazo.
- La necesidad de estímulos salariales y no salariales para las zonas apartadas con población dispersa, así como medidas de protección a la misión médica.
- Se habla de llevar talento humano a la Colombia profunda, pero no Infraestructura y tecnología necesaria para que ellos trabajen.



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

REGIMEN LABORAL DEL THS DE LAS ISE

- Régimen de contratación de especialistas confuso.
- Primera vez que se justifica legalmente la mora a los trabajadores de la salud (Pago sometido a giro del ADRES), entonces las obligaciones tributarias y de seguridad social del recurso humano también se someterán a igual condición)
- No se definen responsabilidades sobre deudas anteriores del sistema.
- Perfiles de profesiones, tecnologías y oficios: MIC.



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

REGIMEN LABORAL DEL THS DE LAS ISE

- El proyecto de ley debe contemplar el aumento en la formación y actualización del personal de salud, así como el número de plazas disponibles para superar déficit actual de médicos, particularmente de especialistas, enfermeras y otros profesionales de salud; apoyados con tecnología, medicamentos e insumos, acorde con el desarrollo de las redes y las necesidades de la comunidad.
- Promover lineamientos y estrategias para la dignificación del Servicio Social Obligatorio.
- Dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud con la constitución de los comités de autorregulación profesional, observando la participación de pares profesionales.



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023.

- Consideramos que la reglamentación de la ley que se apruebe será tan importante como la Ley misma; por ello es relevante la conformación del Consejo Nacional de Salud en el que se garantice la presencia de la Academia Nacional de Medicina como órgano consultor del Gobierno Nacional, así como la de los profesionales de la salud definidos a través de sus organizaciones representativas de carácter nacional de manera rotativa y concertada.



EL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 340, 341 Y 344

• RELEXIONES:

- LAS NECESIDADES EN SALUD SON INFINITAS Y LOS RECURSOS ECONOMICOS Y HUMANOS SIEMPRE SERAN FINITOS.
- Todos queremos la reforma, pero también debemos ser conscientes q si pasa con vicios de inconstitucionalidad o sin viabilidad financiera será una oportunidad perdida q le costará al país demasiado Se necesitaron 30 años para cambiar la actual.



Venceréis, pero no convenceréis»Vencer no es convencer, y hay que convencer sobre todo

Miguel de Unamuno

Todos debemos vencer. Todos debemos entender la responsabilidad histórica de un dialogo abierto y respetuoso. Si Ud. vencen pero no convence vendrá otro que aproveche esa rencilla y dé al traste con todo y volveríamos a empezar. Como el eterno retorno.





Política Pública Intersectorial de Talento Humano en Salud

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud
 Viceministerio de Salud Pública y de Atención Primaria en Salud
 Ministerio de Salud y Protección Social



Política Pública de Talento Humano en Salud

Avances de la actualización y formulación de la Política



1. Elementos conceptuales

Figura 2. Relación existente entre los desafíos de la salud, el sistema de salud y el campo de los RHUS

Desafíos de la salud de la población:

Mantener la salud en los niveles más altos posibles: disminuir la tasa de los años de vida saludable perdidos por causas evitables

Desafíos del sistema de salud:

Incrementar de manera sustantiva su capacidad de respuesta:

Cobertura	Lograr la cobertura Universal
Impacto sanitario	Disminuir los AVISA
Satisfacción del usuario	Mejorar la calidad

Desafíos del Campo de RHUS:

Cerrar las brechas:

- De disponibilidad de RHUS con equidad en Redes Integrales de Salud
- De competencias de los RHUS para implementar la Atención Primaria de Salud y gestionar las FESP
- De condiciones laborales (trabajo decente) en los servicios de salud para atraer, captar y retener RHUS en los lugares adecuados

Articulación con la Reforma del sector salud: derecho fundamental a la salud

Para que todo sistema de salud tenga un desempeño idóneo, se requiere que, el THS **desplieguen el máximo de sus capacidades profesionales y humanas**, lo que les permitirá resolver los problemas de salud que enfrentan en un determinado ámbito con eficacia, eficiencia, calidad técnica y pertinencia social.



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



2. Elementos normativos

Ley 1438 de 2011

Capítulo VI. El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, **definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud**, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Política de Talento Humano en Salud 2018

Objetivo General

Establecer las estrategias y líneas de acción para articular los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del Sistema de Salud Colombiano, así como el desarrollo personal y profesional del personal sanitario. **No se generó acto administrativo.**



ALUD MENTA
PERSONAL SANITARIO

Global strategy on human resources for health: Workforce2030

Estrategia mundial de recursos humanos para la salud dirigida a los planificadores y responsables de las políticas en los países: **fortalecer la inversión en recursos humanos para la salud, hacer frente a la escasez e inequidad de la distribución de los trabajadores para la salud**

www.minsalud.gov.co

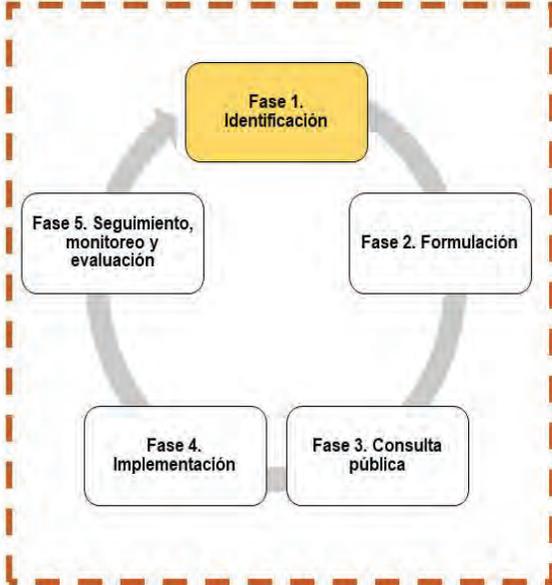


COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



3. Proceso de formulación de la Política Pública Intersectorial de THS



- Recopilación de antecedentes
- Definiciones y marco conceptual
- Reconocimiento de actores claves
- Análisis de actores involucrados

Actores nacionales

- MEN, Ministerio de Trabajo, Función Pública, Comisión Nacional del Servicio Civil
- SENA, Ministerio de Defensa
- INS

Agremiaciones

- Asociaciones
- Agremiaciones
- Sociedades científicas
- Colegios profesionales
- Sindicatos

Academia

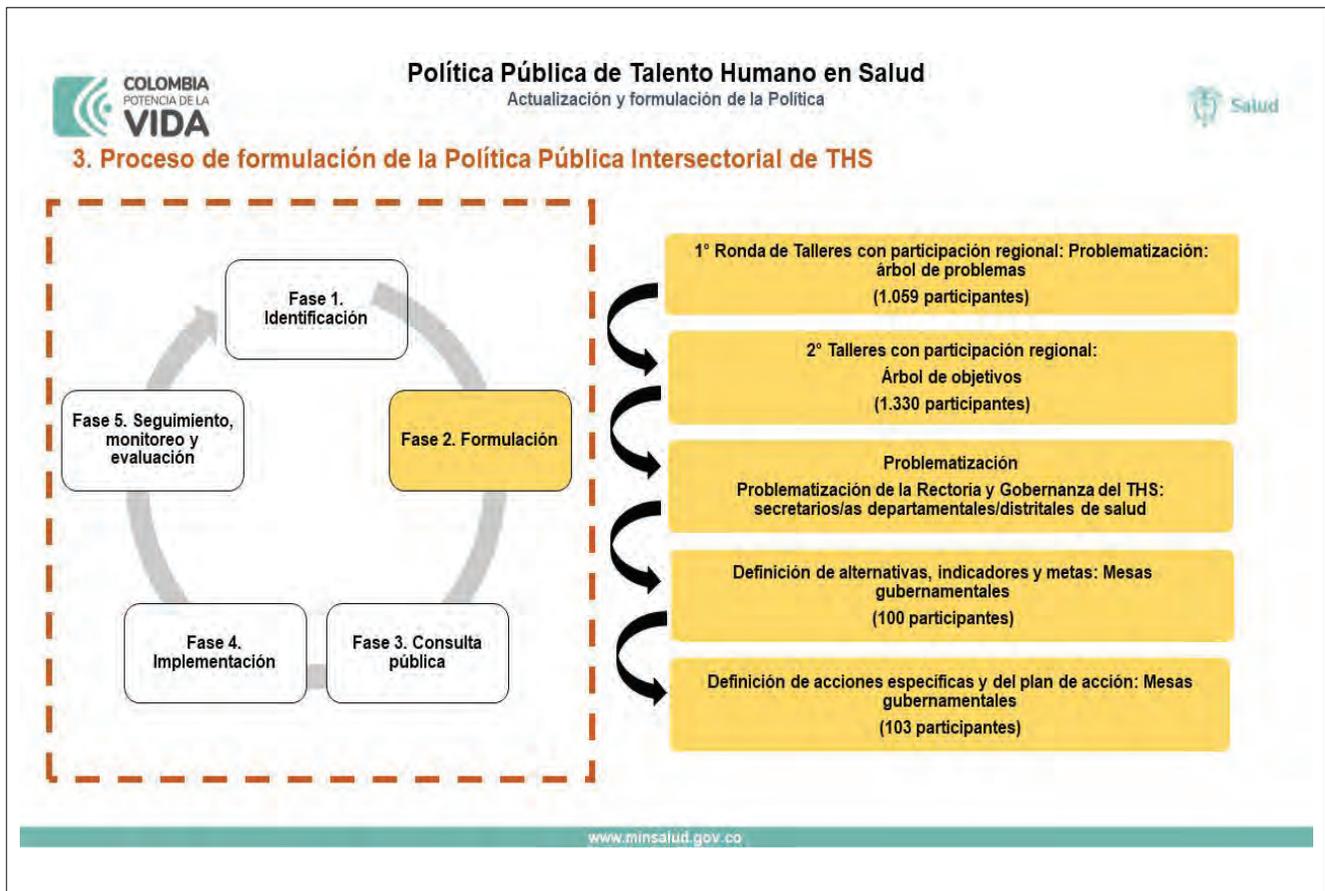
- Universidades
- Instituciones para el trabajo y desarrollo humano
- SENA

Secretarías de Salud de Nivel Departamental y Distrital

- Secretarías Municipales de Salud
- IPS
- EPS

Oficinas y direcciones del MSPS

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política

Mesas gubernamentales (octubre y noviembre):
Objetivo: análisis y definición de alternativas para cada una de las acciones planteadas que permitirán el logro de resultados con los actores gubernamentales e instituciones de orden nacional

Instituciones participantes

Asociación colombiana de salud pública
Comité Internacional de la Cruz Roja DANE
Dirección General de Sanidad Militar Función Pública
ICFES
Migración Colombia
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación
Ministerio de Educación Nacional
Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio del Trabajo
OPS
SENA

Mesas de trabajo

- Socialización del proceso y resultados de la actualización de la Política de THS
Mesa No. 1
- Definición de acciones específicas por línea estratégica: **Disponibilidad y distribución**
Mesa No. 2
- Definición de acciones específicas por línea estratégica: **Formación y Educación continua**
Mesa No. 3
- Definición de acciones específicas por línea estratégica: **Condiciones laborales**
Mesa No. 4, 5 y 6

100 participantes

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



Mesas para la formulación del Plan de Acción de la Política de THS (diciembre):

Objetivo: generar un espacio de trabajo con la participación de aliados estratégicos (entidades gubernamentales y de orden nacional) para la definición del Plan de Acción de la Política de THS como insumos para la Fase de Implementación, Seguimiento y Monitoreo



**103
participantes**

Mesas de trabajo
Dimensión de Rectoría y Gobernanza Mesa No. 1
Dimensión de Condiciones laborales Mesa No. 2 y 4
Dimensión de Formación y educación continua Mesa No. 3
Dimensión de Disponibilidad Distribución Mesa No. 5

Instituciones participantes
Asociación Colombiana de Salud Pública
DANE
Departamento Administrativo de la Función Pública
Dirección de Empleo Público
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación
Ministerio de Educación Nacional
Ministerio del Trabajo
OPS
Red EIP PCI y Universidad Nacional de Colombia
SENA
Superintendencia delegada para Entidades Territoriales
Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública

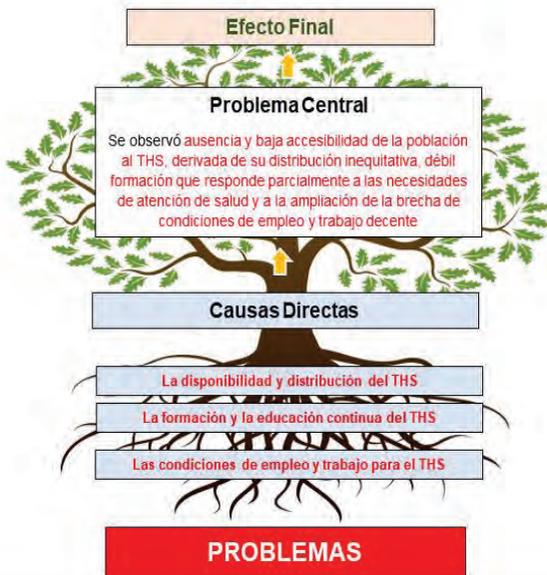


Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política

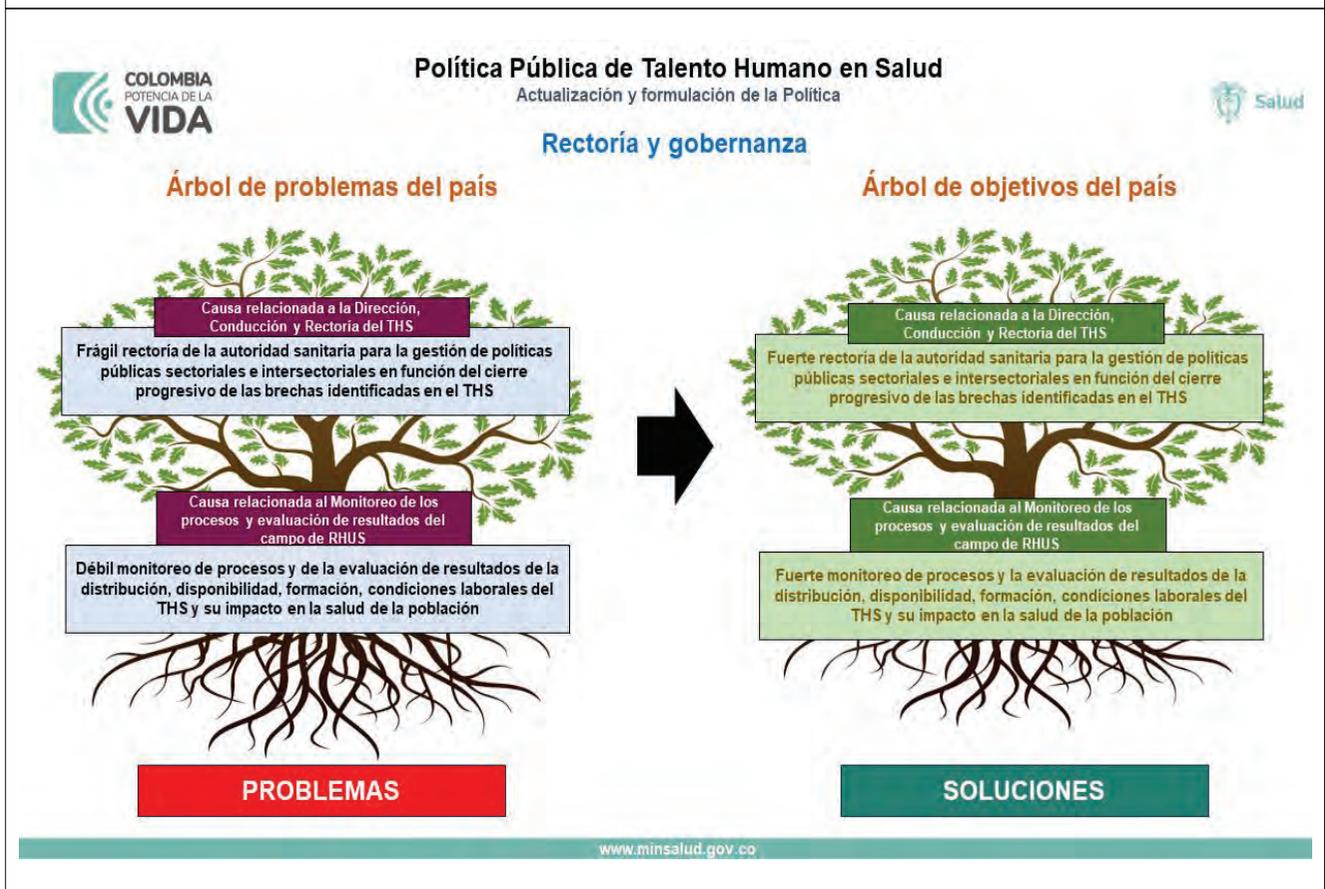
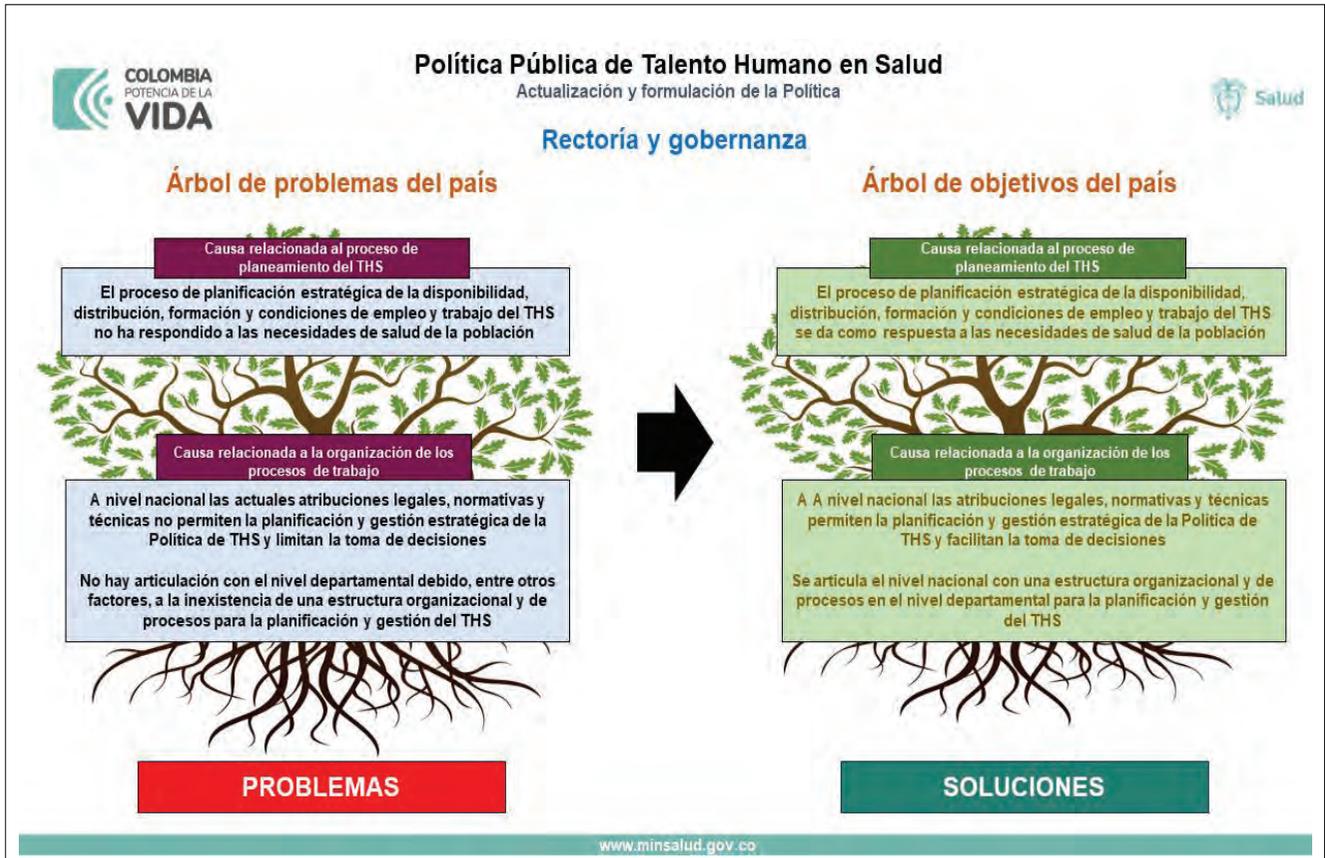


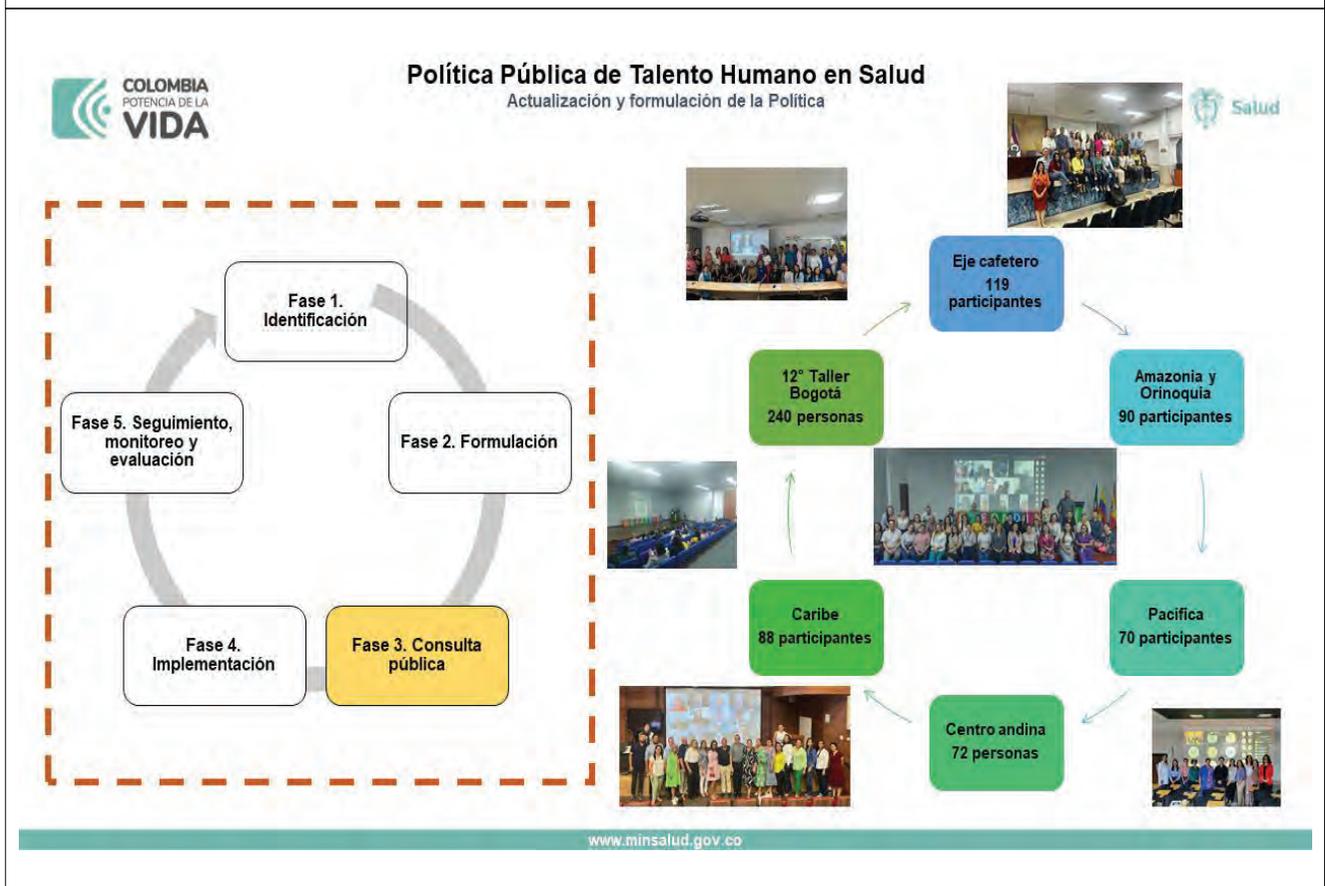
Árbol de problemas del país



Árbol de objetivos del país









Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
Rectoría y Gobernanza: planeamiento del campo del Talento Humano en Salud	Integrar en la modificación de la Ley 715 de 2001 (competencias de las ET departamentales y distritales): la implementación del Modelo Integral de Planificación y Gestión del THS	Lograr que el 100% de las secretarías de salud Departamentales y Distritales establezcan una estructura organizacional para la planificación y gestión estratégica del THS
Rectoría y Gobernanza: organización de los procesos de trabajo	Diseñar el lineamiento técnico para el diseño de la estructura organizacional para la gestión estratégica del THS en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	
	Fortalecimiento de capacidades descentralizadas: capacidades para la gestión de políticas del THS	



Las entidades de orden departamental y distrital deben disponer de recursos para el funcionamiento y sostenibilidad de la estructura organizacional para la planificación y gestión del THS

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
Disponibilidad del THS	Rediseñar el marco normativo para que aumente la disponibilidad de los perfiles estratégicos para el cierre de brechas en la disponibilidad del Talento Humano en Salud	Se contará con al menos un promotor de salud por cada Equipo Básico de Salud reconocidos por las comunidades, formados y vinculados en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud basado en la Atención Primaria en Salud



Las entidades de orden departamental y distrital deben acompañar el desarrollo curricular del Programa de Formación, facilitar el proceso de reconocimiento con las comunidades y su vinculación en el marco del Modelo de Atención

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p>Disponibilidad del THS</p>	<p>Rediseñar el marco normativo del Servicio Social Obligatorio (SSO) como una herramienta estratégica orientada al cierre de brechas en la disponibilidad del THS, así como a la formación integral, la consolidación de equipos y a la gestión territorial con base en la estrategia de salud familiar y comunitaria</p>	<p>Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022</p>

La Dirección de Desarrollo de THS del MSPS realizará el **26 de abril de 9am a 10:30am** una reunión con los/las secretarios/as de salud departamentales y distritales con los gerentes de las ESE para la presentación de estrategias en el rediseño del Servicio Social Obligatorio

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p>Distribución del THS</p>	<p>Adoptar estrategias y gestionar recursos para aumentar el número de los escenarios de práctica en áreas rurales, dispersas, de difícil acceso o desatendidas para programas de formación en áreas de la salud y bienestar, incluyendo servicios de salud de baja y mediana complejidad, y escenarios de gestión de la salud pública, promoción y mantenimiento de la salud</p>	<p>Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022</p>

La Dirección de Desarrollo de THS del MSPS realizará la actualización de los lineamientos de escenarios de práctica formativa de los Programas de IES

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p style="color: #008000;">Formación del THS</p>	<p>Ampliación descentralizada de los programas de formación en el área de salud en función del cierre de brechas del THS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px dashed #ccc;"/> <p>Reconocer y ampliar los escenarios de práctica formativa en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad de los servicios de salud, y en los escenarios de salud pública</p>	<div style="background-color: #ffc107; padding: 10px; border-radius: 10px;"> <p>Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022</p> </div>

Las entidades de orden departamental y distrital con la estructura organizacional para la planificación y gestión del THS deberán ejercer la rectoría y gobernanza en torno a la formación del THS según necesidades territoriales

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud
Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p style="color: #800080;">Formación permanente y entrenamiento avanzado del THS</p>	<p>Creación del Sistema Nacional de Formación Permanente y Entrenamientos Avanzados de manera planificada, con estándares de calidad, condiciones fundamentales y aliados estratégicos</p>	<div style="background-color: #ffc107; padding: 10px; border-radius: 10px;"> <p>Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022</p> </div>

Las entidades de orden departamental y distrital deberán acompañar el desarrollo del Programa de Formación de capacidades para el desempeño de equipos básicos y complementarios en el nuevo modelo y en la gestión del sistema de salud

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p>Condiciones de empleo y trabajo del THS</p>	<p>Planificación de personal de salud para disponibilidad y distribución conforme Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Implementación de los lineamientos para la atracción y la permanencia del THS por medio de incentivos financieros y no financieros en el marco del empleo y trabajo digno y decente</p>	<div style="background-color: #ffc107; padding: 10px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Reducir en un 50% la brecha territorial del THS entre áreas urbanas y rurales</p> </div>

Las entidades de orden departamental y distrital deben disponer de recursos para la implementación de los lineamientos y estrategias para la atracción y la permanencia del THS

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



4. Integración de la Política Pública Intersectorial del THS con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Eje estratégico del PDSP 2022-2031: personal de salud

Ejes estratégicos de la Política de THS 2024-2034	Acción específica de la Política de THS 2024-2034	Metas estratégicas PDSP 2022-2031
<p>Condiciones de empleo y trabajo del THS</p>	<p>Establecer el marco normativo que equipare la escala salarial del THS contratado acorde con el Decreto respectivo anual, para que se regule la contratación, la vinculación y la asignación salarial, y se consideren componentes diferenciales, tales como: nivel de atención, lugar del ejercicio laboral, logro de resultados en salud, nivel de formación, años de experiencia, labor gerencial, entre otros</p>	<div style="background-color: #ffc107; padding: 10px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Reducir a la Mitad la brecha de ingresos entre profesionales de la salud que realizan actividades en municipios con alta dispersión con respecto a zonas urbanas y entre los géneros</p> </div>

Las entidades de orden departamental y distrital deben implementar el marco normativo que equipará la escala salarial del THS, considerando componentes diferenciales

www.minsalud.gov.co



Política Pública de Talento Humano en Salud

Actualización y formulación de la Política



5. Conclusiones Política Pública Intersectorial del THS 2024-2034

1

Formulación de la Política Pública Intersectorial del THS

Durante el 2023 los espacios de participación en los territorios permitieron que los actores e instituciones que hacen parte del THS hicieran parte de la problematización y de la definición de la Política: Objetivos, Finalidad, Acciones, Indicadores, Metas.

2

Ejes estratégicos de Política Pública Intersectorial del THS

La Política de THS integra en sus ejes estratégicos las dimensiones de disponibilidad, distribución, formación y condiciones de empleo y trabajo del THS, los cuales tienen un impacto en el acceso a los servicios de salud, a la posibilidad de responder a las necesidades en salud y a la calidad de la atención bajo el marco del derecho fundamental a la salud.

3

Rectoría y gobernanza del THS

A nivel nacional, departamental y distrital la rectoría y gobernanza del THS permite la gestión estratégica de políticas intersectoriales para el cierre de brechas del THS en torno a la disponibilidad, distribución, formación y condiciones de empleo y trabajo digno y decente.



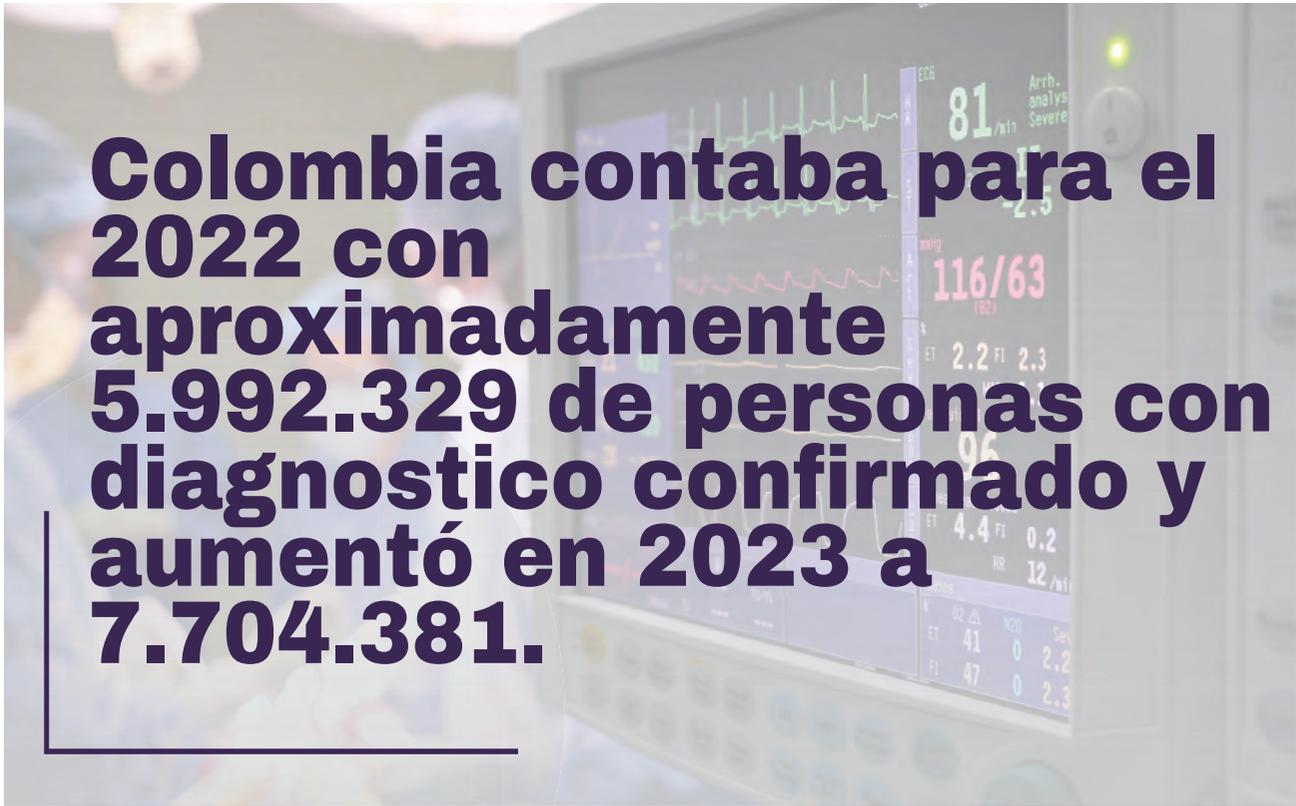
www.minsalud.gov.co



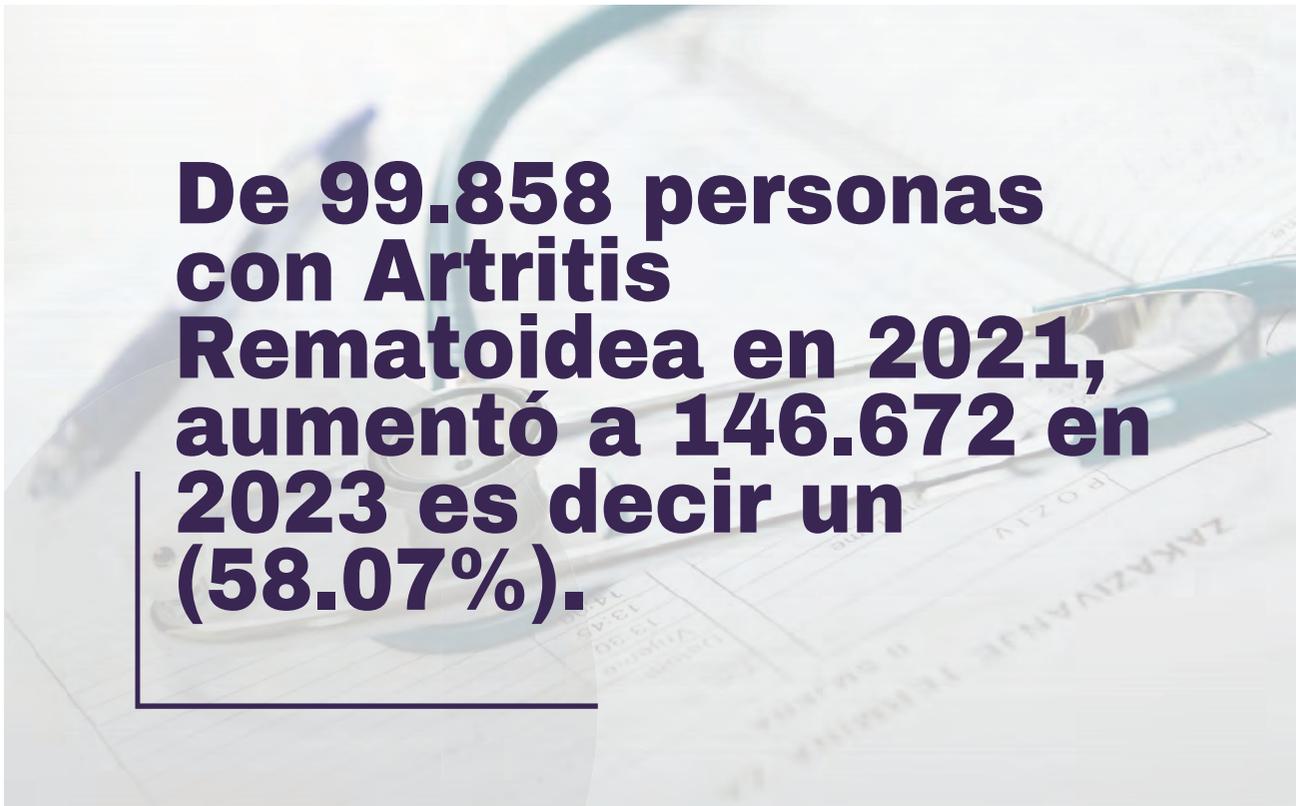
MESA TÉCNICA NÚMERO 03 DE 2024

(febrero 28)

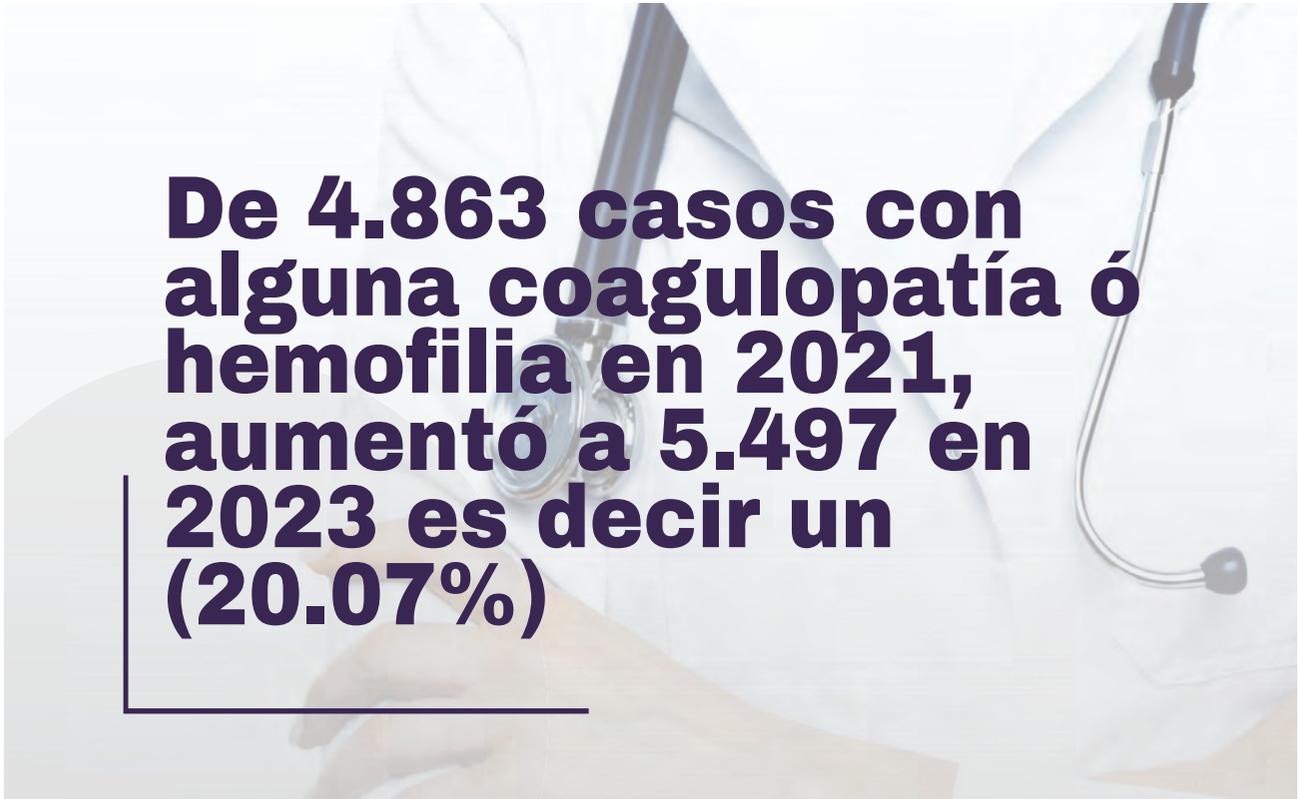
experiencias de los pacientes en el sistema de salud.



Colombia contaba para el 2022 con aproximadamente 5.992.329 de personas con diagnóstico confirmado y aumentó en 2023 a 7.704.381.



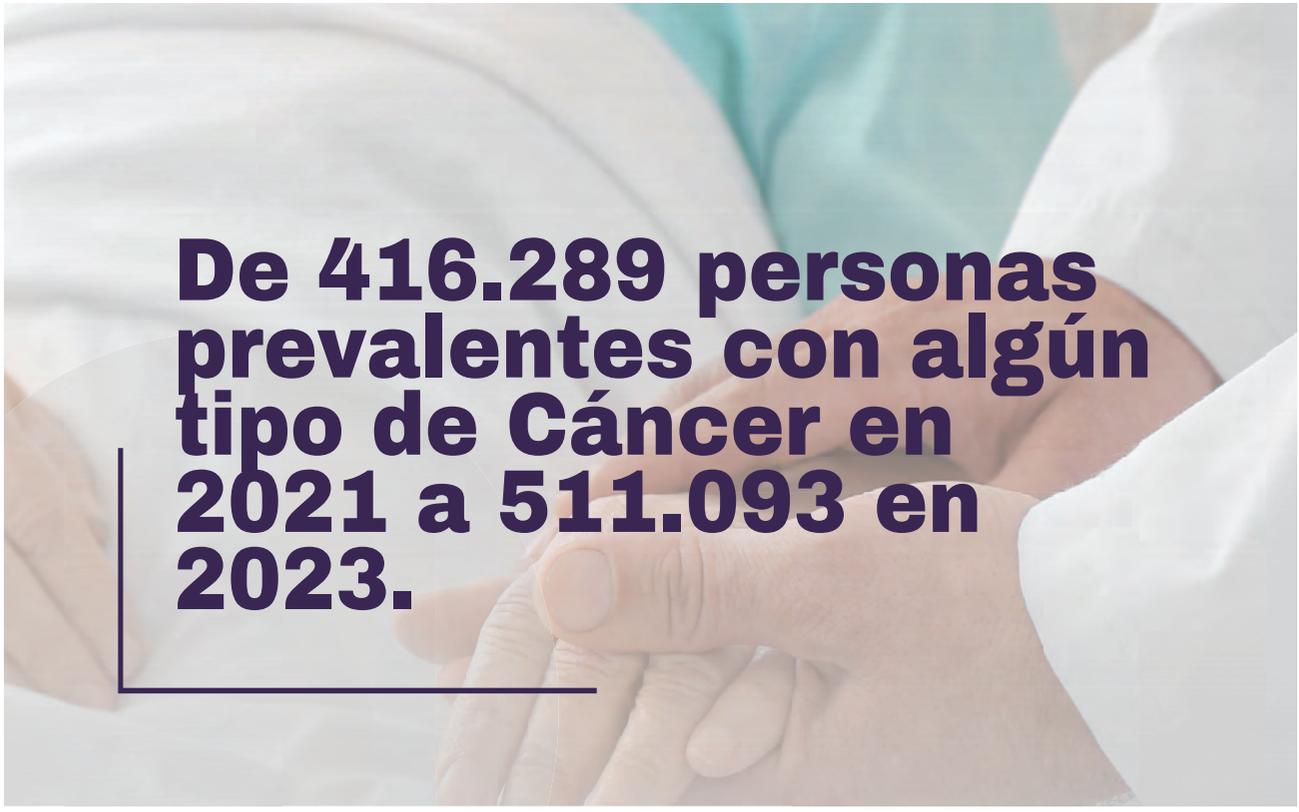
De 99.858 personas con Artritis Rematoidea en 2021, aumentó a 146.672 en 2023 es decir un (58.07%).



De 4.863 casos con alguna coagulopatía ó hemofilia en 2021, aumentó a 5.497 en 2023 es decir un (20.07%)



De 5.347.829 de casos con Enfermedad Renal Crónica, en 2021, hubo un aumento a 6.867.563 en 2023 es decir el 30.56%.



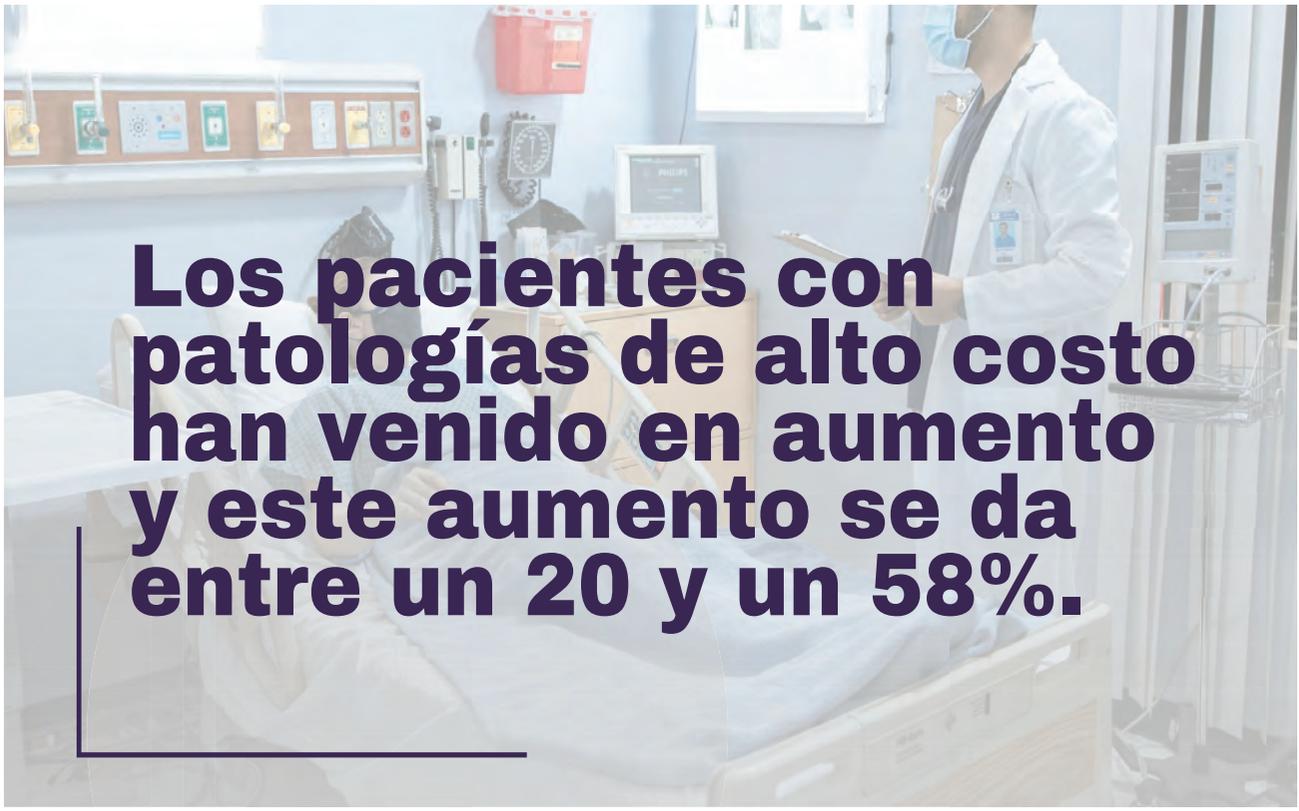
De 416.289 personas prevalentes con algún tipo de Cáncer en 2021 a 511.093 en 2023.



511.093 pacientes de alto costo con algún tipo de Cáncer están recibiendo sus tratamientos individuales de manera completa.

A close-up photograph of two hands, one from a child and one from an adult, gently holding a red awareness ribbon and a blister pack of pills. The background is a light-colored wooden surface.

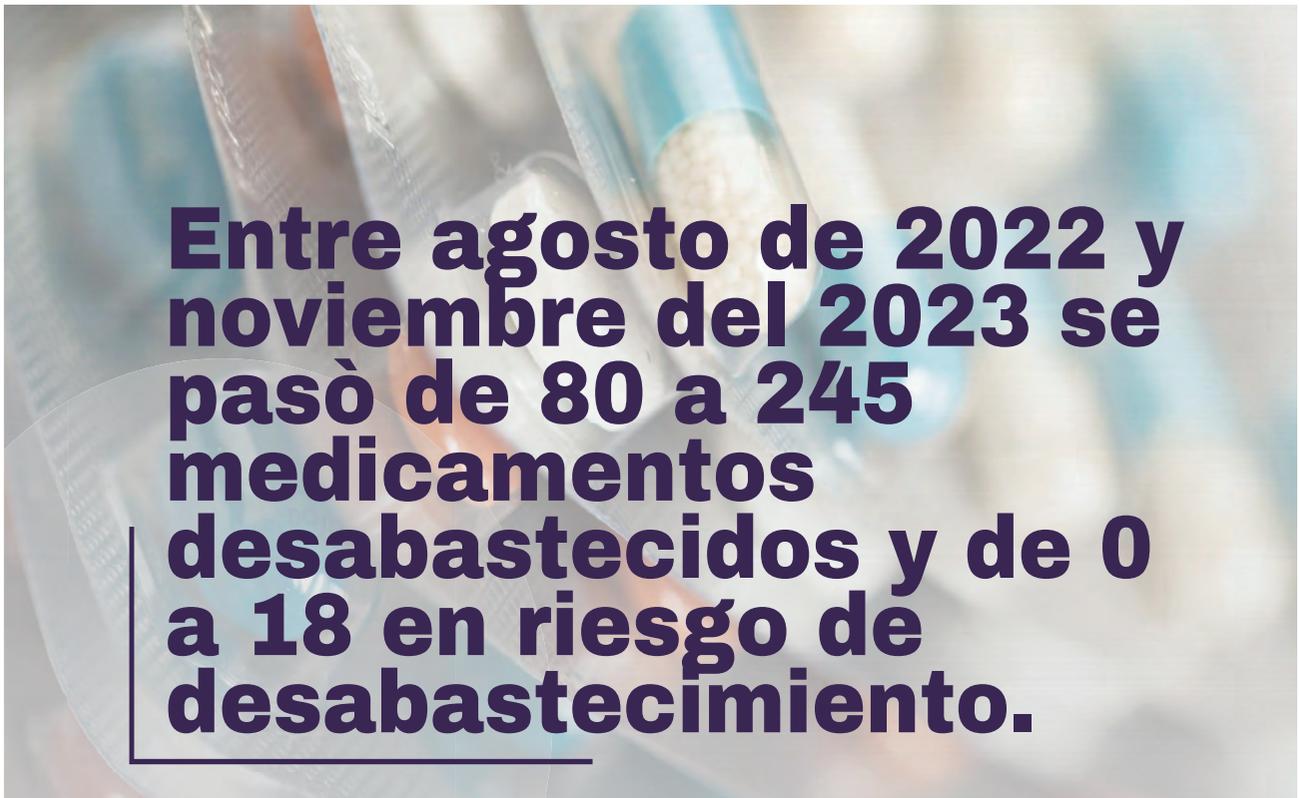
**De 123.490 Personas
viviendo con VIH en
2021 aumentó a 173.556
en 2023 es decir
34.60%.**

A photograph of a doctor in a white lab coat and a blue surgical mask standing in a hospital room. The doctor is holding a clipboard and looking towards a patient in a hospital bed. The room contains medical equipment like a monitor and a bed.

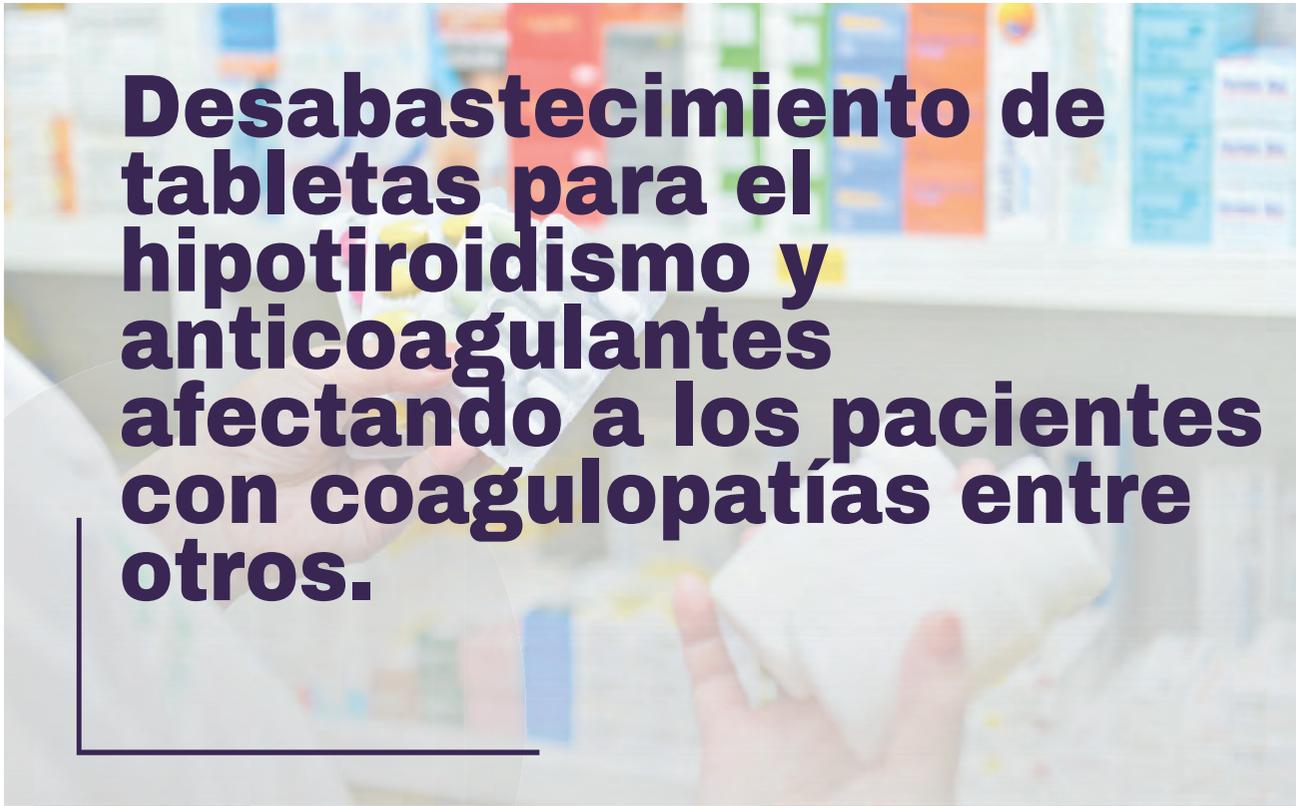
**Los pacientes con
patologías de alto costo
han venido en aumento
y este aumento se da
entre un 20 y un 58%.**



Según el Ministerio de Salud hemos pasado de 14.420 casos de personas con Tuberculosis en 2018 a 17.460 durante el 2022, con un incremento del 23% respecto al año 2021.



Entre agosto de 2022 y noviembre del 2023 se pasó de 80 a 245 medicamentos desabastecidos y de 0 a 18 en riesgo de desabastecimiento.



Desabastecimiento de tabletas para el hipotiroidismo y anticoagulantes afectando a los pacientes con coagulopatías entre otros.

MESA TÉCNICA NÚMERO 04 DE 2024

(febrero 29)

fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías en el sector salud.

**MESA TECNICA DE FORTALECIMIENTO
DE LA GOBERNANZA Y USO DE LAS TICS
COMISIÓN VII**

29/02/2024

Contenido

- 01. Colombia.
- 02. Marco normativo
- 03. Sistema de Salud
- 04. Gobernanza
- 05. Rectoría
- 06. Retos

COLOMBIA

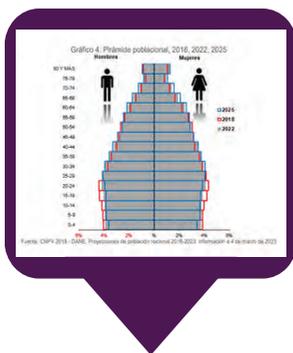


• 2.070.408 km². Continental 1.141.748 km² Marítimo 928.660 km² marítima 52.215.503

• El 76,3% (39.388.690) habita en cabeceras municipales y el 23,6% (12.220.784) en la ruralidad.



• Para 2070 la situación similar, teniendo un 74,4% (46.878.800) en áreas urbanas.



• Colombia tiene una pirámide poblacional regresiva con envejecimiento en fase 3, bajas tasas de natalidad y disminución en la fecundidad con 2 hijos en promedio.

MARCO NORMATIVO



1975



1990

- LEY 10 DE ENERO 10 DE 1990
- PLANES BASICOS DE SALUD
- MECANISMOS DE FINANCIACIÓN



CONSTITUCION DE 1991

ART 49

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. **Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.**



Establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

LEY 60 DE 1993

CAPITULO III: Participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación,

Artículo 21 SALUD: vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; Financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables; bienestar materno infantil; alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualquiera de sus modalidades de atención.



LEY 100 DE 1993

Crea el Sistema General de Seguridad Social:
Integrado por tres sistemas.



PENSIONES

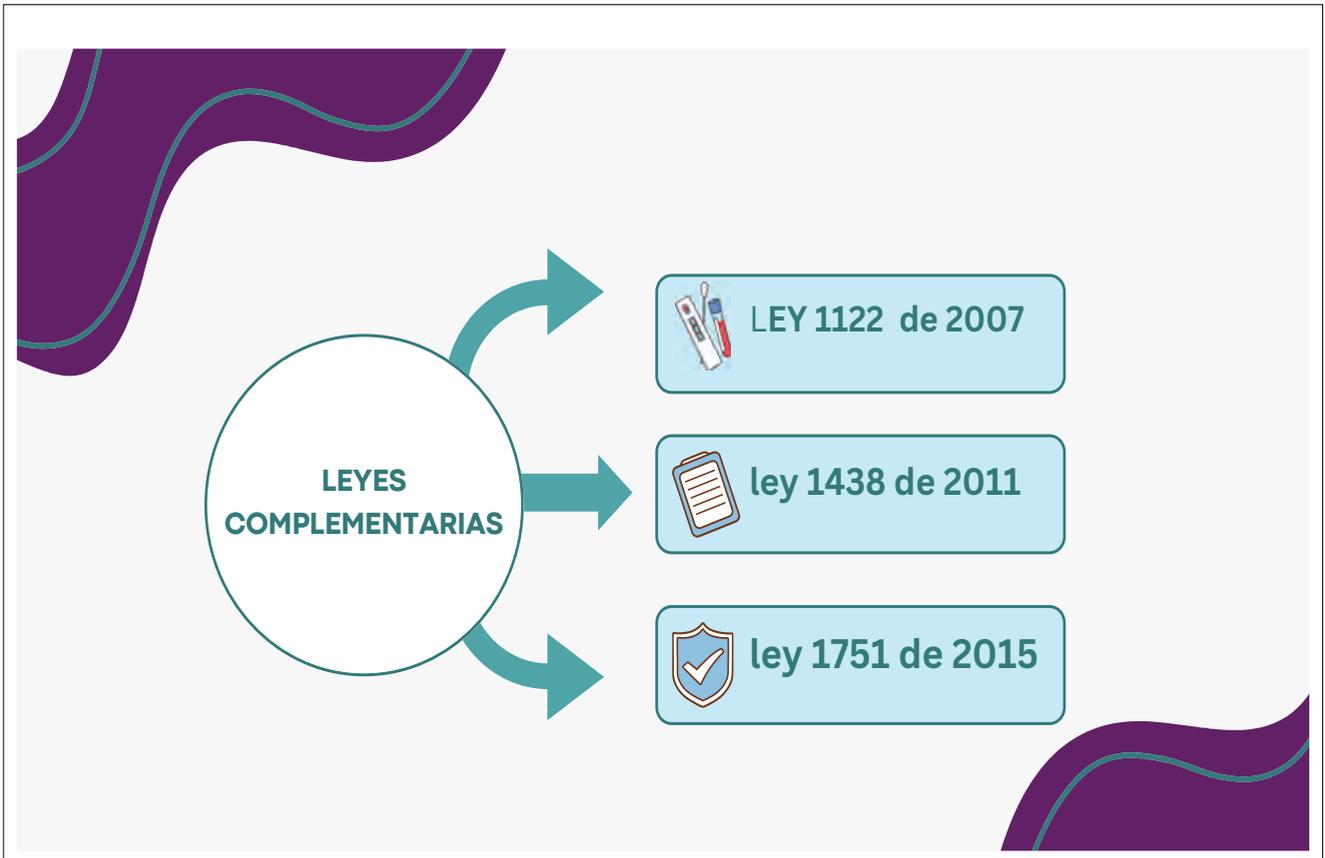


SALUD

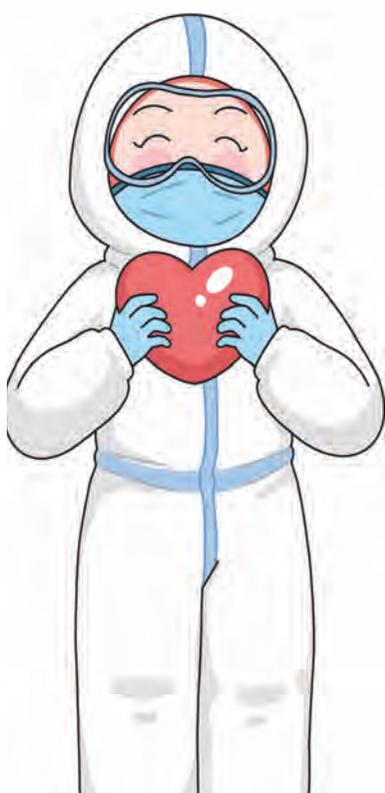


RIESGOS





SISTEMA DE SALUD



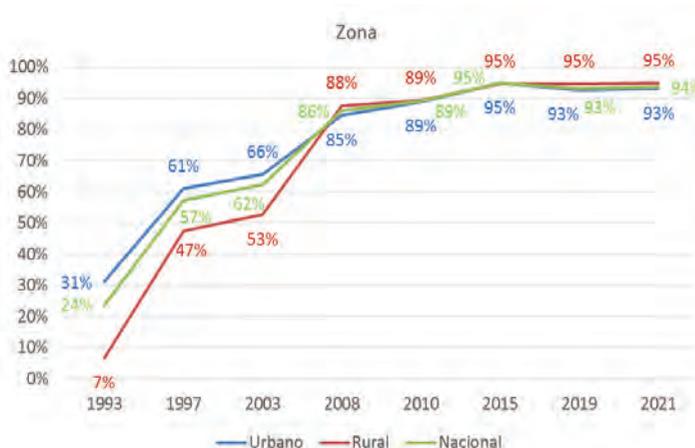
SISTEMA DE SALUD

ES UN CONJUNTO DE NORMAS, PROCEDIMIENTOS, FUENTES DE FINANCIACIÓN, DE DERECHOS Y DEBERES QUE EL ESTADO DISPONE PARA GARANTIZAR Y MATERIALIZAR EL DERECHO A LA SALUD. INCLUYE A LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS. EN COLOMBIA USA EL MODELO BISMARCK COMO REFERENTE. EN ESTOS SISTEMAS ES MUY RELEVANTE EL SECTOR PRIVADO.

JUEGA UN ROL FUNDAMENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO. ALEMANIA, JAPÓN, FRANCIA, BÉLGICA, HOLANDA Y AUSTRIA.

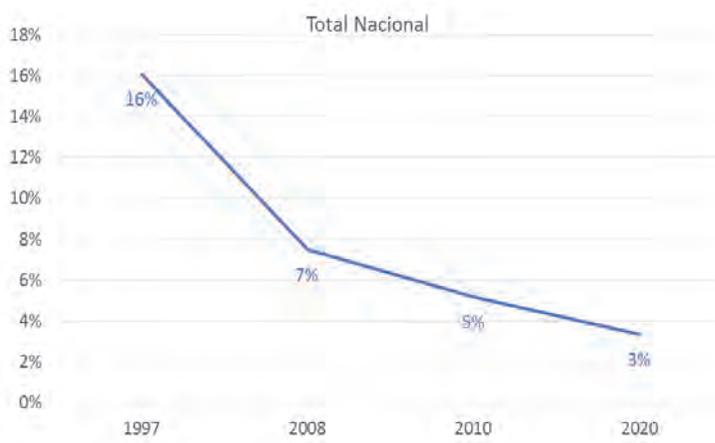
SISTEMA DE SALUD (COBERTURA)

- Colombia tiene una cobertura a 2022 del 99.12%.
- La zona urbana tenía aproximadamente 4 veces la cobertura de la zona rural en el año 1993.
- La brecha urbana-rural pasó de 24 a 11 pp.



Fuente: DANE - Encuesta de Calidad de Vida

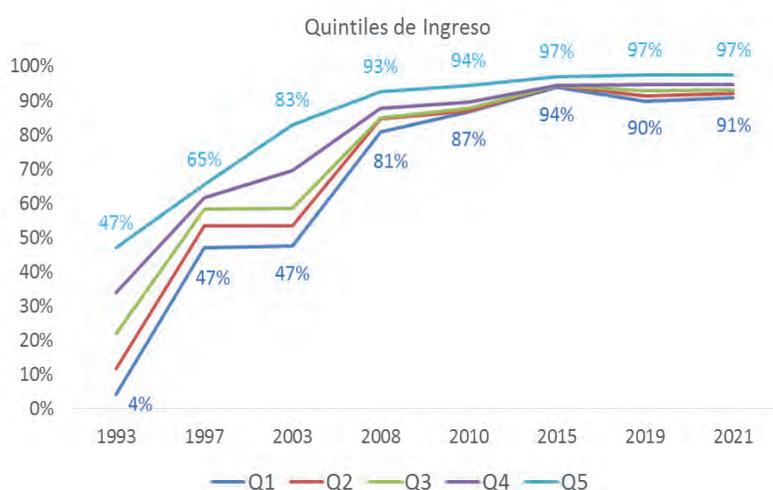
GASTO EN SALUD COMO % DEL INGRESO



- Evolución positiva y disminución del gasto en salud que resalta la eficiencia del Sistema, y la Protección Social

Fuente: DANE - Encuesta de Calidad de Vida

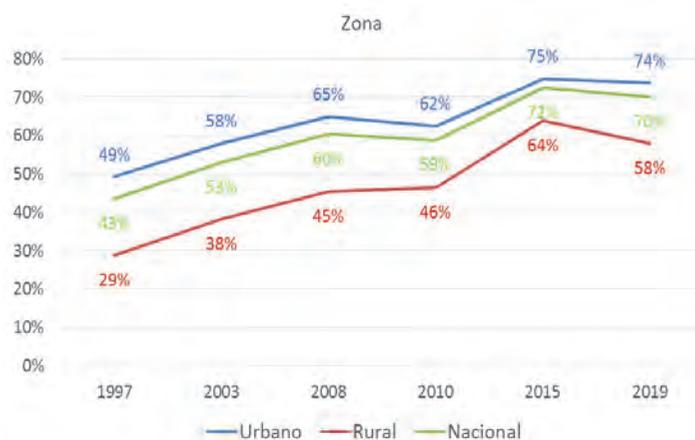
LA BRECHA POR NIVELES DE INGRESO SE CIERRA EN LOS PRIMEROS 12 AÑOS DEL SISTEMA



- Para el año 1993 el quintil 5 tiene aproximadamente 12 veces la cobertura del quintil 1.
- A partir del 2015 hay un cierre de la brecha entre quintiles de ingresos.

Fuente: DANE - Encuesta de Calidad de Vida

PREVENCIÓN: LA BRECHA URBANA RURAL SE HA IDO CERRANDO



Para el año 1997, la proporción de personas de la zona urbana que asiste al médico por prevención es de 49%, situación que cambia para el 2021 hacia el alza hasta situarse en 74%. Con respecto a la zona rural, el porcentaje de personas se duplicó en el período de análisis.

Fuente: DANE - Encuesta de Calidad de Vida

GOBERNANZA

GOBERNANZA

La gobernanza en el sistema de salud colombiano se refiere a la forma en que se toman las decisiones, se asignan los recursos y se garantiza la transparencia en la gestión de los servicios de salud.

Es fundamental promover la participación ciudadana y la rendición de cuentas para fortalecer la gobernanza en el sistema de salud.



RECTORIA

RECTORIA

Se relaciona con la capacidad del Estado para regular y coordinar el sistema de salud. Es necesario fortalecer la autoridad sanitaria y mejorar la planificación estratégica para garantizar un sistema de salud eficiente y equitativo.



TICS

- Las TICS ayudan al acceso a la información y educación:
- Telemedicina: Las TICS permiten la prestación de servicios de atención médica a distancia a través de videoconferencias, plataformas de mensajería y aplicaciones móviles. Esto es especialmente beneficioso para las personas que viven en áreas remotas o con acceso limitado a servicios de salud, ya que pueden recibir atención médica sin tener que desplazarse largas distancias.
- Monitorización remota de pacientes: Con el uso de dispositivos médicos conectados a Internet, los profesionales de la salud pueden monitorear de manera remota las condiciones de los pacientes, como la presión arterial, la glucosa en sangre y la actividad cardíaca. Esto permite una atención más proactiva, la detección temprana de problemas de salud y una reducción en el número de visitas hospitalarias innecesarias.
- Investigación y desarrollo:
- El uso de las TICS en los sistemas de salud puede mejorar el acceso a la atención médica, aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios, facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, y fomentar la innovación en la investigación médica.

RETOS Y DESAFIOS

ASPECTOS POR MEJORAR DEL SECTOR SALUD



Niveles subóptimos en la prestación de servicios de salud con **desigualdades significativas en oferta, acceso, calidad y oportunidad principalmente en la ruralidad.**



El sistema de salud enfrenta **problemas de insuficiencia de recursos y sostenibilidad financiera.** Los gastos superan los ingresos, generando déficits anuales y acumulando deudas.



El sector de la salud **presenta debilidades en su estructura institucional y gobernanza,** lo que se traduce en una débil coordinación entre políticas, actores y niveles de gobierno, dificultando la garantía del derecho a la salud.



El sistema es fragmentado y desequilibrado en los riesgos financieros, con incentivos negativos para el acceso y positivos para generar un gasto descontrolado.

NUEVAS PERSPECTIVAS



- Los **logros del sistema de salud colombiano han generado un cambio social significativo en las últimas décadas,** no obstante si es necesaria una reforma principalmente para la ruralidad.
- El **aseguramiento mixto en salud ha sido central para alcanzar estos logros** ha jugado un rol central en la gestión de riesgos en salud y financieros, así como en las capacidades operativas del sistema.

Continua

NUEVAS PERSPECTIVAS

- **Su función es articular y coordinar la atención médica en una red fragmentada de instituciones públicas y privadas**, lo cual es un proceso complejo que requiere habilidades sofisticadas y por esto es importante que el Sector Público evalúe su capacidad para asumirlo y no se desconozca el rol del sector privado.
- **Si a una nueva reforma a la salud pero partiendo de reconocer la experiencia de 30 años del Sistema de Salud**, reconociendo sus aciertos y debilidades. Enfocándose en las brechas y con una amplia participación de todos los actores del sector.



GRACIAS



MESA TÉCNICA NÚMERO 05 DE 2024

(marzo 4)

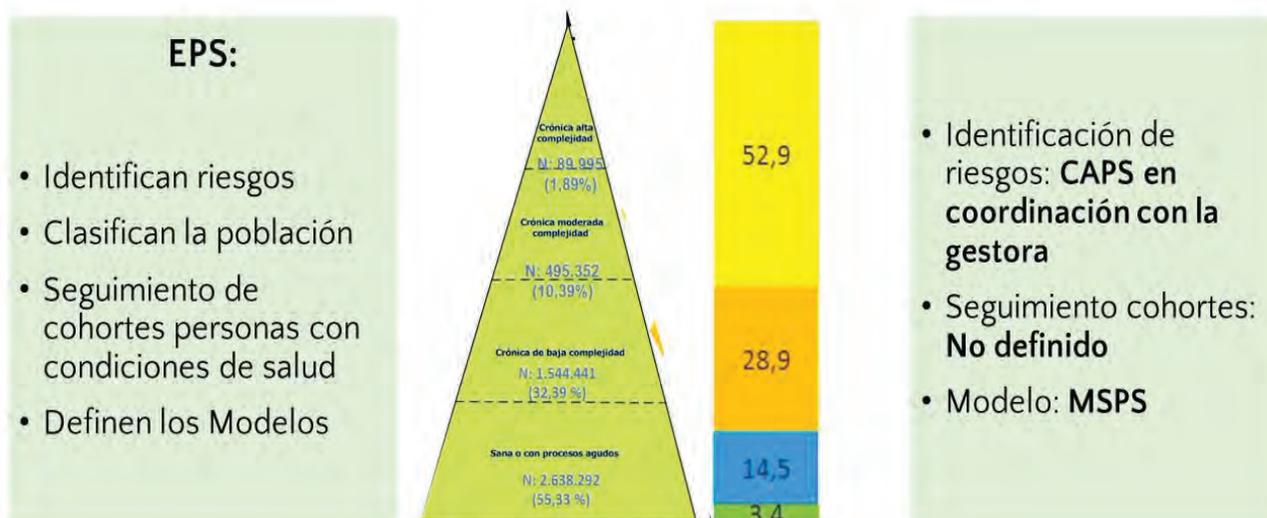
experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud.

Recomendaciones ajustes al Proyecto de ley



- 1) Asignación de responsables claros evitando traslape de funciones y competencias.
- 2) Clarificación de herramientas y mecanismos, más allá del SPUIIS.
- 3) Desarrollo de capacidades de entidades territoriales y ajustes en su estructura, funcionamiento y financiamiento para ejecutar lo que se le está asignando.
- 4) Establecer mecanismos claros para la garantía de calidad (incluye precisión en aspectos contractuales)
- 5) Considerar escenarios y desarrollos diferenciales en atención al déficit de talento humano, recursos económicos y tecnológicos.

Caracterización del riesgo



EPS:

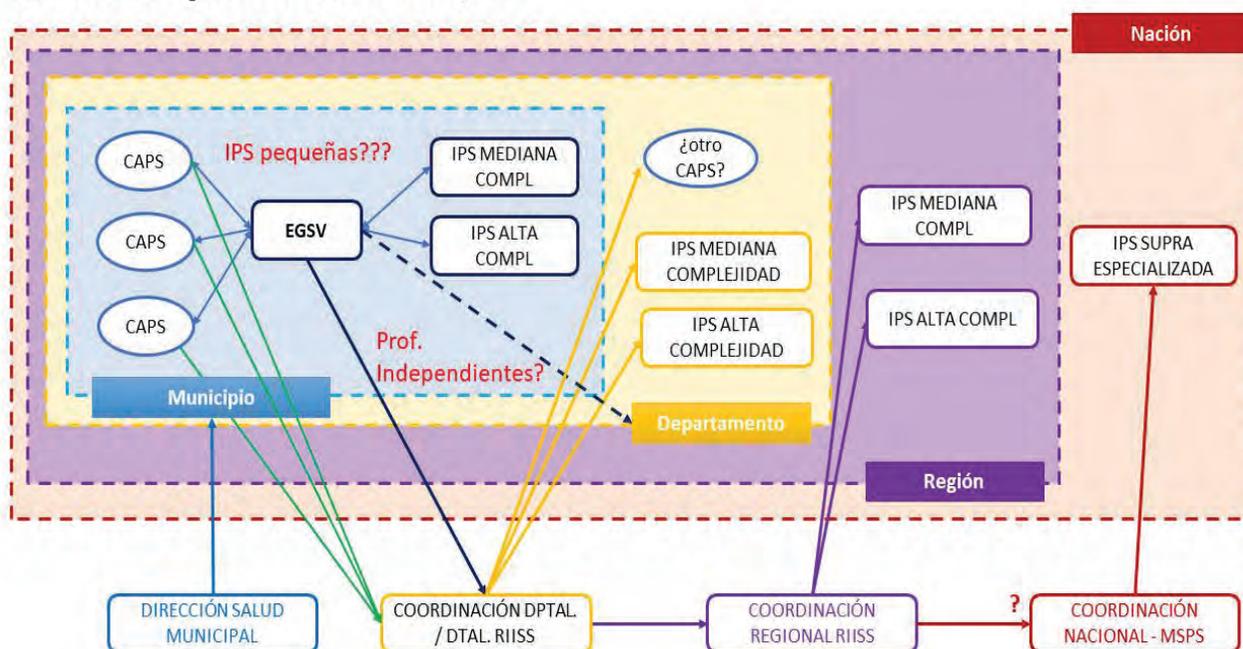
- Identifican riesgos
- Clasifican la población
- Seguimiento de cohortes personas con condiciones de salud
- Definen los Modelos

- Identificación de riesgos: **CAPS en coordinación con la gestora**
- Seguimiento cohortes: **No definido**
- Modelo: **MSPS**

Fuente: Jorge Navarro Pérez. Universitat de Valencia. Con base en Usó R. Análisis y desarrollo de un modelo predictivo del gasto farmacéutico ambulatorio ajustado a morbilidad y riesgo clínico, 2015

Referencia y contrarreferencia

¿Cómo la plantea el PL 339/23?



Aspectos por clarificar

- ¿Cómo se **financiarán estas nuevas instancias de coordinación** y "unidades funcionales de las entidades territoriales departamentales y distritales"? **NO definido**
- ¿Son claros los **supuestos que se requieren cumplir** para poner en marcha estas nuevas instancias? **NO**
- ¿Hay un **directo y único responsable** de la atención integral?. **NO**
- Dado que el consejo asesor (mínimo de 8 personas) definirá prioridades de financiamiento e inversión de IPS de mediana y alta complejidad. ¿**Está definido como blindar sus decisiones de la corrupción?**. **NO**

Ejecución de recursos de salud pública por departamento/distrito

- Tienen a cargo: **1 billón de pesos promedio anual.**
- En promedio se ejecuta **87%**
- El **54% de estas entidades ejecutaron menos del 70%** de los recursos asignados (20/37) en 2021.
- **Contratación tardía:** menos del 40% del dinero presupuestado a junio de 2022.
- En 2021 se dejaron de ejecutar más de \$188.000 millones de pesos

Entidad territorial	2017	2018	2019	2020	2021	jun-22
Amazonas	67,6	76,3	85,8	62,7	67,7	25,6
Antioquia	74,7	71,7	74,8	85,3	75,9	37,9
Arauca	95,0	98,6	76,8	98,5	98,3	69,3
Archipelago de San Andrés	68,5	65,5	68,8	50,8	56,1	35,1
Atlántico	95,3	91,5	96,8	87,1	81,0	52,0
Barranquilla	99,8	93,8	99,3	96,7	90,9	80,9
Bogotá D.C.	92,3	98,8	98,4	98,4	99,4	49,6
Bolívar	85,6	97,9	97,2	91,8	94,4	40,5
Boyacá	56,2	75,8	75,1	77,5	83,1	38,8
Buenaventura	80,5	66,6	79,1	64,5	75,7	80,7
Caldas	86,6	92,1	79,2	59,0	81,3	36,8
Caquetá	79,7	71,6	81,5	81,7	76,0	30,4
Cartagena	80,4	77,4	72,8	55,2	75,1	51,4
Carsanare	70,7	86,1	89,1	82,9	95,9	48,7
Cauca	73,0	70,3	72,2	45,6	64,8	65,7
Cesar	92,8	97,0	90,6	78,6	68,9	41,1
Chocó	73,8	68,6	93,1	78,8	76,3	39,7
Córdoba	67,5	68,9	90,7	42,2	47,7	15,8
Cundinamarca	86,0	88,9	92,7	87,9	84,4	41,2
Guainía	67,0	90,0	92,6	82,4	94,0	35,6
Guaviare	70,6	68,6	94,6	87,5	79,7	43,3
Huila	78,2	78,4	81,9	81,4	86,5	38,8
La Guajira	51,6	87,8	92,9	74,5	56,7	52,1
Magdalena	95,9	96,1	93,4	76,6	71,1	17,0
Meta	81,9	80,3	84,4	90,8	83,8	43,8
Nariño	88,6	90,3	89,8	85,6	89,2	58,2
Norte de Santander	97,5	96,9	98,4	94,3	93,2	41,1
Putumayo	81,6	84,8	90,3	87,8	87,5	43,1
Quindío	83,2	81,4	88,4	66,7	59,2	36,0
Risaralda	79,4	73,1	81,9	65,0	76,9	29,3
Santa Marta	79,1	89,9	61,4	72,8	63,2	38,8
Santander	75,8	79,6	87,7	89,9	78,3	37,1
Sucre	56,6	71,0	59,0	53,1	74,4	20,4
Tolima	91,8	93,3	95,2	80,4	94,6	38,0
Valle del Cauca	89,0	92,3	95,3	83,0	79,1	66,6
Vaupés	79,4	78,3	66,6	45,9	66,7	39,3
Vichada	55,0	71,4	78,2	55,1	88,0	29,0
COLOMBIA	84,2	86,6	88,9	87,7	87,8	43,4

Fuente: ACEMI con datos Formulario Único Territorial – FUT. <https://www.chip.gov.co/schipt/index.jsf>

Recomendaciones ajustes al Proyecto de ley



- 1) Asignación de responsables claros evitando traslape de funciones y competencias.
- 2) Clarificación de herramientas y mecanismos, más allá del SPUIIS.
- 3) Desarrollo de capacidades de entidades territoriales y ajustes en su estructura, funcionamiento y financiamiento para ejecutar lo que se le está asignando.
- 4) Establecer mecanismos claros para la garantía de calidad (incluye precisión en aspectos contractuales)
- 5) Considerar escenarios y desarrollos diferenciales en atención al déficit de talento humano, recursos económicos y tecnológicos.



Experiencia del modelo de Guainía

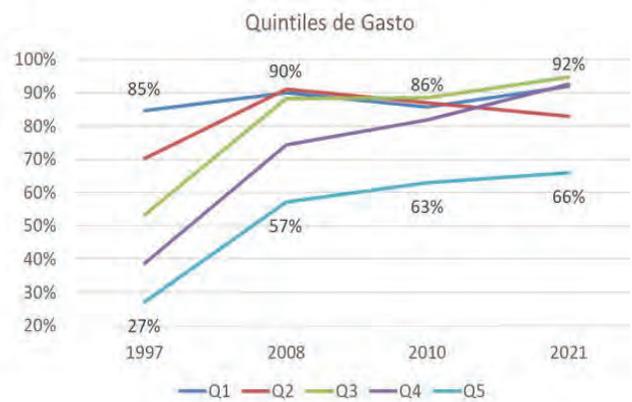
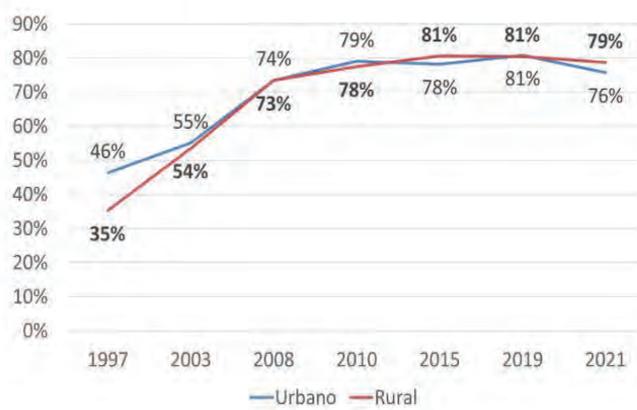
Año	Atenciones	# por afiliado
2018	6.845	0,2
2022	209.700	4,7*

* Tasa en Colombia es de **9 atenciones** por afiliados según información del RIPS



Fuente: COOSALUDEPS

% Personas que reciben los medicamentos por cuenta de la entidad a la que está afiliada



Fuente: Fedesarrollo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE

GRACIAS



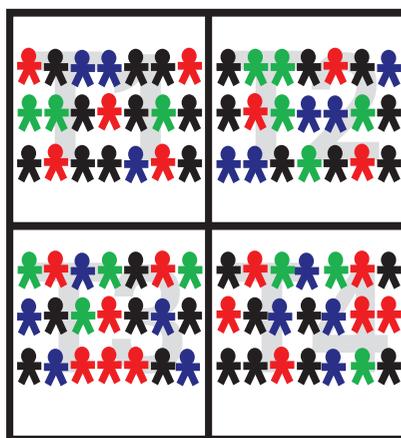
César A. Castiblanco M.
 Gerente de Salud
 ACEMI
ccastiblanco@acemi.org.co
 3118090293

EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EQUIPOS EXTRAMURALES Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD

RAMÓN ABEL CASTAÑO MD, PhD

MARZO 4, 2024

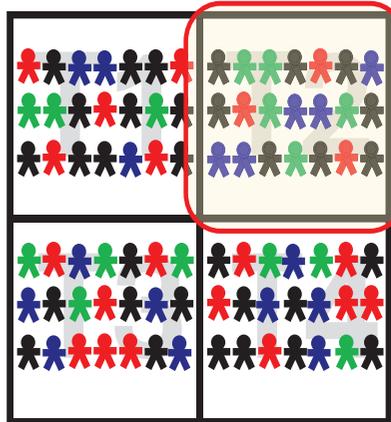
SILOS POBLACIONALES



- EPS 1
- EPS 2
- EPS 3
- EPS 4

Castano RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.

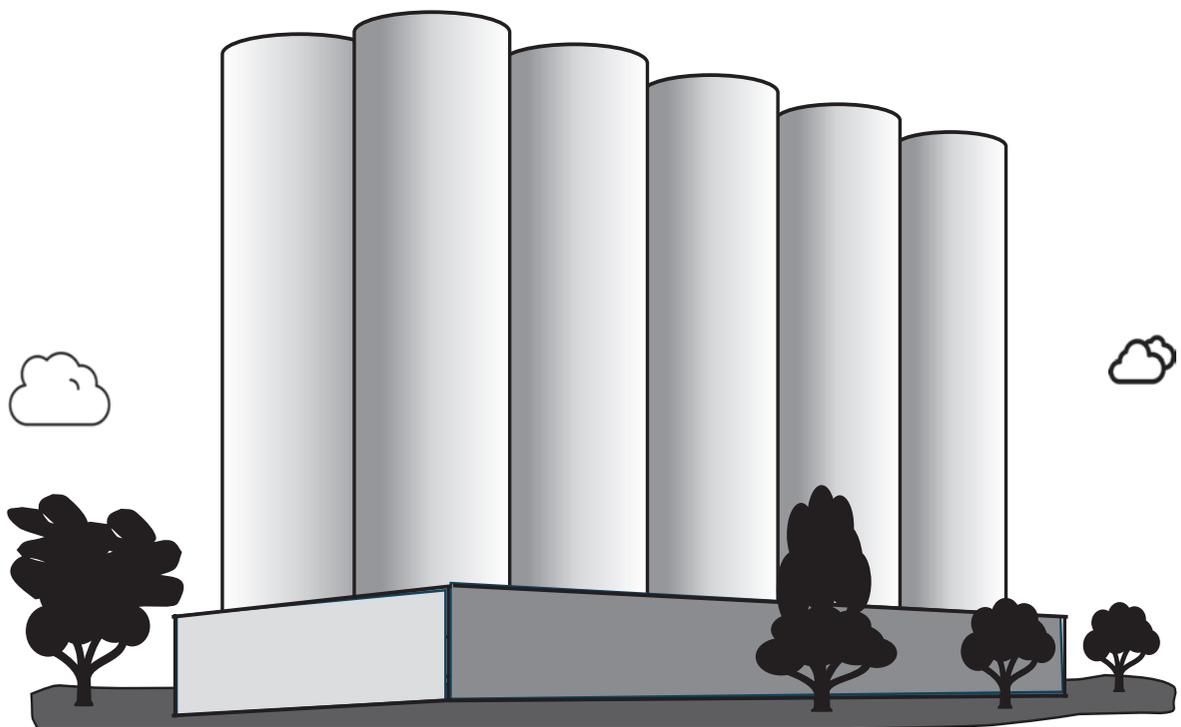
SILOS POBLACIONALES



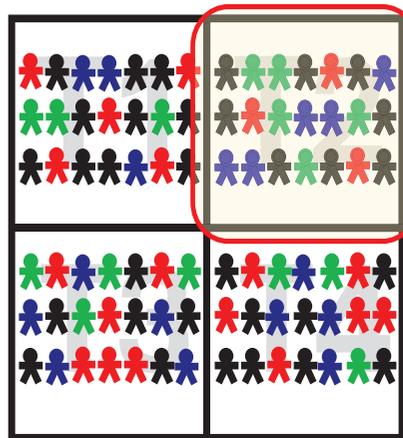
Si cada EPS recibe recursos para atenciones individuales a sus afiliados, no podrá gastarlos en afiliados de otras EPS

- EPS 1
- EPS 2
- EPS 3
- EPS 4

Castaño RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.



SILOS POBLACIONALES



Si cada EPS recibe recursos para atenciones individuales a sus afiliados, no podrá gastarlos en afiliados de otras EPS

Las EPS tienen pocos incentivos para coordinarse entre ellas, y con la autoridad territorial, para desarrollar acciones de naturaleza territorial

- EPS 1
- EPS 2
- EPS 3
- EPS 4

Castaño RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.

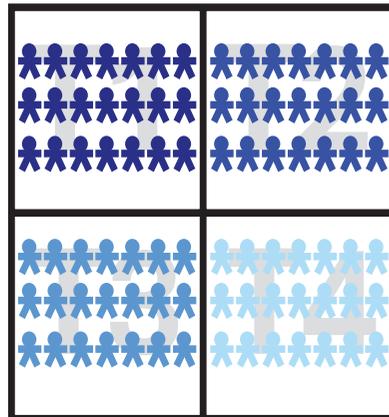
EPS 1

EPS 2

EPS 3



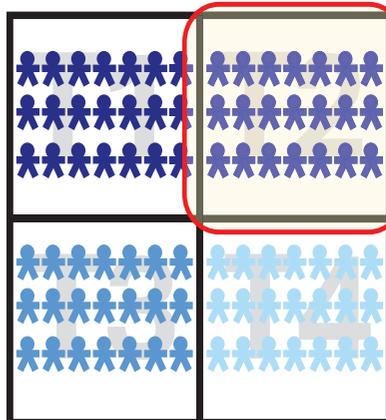
SILOS TERRITORIALES



- RIISS 1
- RIISS 2
- RIISS 3
- RIISS 4

Castaño RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.

SILOS TERRITORIALES



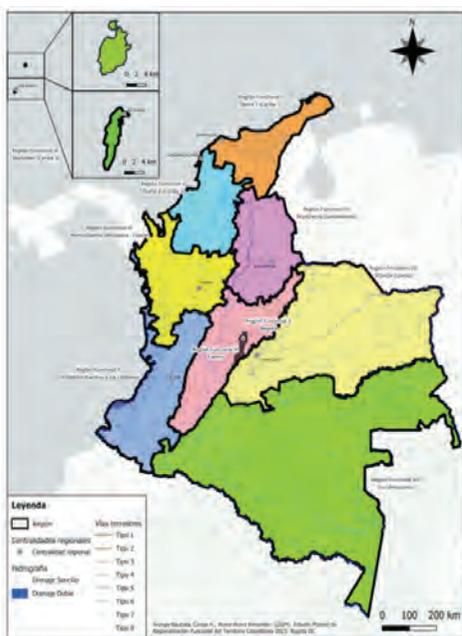
Cada territorio recibe los recursos para atender a la población que reside en este

Si hay una sola autoridad territorial y un solo prestador en el territorio, es mucho más fácil desarrollar acciones de naturaleza territorial

- RIISS 1
- RIISS 2
- RIISS 3
- RIISS 4

Castaño RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.

Estructura territorial



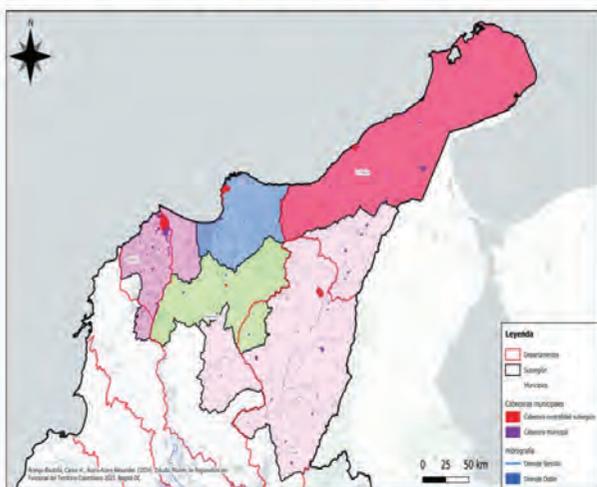
10 REGIONES y 97 SUBREGIONES

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
Total Colombia	97	53.414.496

Fuente: Minsalud 2024. Los territorios en la Organización de Servicios de Salud. Presentación del Vice Ministro Luis Alberto Martínez

Estructura territorial

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



Subregión La Guajira Alta

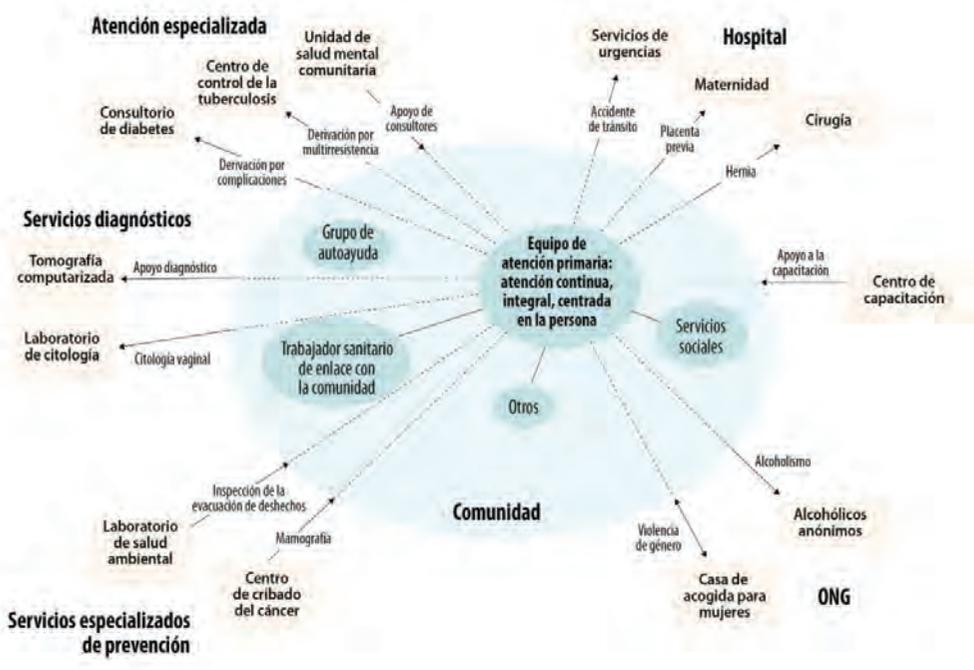
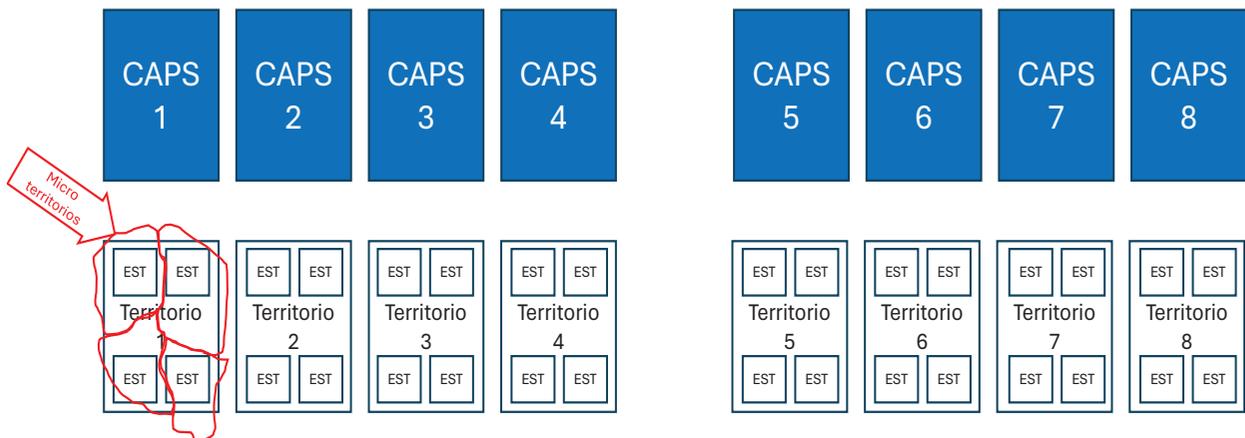
Se encuentra conformada por:
1 departamento y 6 municipios

NOMBRE	CENTRALIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS
La Guajira Alta	Riohacha	La Guajira	Riohacha
			Dibulla
			Hatonuevo
			Albania
			Malcao
			Uribia

Cada municipio se desagrega en territorios y microterritorios de salud.

Fuente: Minsalud 2024. Los territorios en la Organización de Servicios de Salud. Presentación del Vice Ministro Luis Alberto Martínez

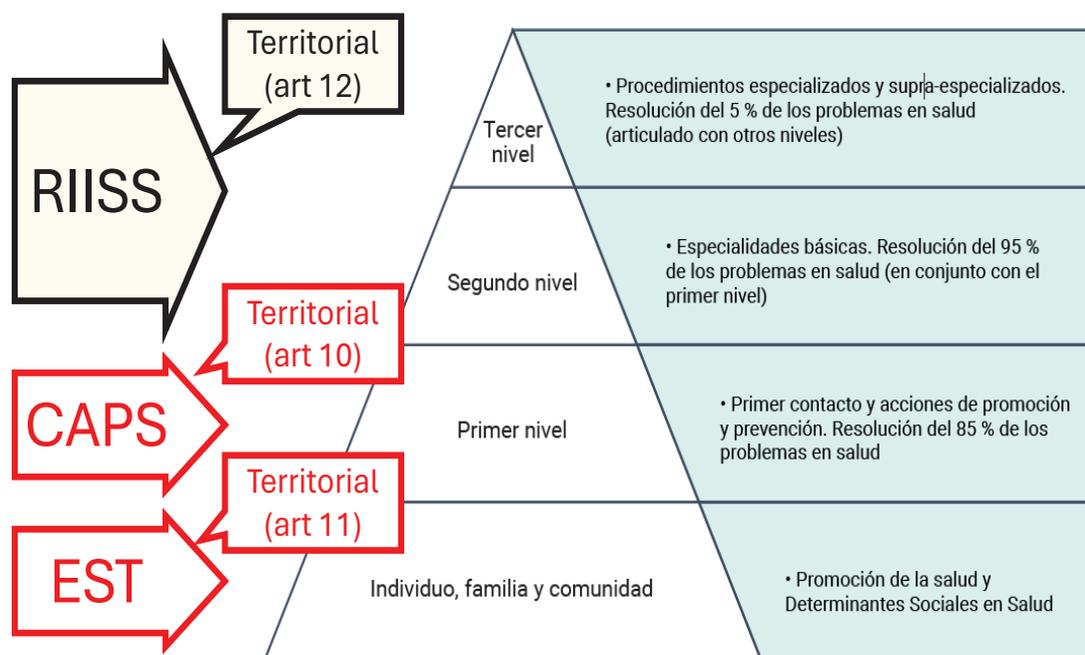
ESTRUCTURA GRANULAR DE LAS RISS



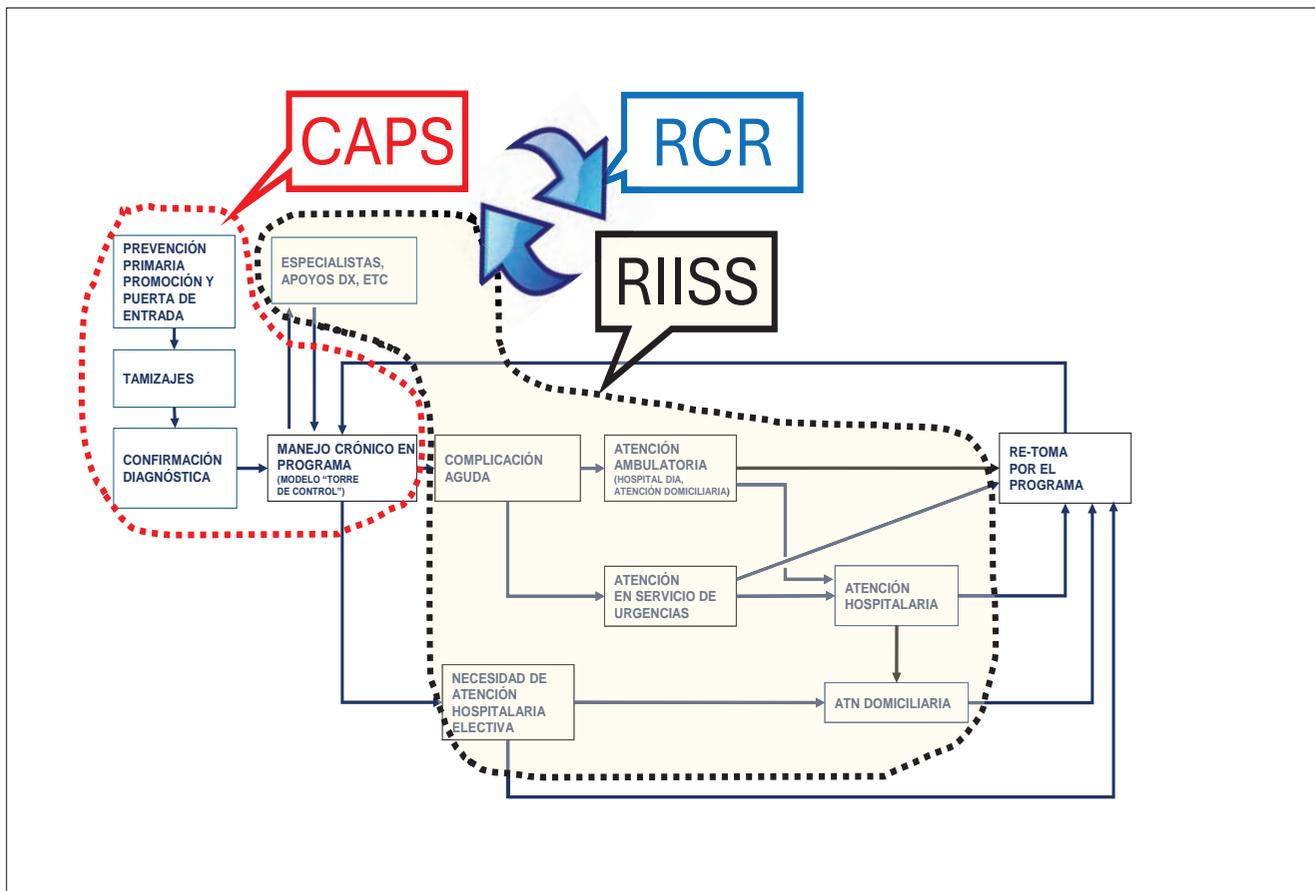
Fuente: Organización Mundial de la Salud (2008). Informe Sobre la Salud en el Mundo. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. OMS.

CAPS: ELEMENTOS ESENCIALES

- Son la base territorial de las RIISS.
- CAPS públicos son financiados por subsidio de oferta (art 9).
 - Gastos corrientes (nómina y proveedores).
 - Incentivos por desempeño.
 - Inversiones de capital.
- CAPS privados:
 - Son contratados pero no dice quién es el contratante (art 34).
 - Aplicarán el contrato de adhesión del art 131?
 - Montos definidos para CAPS públicos sirven de referente (art 34).



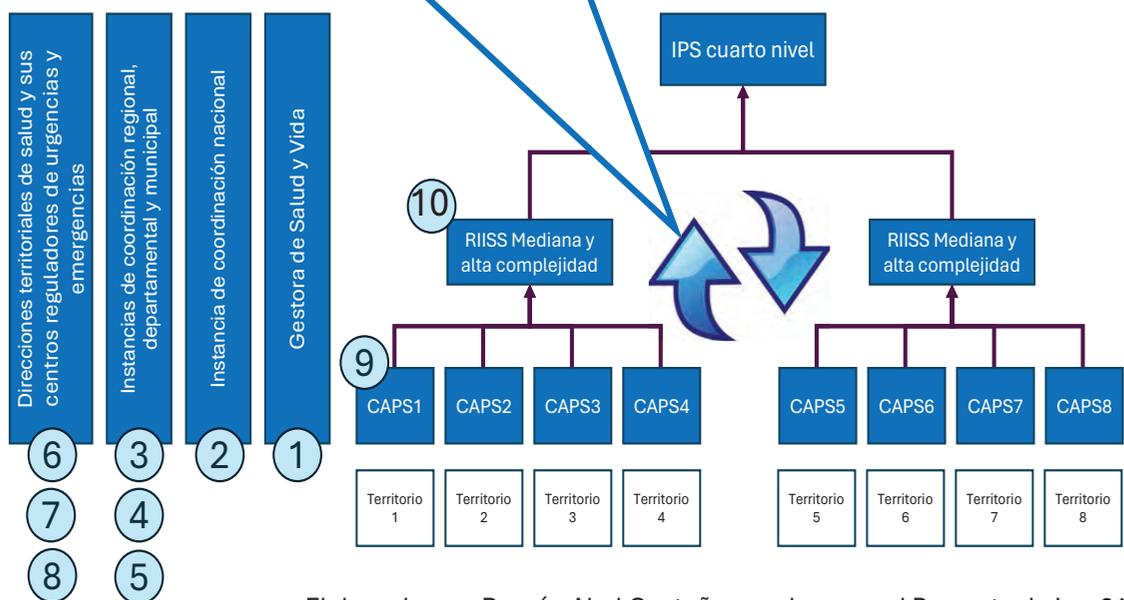
Hernandez et al (2023). Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios Colombia 2022. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud



ACUERDOS DE VOLUNTADES

- Art 131: Describe un contrato de adhesión, tal como opera hoy el SOAT.
 - Adres **NO** es el contratante, sino, aparentemente, Minsalud.
 - Un contrato de adhesión que es genérico para cualquier prestador no permite la flexibilidad que exigen las condiciones locales de oferta y demanda para determinar precios y cantidades.
- Art 13 numeral 6: se refiere a acuerdos entre prestadores de una RISS; no dice quién es el contratante.
- Cómo van a garantizar la integralidad del ciclo de atención en la punta de la pirámide si no tienen programas especializados, o si los tienen, estos serán muy débiles?
- Art 35 Numeral 3: aparentemente el SICA es el que va a definir "los incentivos correctos" en las relaciones entre los agentes. pero no dice que será el contratante.
- Art 69: menciona los acuerdos de voluntades pero no dice quién es el contratante.

Ref Contra-Rref: 10 actores

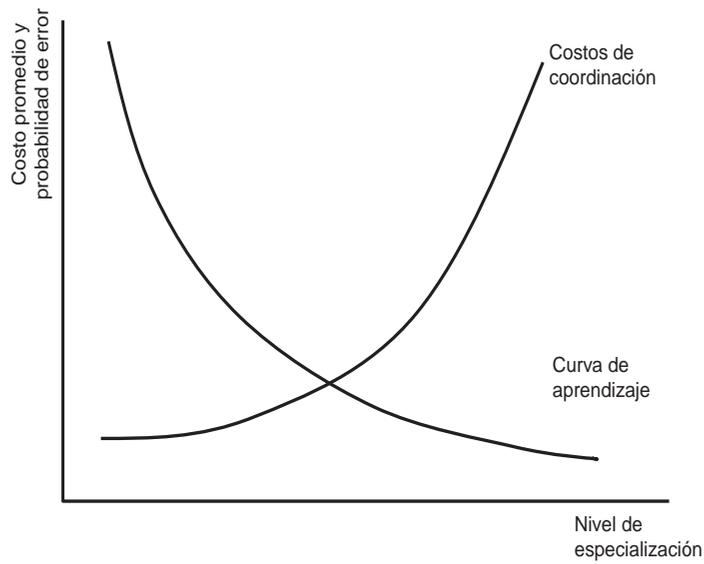


Elaborado por: Ramón Abel Castaño, con base en el Proyecto de Ley 216 Senado

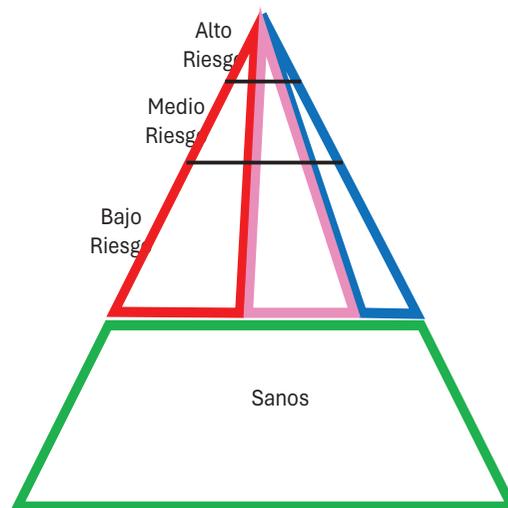
RCR: 10 ACTORES

1. Gestoras de Salud y Vida (artículo 10, numeral 5, literal a; artículo 18; artículo 24, párrafo 2; artículo 25, párrafo 2; artículo 49, numeral 8).
2. Instancia de coordinación nacional para las necesidades de orden nacional (artículo 18).
3. Instancias de coordinación regional (artículo 18; artículo 24).
4. Instancias de coordinación departamental o distrital (artículo 18; artículo 25).
5. Instancias de coordinación municipal (artículo 18).
- 6, 7 y 8. Direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias (artículo 18). En este punto no está claro si las direcciones territoriales tendrán funciones distintas a las de los centros reguladores de urgencias y emergencias.
9. Centros de Atención Primaria en Salud (artículo 10, numeral 3 inciso primero y numeral 5 literal a; artículo 18).
10. RISS (artículo 13, numeral 2).

TRADE-OFF ESPECIALIZACIÓN-COORDINACIÓN

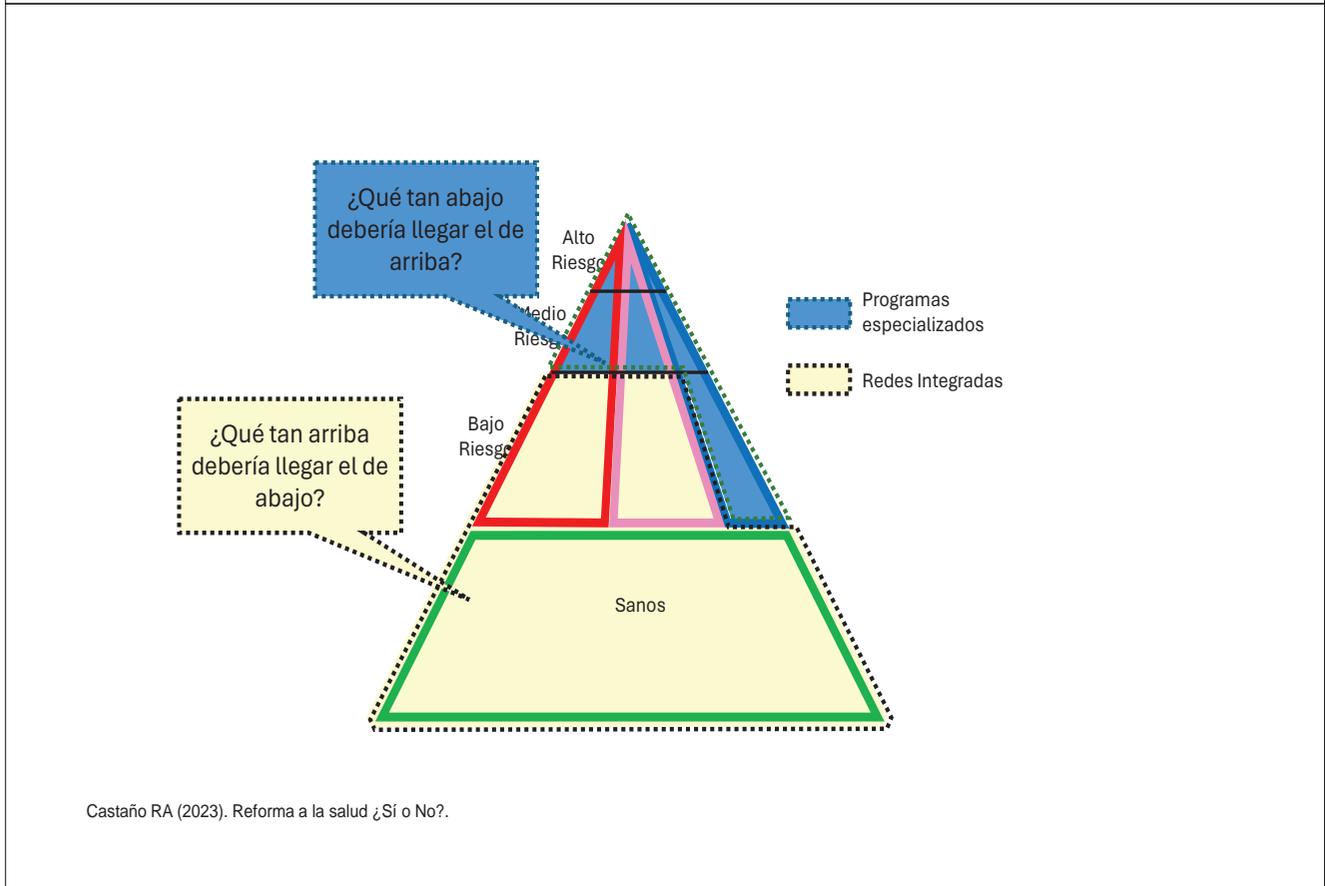
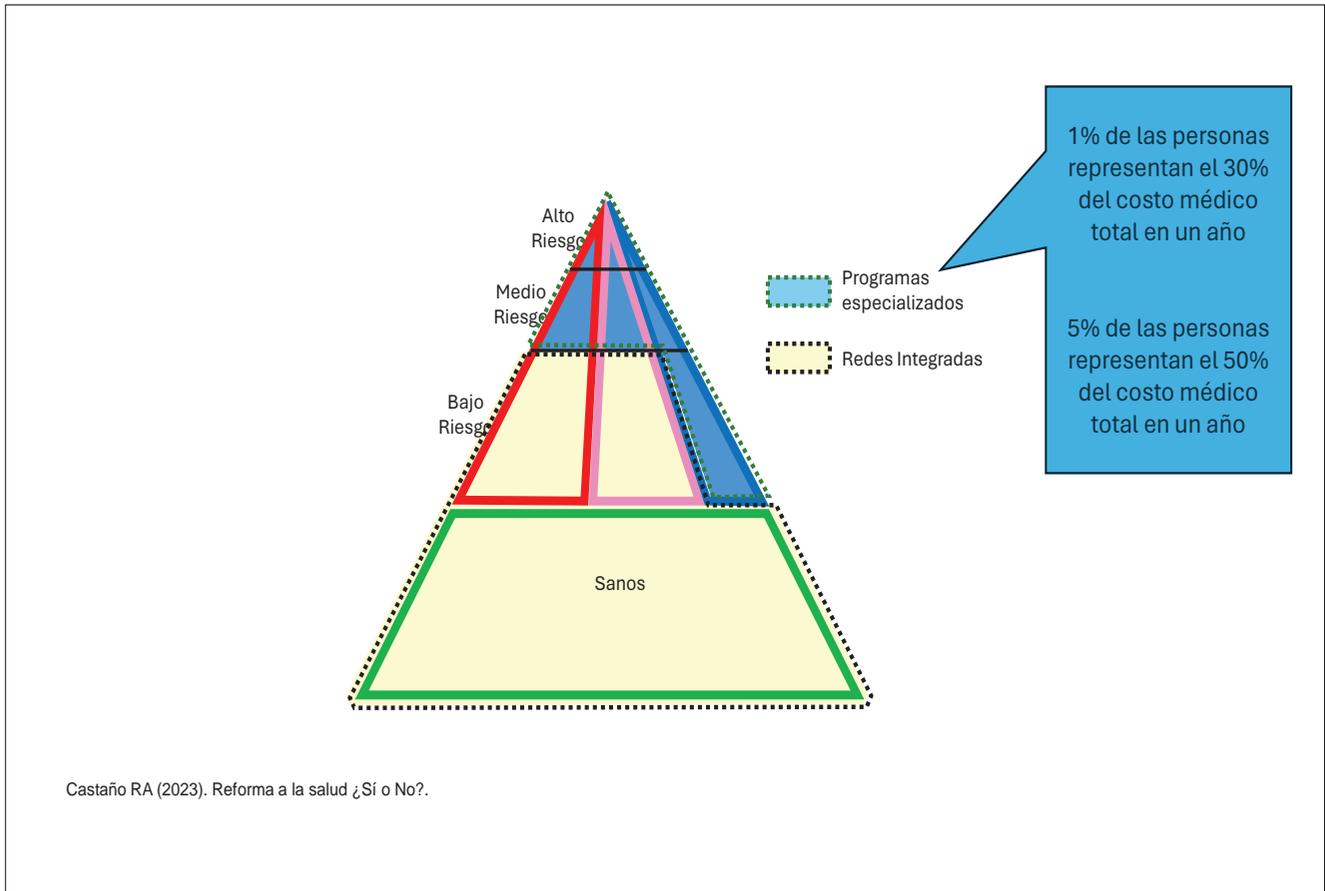


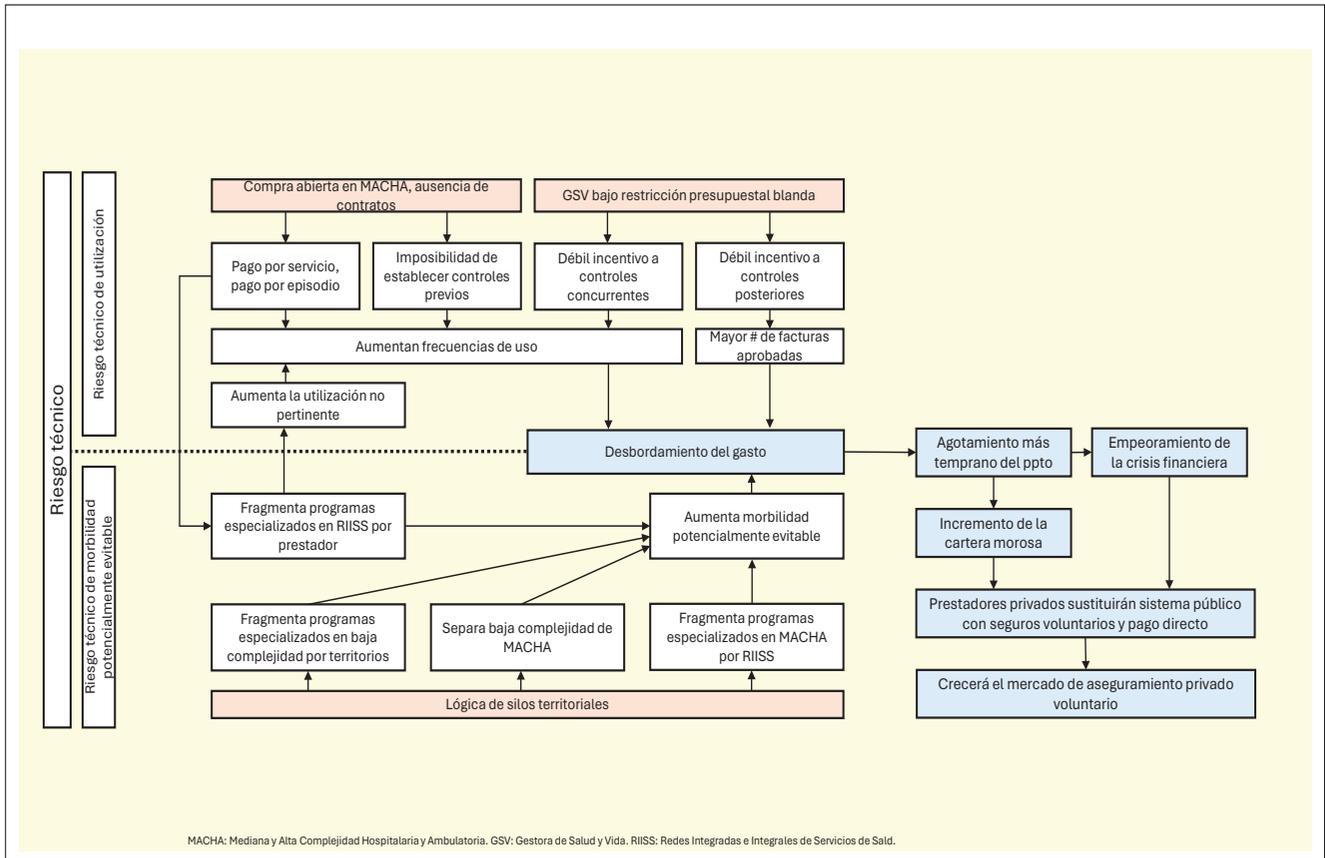
Becker G, Murphy K (1992). The division of labor, coordination costs and knowledge. Center for the Study of the Economy and the State. Working paper No. 79



- 1 Población sana o de bajo riesgo.
- 2 Población con condiciones médicas crónicas.
- 3 Población gestante.
- 4 Población con condiciones médicas de alto costo y baja frecuencia.

Castaño RA (2023). Reforma a la salud ¿Sí o No?.



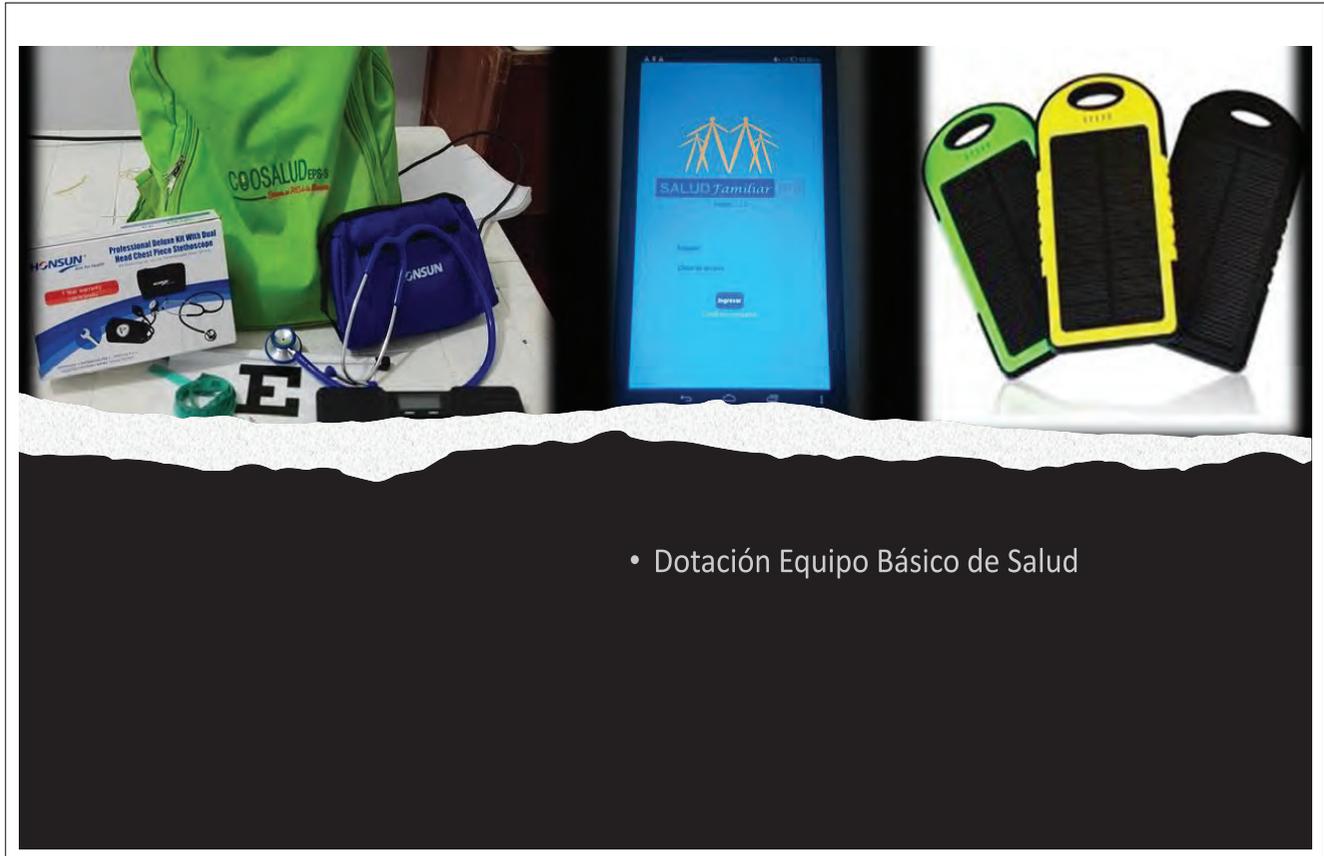




Actividades

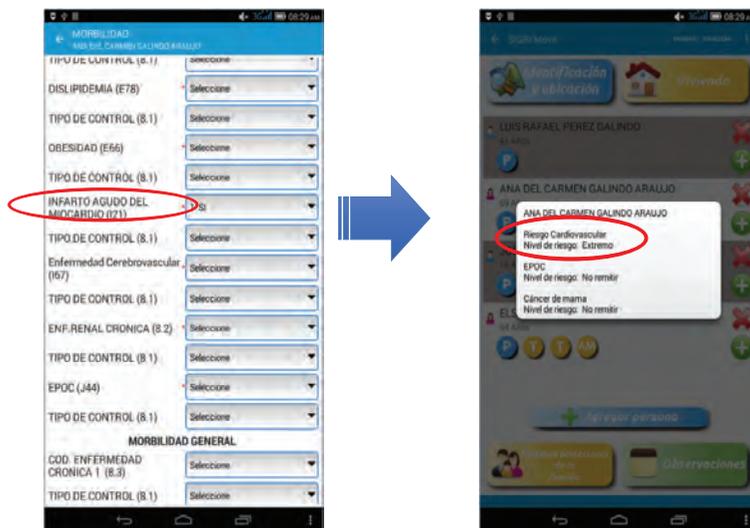
- Identificación de factores de riesgo
- Educación
- Inducción a la demanda
- Seguimiento

A photograph of a woman in a red floral dress holding a baby in a pink floral dress. A young girl is visible in the foreground. The background is a textured wall. On the left, there is a dark grey sidebar with the word 'Actividades' and a list of four items.



Tarjeta Familiar.....Inteligente

[Captura de información en tiempo real](#)



Equipo Básico de Salud

- Técnicos en salud liderados por enfermera profesional
- Gestor comunitario
- ✓ Detección de factores de riesgo en el hogar
- ✓ Tamizaje
- ✓ Preclasificación
- ✓ Educación según riesgo
- ✓ Inducción a la demanda y canalización
- ✓ Seguimiento al usuario de riesgo



Resultados

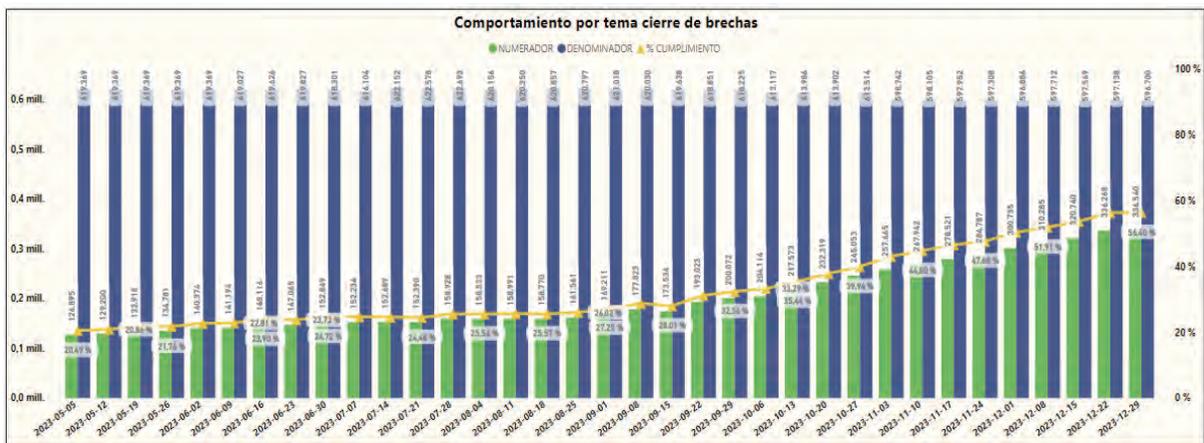
POBLACIÓN CRÓNICA

Total, población crónica:
470.073



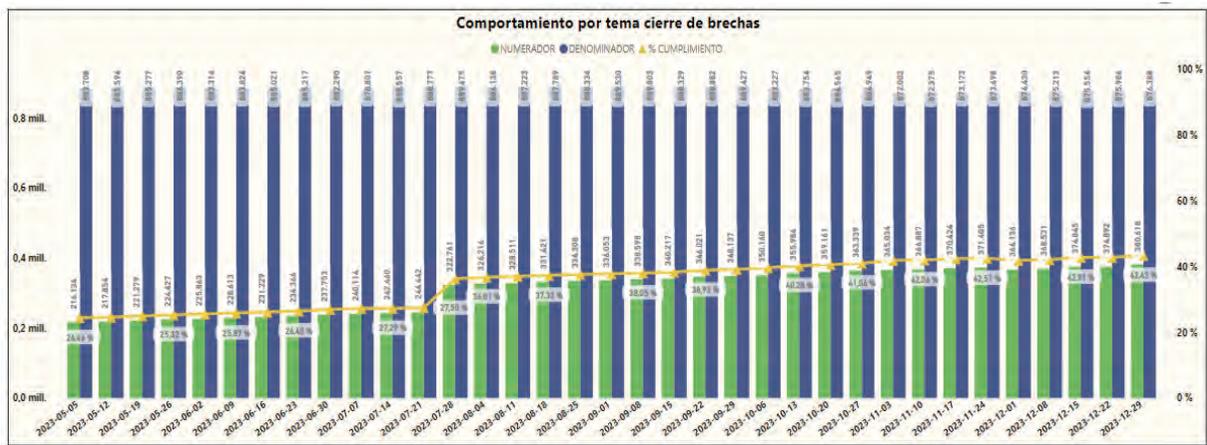
COOSALUD

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2023



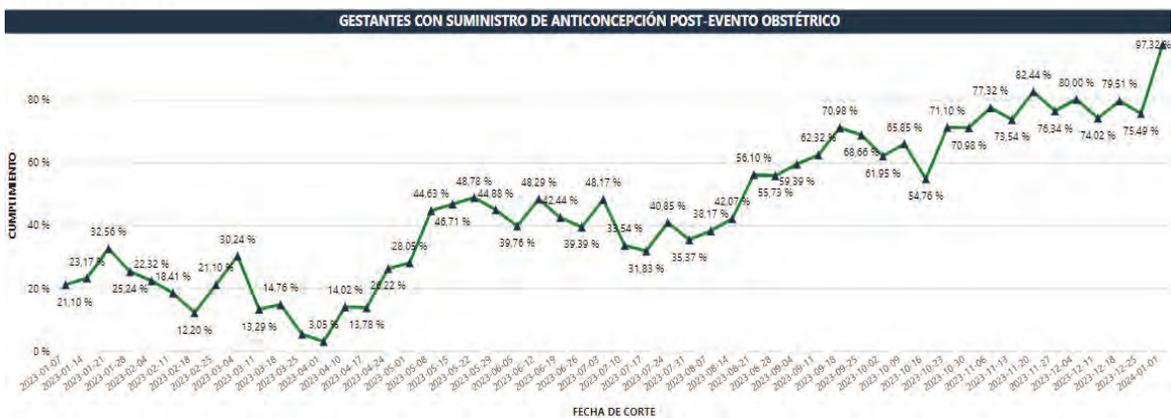
COOSALUD

CITOLOGIAS 2023



COOSALUD

ANTICONCEPCION POST EVENTO OBSTERICO 2023



COOSALUD

Proporción de gestantes con seguimiento del puerperio dentro de los 5 días posteriores. 2023

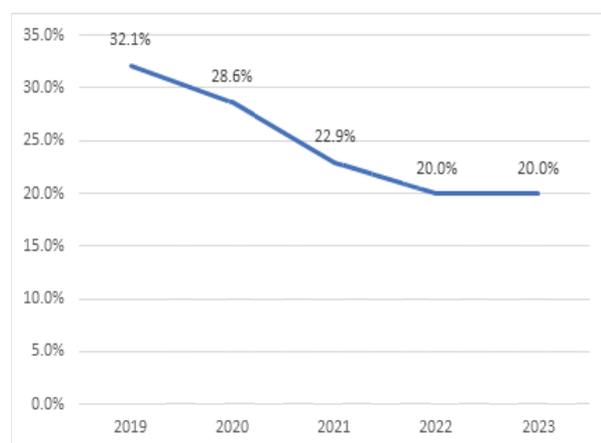


COOSALUD

Casos de sífilis gestacional que terminaron en sífilis congénita

Indicador	Proporción de sífilis gestacional que terminaron en Sífilis congénita (Porcentaje)
-----------	--

Año	Resultado
2019	32.1%
2020	28.6%
2021	22.9%
2022	20.0%
2023	20.0%

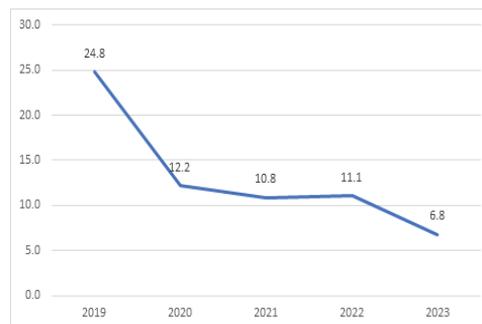


Fuente Sivigila INS

COOSALUD

Casos de morbilidad materna extrema. 2023

Indicador	Razón de Morbilidad Materna Extrema (Tasa x 1000 nacidos vivos)
Año	Resultado
2019	24.8
2020	12.2
2021	10.8
2022	11.1
2023	6.8

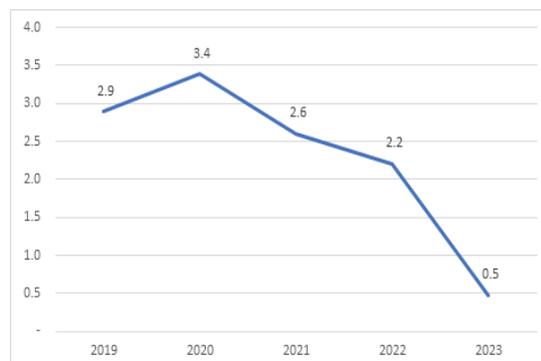


Fuente Sivigila INS

COOSALUD

Tasa de mortalidad por IRA – EDA – DNT. 2023

Indicador	Tasa de mortalidad por IRA EDA y DNT en menores de cinco años (por 10.000)
Año	Resultado
2019	2.9
2020	3.4
2021	2.6
2022	2.2
2023	0.5

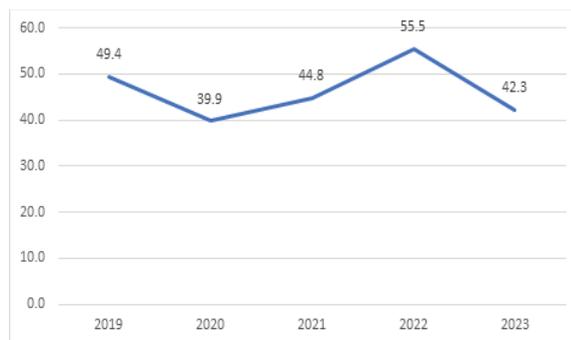


Fuente Sivigila INS

COOSALUD

MORTALIDAD MATERNA 2023

Indicador	Razón de Mortalidad Materna (Tasa x 100.000 nacidos vivos)
Año	Resultado
2019	49.4
2020	39.9
2021	44.8
2022	55.5
2023	42.3

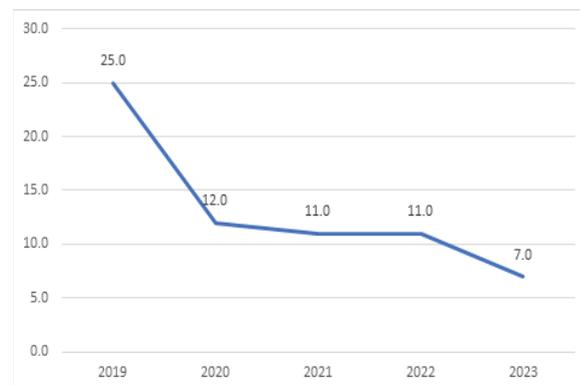


Fuente Sivigila INS

COOSALUD

Relación Morbilidad materna extrema / Mortalidad materna. 2023

Indicador	Relación MME/MM (Por 1000 MME)
Año	Resultado
2019	25.0
2020	12.0
2021	11.0
2022	11.0
2023	7.0



Fuente Sivigila INS

COOSALUD



Fin de la presentación



COOSALUD



Salud

Mesa técnica

Experiencias y perspectivas en Atención Primaria en Salud – APS: Equipos extramurales y Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud



Atención Primaria en Salud en Colombia



Ley 1438 de 2011

Artículo 11.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



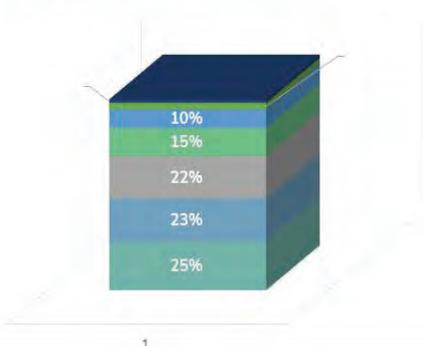
Restricciones para la implementación de la APS en Colombia



Segmentación de la atención.

Municipio de 30.388 habitantes

- Dusakawi Epsi
- Nueva Eps
- A.I.C. Epsi
- Régimen de Excepción
- EPS Sanitas
- Anas Wayuu Epsi
- Cajacopi Atlántico



8 redes de prestación de servicios:

1 red por cada EPS
1 red Pública

www.minsalud.gov.co



Como se materializan esas limitaciones



Deficientes e inequitativas coberturas de intervenciones de promoción y prevención

De obligatorio cumplimiento (Res 3280 de 2018).

Financiadas con recursos de la UPC.

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	19,87	23,27	35,25	42,26	55,13	67,51	79,44
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	26,73	26,92	34,13	42,36	50,81	54,25	44,09
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	21,37	33,12	44,36	54,30	65,24	73,21	77,85
Proporción de gestantes con sífilis gestacional y tratamiento terminado	11,76	4,32	22,79	37,45	40,46	41,91	57,49
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	27,55	45,26	46,85	50,02	58,97	61,58	59,84
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	22,36	30,56	41,26	48,14	55,51	64,86	68,46
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	32,24	40,71	58,84	62,68	74,05	80,80	80,63
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	26,98	35,78	50,38	54,85	64,63	77,75	79,44
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	29,88	42,27	51,75	59,49	67,18	70,79	70,13
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	11,57	15,39	18,66	27,97	33,62	38,59	37,73
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	10,15	9,73	13,61	22,69	29,13	33,32	30,79
Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina	12,66	20,81	32,80	41,82	48,24	52,97	51,13
Proporción de mujeres con toma de mamografía	6,01	12,35	16,32	19,23	21,24	24,27	23,87
Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	15,55	13,68	10,60	12,25	11,48	11,85	12,36
Proporción de personas con consulta del adulto	16,22	16,23	19,04	21,27	27,86	30,64	22,99
Proporción de personas con consulta del joven	14,98	15,20	19,60	25,67	32,28	35,79	32,38
Proporción de personas con consulta por oftalmología	3,20	4,38	7,13	9,59	13,12	15,32	13,87
Proporción de personas con control de placa bacteriana	16,56	18,86	22,82	28,40	33,44	37,31	30,17
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	7,41	9,29	11,90	16,35	21,07	21,48	17,23
Proporción de población con valoración e intervención del riesgo	44,41	58,23	68,42	75,08	80,01	82,82	83,28
Proporción de recién nacidos con Sífilis Congénita y tratamiento terminado	16,55	56,52	58,49	64,71	24,78	39,71	34,76
Razón de condones entregados a personas con ITS	0,08	0,14	0,19	0,22	0,38	0,21	0,49

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Disponible en: https://rsvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/

www.minsalud.gov.co



Como se materializan esas limitaciones



Tabla. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de mama 2022

Meta	40%	30 días	60%	45 días
IPS	Cobertura del servicio con diagnóstico en población objetivo	Oportunidad en diagnóstico	Ejecución temprana de tratamiento del diagnóstico	Comunidad de referencia del tratamiento
1	X	17,04		
2	X	10,31	63,67	50,00%
3	X	20,41	62,44	27,18%
4	X	9,80	37,20	0,00%
5	X	60,70	32,00	88,89%
6	X	31,97	65,27	60,00%
7	X	55,87	23,83	67,00%
8	X	45,34	36,56	52,69%
9	X	40,89	30,78	58,91%
10	X	47,59	30,59	53,12%
11	X	19,07	21,65	62,17%
12	X	50,85	30,95	63,92%
13	X	51,66	36,12	61,41%
14	X	34,37	51,18	45,05%
15	X	26,38	63,50	16,67%
16	X	36,03	42,22	46,92%
17	X	18,62		
18	X	38,25	41,42	14,29%
19	X	35,14	38,88	40,00%
20	X	12,13	16,00	100,00%
21	X	5,84		100,00%
22	X	16,39	34,89	30,00%
23	X	20,60	48,42	18,75%
24	X	17,72	50,00	0,00%
25	X	34,44	49,80	27,94%
26	X	18,58	41,32	49,86%
27	X	20,11	43,40	24,00%
28	X	14,18	30,06	34,09%
29	X	26,83	42,74	40,54%
30	X	41,29	42,80	38,38%
31	X	18,67	41,16	45,25%

Empresas Promotoras de Salud que no garantizan la gestión del riesgo individual de su población a cargo

Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo - MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

www.minsalud.gov.co



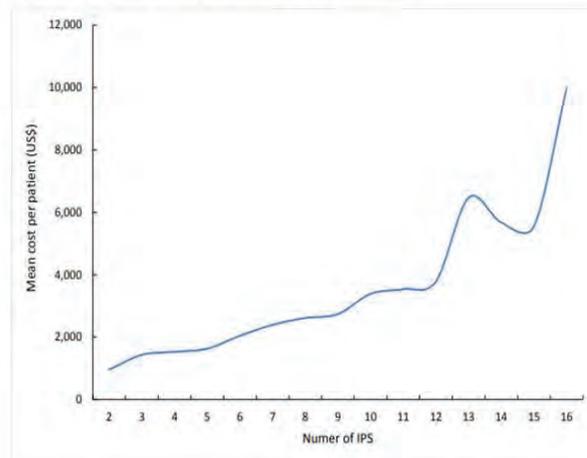
Como se materializan esas limitaciones



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.

Supervivencia a 5 años.
Global: >90%
Colombia: 77% - 80%

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.

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

www.minsalud.gov.co



Apuestas del Proyecto de Ley de Reforma a la Salud para la implementación de la APS



Título II Modelo de Salud basado en APS y Determinantes Sociales de la Salud.



www.minsalud.gov.co



Apuestas del Proyecto de Ley de Reforma a la Salud para la implementación de la APS



CONTENIDO DEL PL

- I. Objeto y campo de acción
- II. Modelo de salud basado en la atención primaria en salud y determinantes sociales de la salud
- III. Organización del sistema de salud
 1. Gobernanza y gestión pública del sistema de salud
 2. Instituciones de Salud del Estado
 3. Gestoras de Salud y Vida
- IV. Fuentes usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud
- V. Sistema público, unificado e interoperable de información en salud
- VI. Participación ciudadana y social
- VII. Inspección, vigilancia y control
- VIII. Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud
- IX. Política de formación y educación superior en salud
- X. Régimen laboral de los trabajadores de la salud
- XI. Autonomía profesional y autorregulación
- XII. Disposiciones generales
- XIII. Disposiciones transitorias y varias



www.minsalud.gov.co



Equipos de Salud territoriales



Estructura para garantizar que lleguen los servicios de salud a toda la población.



Equipos interdisciplinarios, adaptados a las necesidades de los territorios con incentivos para el trabajo en zonas de difícil acceso

Recuperación del rol de promotor de salud

www.minsalud.gov.co



Finalidad de la operación de los equipos de salud territoriales



Fortalecer la gestión territorial basada en atención primaria en salud- APS.

Mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.

Dar respuesta a las necesidades de la población y del territorio con pertinencia sociocultural, integralidad y continuidad bajo los principios de conurrencia, subsidiariedad y coordinación.

www.minsalud.gov.co





Familias asignadas de acuerdo con tipología territorial



Tipología Territorial por dispersión geográfica	Característica	Número de familias por equipo básico de salud
Dispersión alta	Más de 1:30 horas entre viviendas	60 familias
Dispersión media	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	Hasta 100 familias
Dispersión baja	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	Hasta 200 familias
Concentrado	Municipios (Cabeceras)	Hasta 400 familias
Concentración alta	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	Hasta 500 familias

Fuente: Proyección de población DANE 2022 y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, corte 10 de enero de 2024



Primer nivel y mediana y alta complejidad fortalecidos para el trabajo en RIIS



Equipos de salud territorial

Transdisciplinarios, adaptados al territorio.

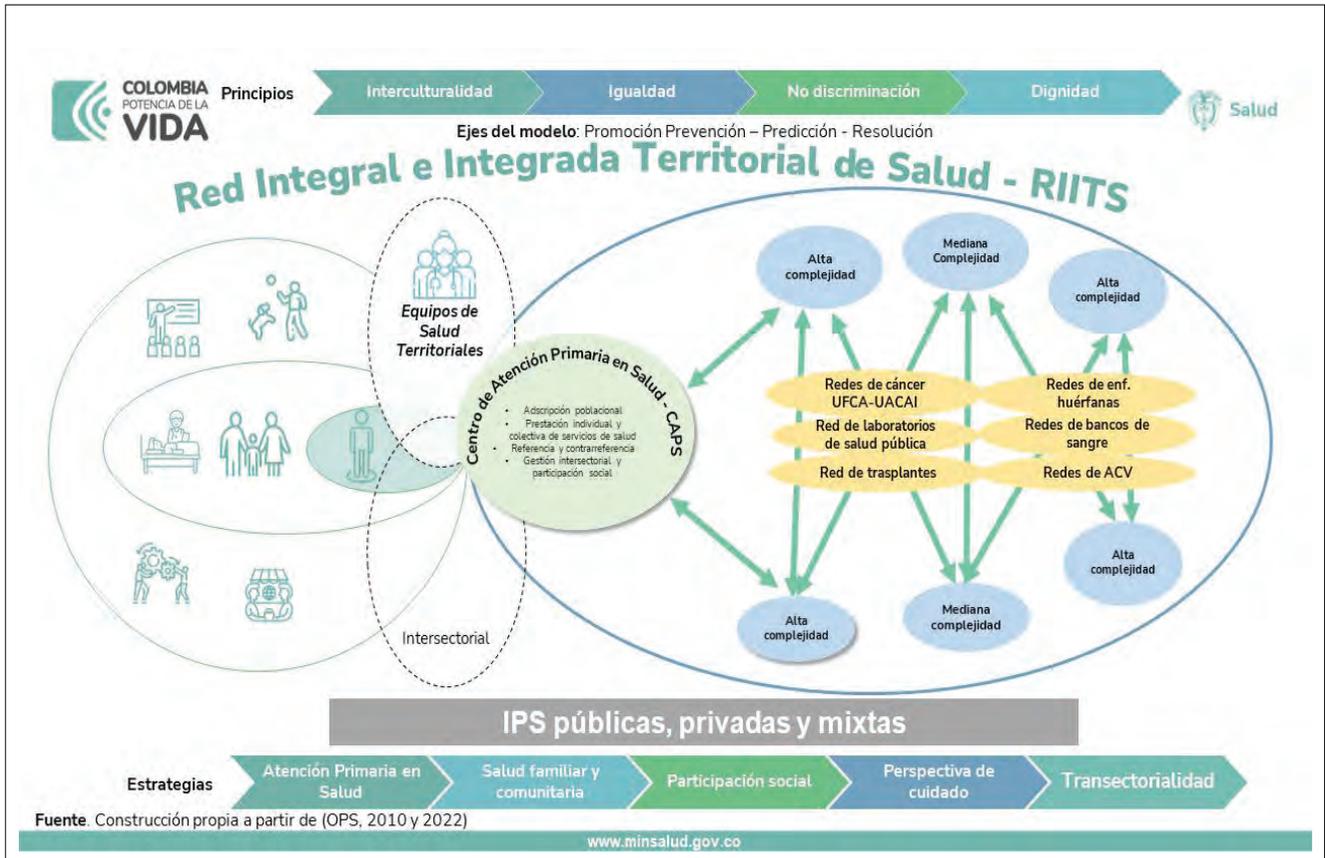
Centros de Atención Primaria en Salud

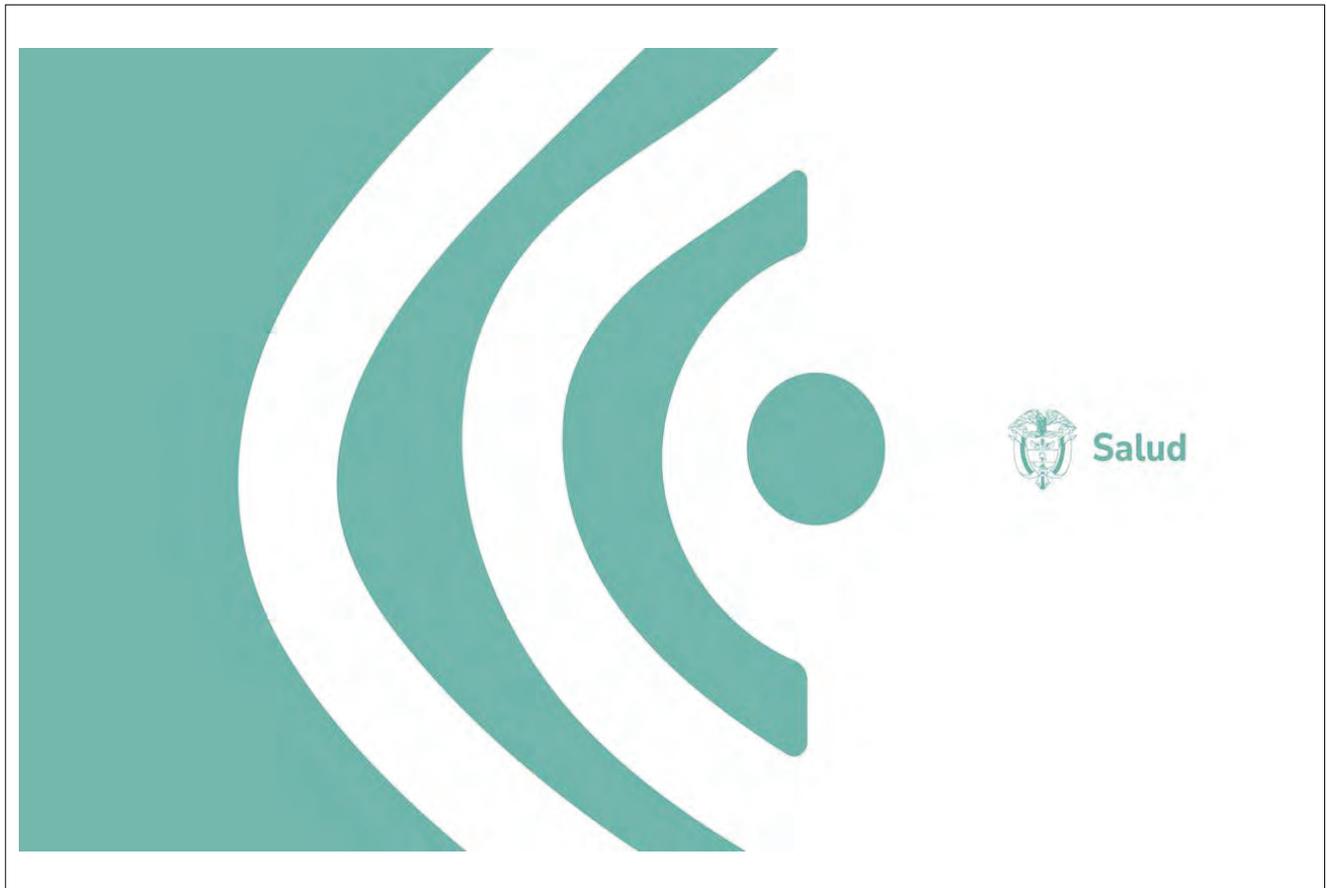
- Base territorial.
- Modalidad intramural, extramural y telemedicina.
- Inclusión progresiva de especialidades básicas y medicina familiar (Ej: pediatría, ginecobstetricia).
- Articulación con servicios socio-sanitarios y de cuidado

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.
- Centrado en personas, familias y comunidades.

Puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud





PROYECTO DE LEY No. 53 DE 2015 – SENADO

“Por medio de la cual se adiciona un artículo a la Ley 1251 de 2008 y se regula la cuota provisional de alimentos a las personas adultas mayores”

Autor: H.S. Viviane Morales Hoyos

Ponentes: H.S. Edinson Delgado Ruíz (Coordinador)

H.S. Luis Evelis Andrade Casama

H.S. Antonio José Correa Jiménez

H.S. Eduardo Enrique Pulgar Daza

H.S. Nadia Georgette Blel Scaff



Bogotá D.C., 09 de diciembre de 2015

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

- Superar la inequidad generada cuando las personas adultas mayores en estado de indefensión acuden ante el Comisario de Familia solicitando alimentos de sus ascendientes y no hay conciliación.
- Otorga la posibilidad de fijar provisionalmente la cuota alimentaria a los comisarios de familia en caso de no lograr la conciliación, superando el vacío jurídico que existe sobre el particular.



MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

DERECHO INTERNACIONAL

- Declaración Universal de Derechos Humanos, suscrita por el Estado colombiano, la cual en el numeral 1 del artículo 25.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada mediante la Ley 74 de 1968.
- Convención Americana de Derechos Humanos aprobada mediante la Ley 16 de 1972
- El Protocolo Adicional de la Convención Interamericana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988), aprobado mediante la Ley 319 de 1996

MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

- Artículo 46 de la Constitución Política.
- Ley 1171 de 2007, *“por medio de la cual se establecen unos beneficios para las personas mayores”*.
- Ley 1251 de 2008, *“por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”*.
- Ley 1306 de 2009, *“por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados”*.
- Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia.
- Ley 640 de 2001, *“por la cual se modifican normas relativas a la conciliación y se dictan otra disposiciones”*

AGUIVIVE LA DEMOCRACIA

MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

- Sentencia C-657-1997, la cual establece como doctrina relevante de tal obligación.
- Sentencia T-203-13, , resalta el surgimiento de esta obligación atendiendo a los fines constitucionales de protección a la familia como génesis de la sociedad.
- Sentencia T-685-14 ha llegado a concluir el carácter de derecho subjetivo que tiene la pensión alimentaria, estableciendo los requisitos para acceder a esta.

AGUIVIVE LA DEMOCRACIA

LOS TIEMPOS ANTE LOS JUECES Y COMISARIOS DE FAMILIA EN MATERIA DE ALIMENTOS PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

En la especialidad de familia... un proceso declarativo: de alimentos, ordinario o verbal (el más representativo en la especialidad con un 70%), tiene una duración promedio de **479 días calendario en los juzgados de familia, en los promiscuos el tiempo es de 353 días.**

Los declarativos que llegan a **segunda instancia en los juzgados de familia toman en promedio 3 años en resolverse.**



PROCESOS JUDICIALES

En el siguiente cuadro se presenta la información relativa a los ingresos, egresos y el inventario final de los procesos relativos a alimentos - inasistencia alimentaria y los procesos declarativos- para los años 2010 a 2014 y de enero a abril de 2015

Año	Tipo de proceso	Ingresos/Ingresos efectivos	Egresos/Egresos Efectivos	Inventario Final
2013	Contra la Familia- Inasistencia Alimentaria	33.789	30.281	10.794
2013	Procesos declarativos- Alimentos	21.282	20.939	17.318
Total año 2013		55.071	51.220	28.112
2014	Contra la Familia- Inasistencia Alimentaria	38.459	33.010	13.796
2014	Procesos declarativos- Alimentos	17.921	14.654	15.300
Total año 2014		56.380	47.664	29.096
Enero a abril de 2015	Contra la Familia- Inasistencia Alimentaria	12.276	11.364	13.387
Enero a abril de 2015	Procesos declarativos- Alimentos	6.268	4.206	14.744
Total año enero a abril de 2015		18.544	15.570	28.131

CONCILIACIONES

En el Distrito Capital, las estadísticas en relación con la Conciliación de alimentos para personas adultas mayores que se adelantan en las COMISARÍAS de Familia, se realiza de conformidad con lo previsto en la Ley 640 de 2001. En este sentido, las órdenes de conciliación de alimentos que se han realizado a favor de personas adultas mayores de 60 años, durante las vigencias 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y lo corrido del presente año 2015 (enero-junio), se presentan a continuación:

	VIGENCIAS						TOTAL GENERAL
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
COMISARÍAS DE FAMILIA							
TOTAL GENERAL	787	847	973	1.052	976	548	5.183

ACELERAR LA DEMOCRACIA

OTRAS CIFRAS

Según las proyecciones del DANE

- Para el año 2014, la población colombiana adulta mayor, asciende a 5.146.251, equivalente al 11% de la población nacional.
- Los departamentos con mayor proporción de adultos mayores son Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca.
- Para el año 2014 de cada 100 persona menores de 15 años, hay 40 personas mayores de 60 años, lo cual representa un notable envejecimiento de la población colombiana.

Según el Ministerio de Salud, en el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, el número de personas adultas mayores con discapacidad es de 514.384, de los cuales 284.695 son mujeres y 229.016 son hombres.

ACELERAR LA DEMOCRACIA

OTRAS CIFRAS

Según el Ministerio de Salud:

- El número de centros de protección social registrados en 2013 son 279.
- 1.919.675 personas adultas mayores pensionadas en todos los regímenes de ley.
- 5.353.427 personas mayores aseguradas en salud de los cuales 2.872.248 son mujeres y 2.451.179 son hombres.

Según cifras de la OCDE (2015), el 42% de los adultos mayores están en pobreza, a mayor tasa de pobreza entre los países de la región. De igual manera, se afirma que el gasto público destinado a la protección de esta población equivale a tan sólo el 0.02% del PIB, por debajo de la mayoría de países latinoamericanos.

OTRAS CIFRAS

Según la última encuesta nacional de demografía y salud ENDS -2010- disponible los adultos mayores:

El 71% de los adultos mayores hombres está casado o vive en unión libre, mientras que para las mujeres este porcentaje es de 37%.

Alrededor de la quinta parte de los adultos mayores no ha aprobado ningún año de educación, el 58% ha cursado solo la primaria, el 17% tiene secundaria y 5% tiene educación superior.

Tres de cada cinco adultos mayores son jefes de hogar y 20% son cónyuges. Hay un 10% de mujeres que viven solas en hogares unipersonales, 28% que viven en familia nuclear, 57 % en familia extensa y 5% en familia compuesta.

OTRAS CIFRAS

Cerca de una cuarta parte de los adultos mayores trabaja. Un 70% de ellos son trabajadores por cuenta propia, 13% son peones o jornaleros y trabajadores familiares sin remuneración y 11% son obreros o empleados de empleados de empresas particulares o públicas.

Del total de adultos mayores que trabajan el 74% tiene ingresos inferiores a un salario mínimo mensual (SMM), 17% por ciento recibe uno a menos de dos SMM, 3% de dos a menos de tres SMM y 6% tienen tres o más SMM.

Entre los adultos mayores que no trabajan un 27% vive de la ayuda de los familiares que residen en el país y 4% fuera de él; casi la tercera parte equivalente al 28% son jubilados. El 9% vive de otros ingresos, hay un 13% que recibe subsidio de bienestar social para su supervivencia y 30% que no tiene ningún ingreso.

OTRAS CIFRAS

Un 14% del total de los adultos mayores son beneficiados de algún programa alimentario del Estado. El 8% recibe alimentos dentro de un programa de protección social al adulto mayor y el 6% recibe comida del programa nacional de alimentación para el adulto mayor.

Entre los beneficiarios de protección social hay más mujeres que hombres, persona de 80 a 89 años, de la zona rural, persona viuda, que trabajan pero no les pagan o que no trabajan.

Los adultos mayores que asisten a los programas de alimentación son en su mayoría varones, personas de 70 a 84 años y de 90 a 94 años, de las zonas rurales y que ganan menos de un salario mínimo.

OTRAS CIFRAS

Según el Ministerio de Educación la tasa de analfabetismo para la población de 55 y más años asciende a 16.1%.

Durante el período comprendido entre 2010-2014, solo en once (11) entidades territoriales (Antioquia, Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Distrito Capital, Nariño, Quindío, San Andrés, Santander, Valle del Cauca) se han diseñado Políticas de envejecimiento y vejez.

CONCLUSIONES

En el ordenamiento jurídico colombiano las personas adultas mayores son sujetos de especial protección constitucional en razón a las características especiales de esta etapa del ciclo vital. Así el proyecto de ley define el derecho a los alimentos en consonancia con la robusta línea jurisprudencial en relación con el contenido, alcance y obligaciones a aportar la cuota alimentaria como lo imprescindible para la nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, recreación, cultura, participación y, en general, todo lo que es necesario para el soporte emocional y la vida autónoma y digna de las personas adultas mayores.

TEXTO PROPUESTO

PROYECTO DE LEY 53 DE 2015 SENADO.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADICIONA UN ARTÍCULO A LA LEY 1251 DE 2008 Y SE REGULA LA CUOTA PROVISIONAL DE ALIMENTOS A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Adicionase un artículo 6A a la Ley 1251 de 2008. El cual quedará así:

ARTÍCULO 6A. DERECHO A LOS ALIMENTOS. Las personas adultas mayores tienen derecho a los alimentos y demás medios para su mantenimiento físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social. Serán proporcionados por sus descendientes de acuerdo con su capacidad económica.

Los alimentos comprenden lo imprescindible para la nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, recreación y cultura, participación y, en general, todo lo que es necesario para el soporte emocional y la vida autónoma y digna de las personas adultas mayores.

En virtud de lo anterior, corresponderá a los Comisarios de Familia, respecto de las personas adultas mayores:

1. En caso de no lograr la conciliación, fijar cuota provisional de alimentos.

ARTICULO 2. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

GRACIAS



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

MESA TÉCNICA NÚMERO 06 DE 2024

(marzo 5)

aspectos financieros del sistema de salud - flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud.



1 Los cálculos financieros de la reforma ADRES

 <p>Prioridades de la reforma</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención primaria.• Fortalecimiento de la red pública.• Recuperación de los derechos laborales de los trabajadores.• Formación de los profesionales.	 <p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none">• La reforma NO contempla nuevos impuestos o recursos para el funcionamiento del Sistema.• Su objetivo es reorientar los recursos existentes.	 <p>Conformación de comité experto en finanzas públicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Economistas externos.• Estudios económicos y Dirección de Desarrollo Económico del DNP.• Equipo de Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
---	---	--



ADRES

Fuentes del Sistema de Salud 2023-2033

Fuentes	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones + REX + adic.	29.947	30.410	31.334	32.349	33.397	34.479	35.596	36.750	37.940	39.170	40.439
SGP	12.822	15.506	17.873	20.999	23.333	24.515	25.148	25.739	26.461	27.308	28.181
Aporte Nación	30.569	35.339	40.154	43.254	46.403	47.906	49.458	51.061	52.715	54.423	56.186
Otras fuentes	7.875	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Total	81.213	88.971	97.263	104.695	111.411	115.370	118.865	122.414	126.189	130.185	134.307

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)



El crecimiento de recursos en términos reales alcanza un 65%.



ADRES

Usos del sistema de salud 2023-2033

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	17.512	19.945	23.119	24.836	25.486	26.265	26.890	27.450	28.243	29.070
Mediana y alta complejidad	65.341	67.906	69.996	72.135	74.320	76.561	78.870	81.245	83.677	86.165
Prestaciones económicas	2.461	2.560	2.669	2.782	2.900	3.023	3.151	3.285	3.424	3.569
Fortalecimiento de la red pública	465	1.928	2.542	3.126	3.710	3.788	3.863	3.938	4.020	4.104
Otros	1.040	1.056	1.072	1.087	1.104	1.120	1.136	1.154	1.170	1.188
Infraestructura CAPS	500	500	500	750	900	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Sistema de información	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Becas		120	120	120	120	120	120	120	120	120
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres		50	50	50	50	50	50	50	50	50
Migrantes irregulares	303	305	307	309	311	313	314	316	317	319
SOAT - Rangos diferenciales	457	471	486	502	518	535	552	570	589	608
Pasivos pendientes	1894	600								
SGP - E.T.	1.551	1.787	2.100	2.333	2.452	2.515	2.574	2.646	2.731	2.818
Gastos directos	91.745	97.476	103.243	108.203	112.044	115.463	118.693	121.947	125.514	129.184

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)



ADRES

Usos del sistema de salud 2023-2033

Atención Primaria en Salud

-  Los recursos para APS pasaría de 17,5 billones en 2023 a 29,07 billones en 2033.
-  En el 2023 la APS representa el 21,5% del gasto total en atenciones (suma de atención primaria más gasto en servicios de mediana y alta complejidad) y para 2033 representará el 25,2% del gasto total en atenciones.
-  La APS crecerá un 49% en términos reales durante el periodo proyectado de diez años, aunque no alcanza la meta de la OMS de 30% de los recursos del sistema en salud.
-  La reforma garantiza que los recursos del SGP (constitucionalmente destinados a los municipios) no se concentren en el gasto de mediana y alta complejidad, sino que se queden en su totalidad para el gasto en APS de los municipios.



ADRES

Usos del sistema de salud 2023-2033

Atención de la Mediana y Alta Complejidad

-  Los recursos dirigidos a la mediana y alta complejidad también crecen. Pasan de 65,3 billones en 2023 a 86,16 billones en 2033.
-  Crecimiento acumulado en términos reales de 32% en el acumulado de diez años, necesarios para asumir el incremento del gasto originado por el envejecimiento poblacional y la inclusión de nuevas tecnologías.
-  En el mediano y largo plazo, un alto nivel de prevención impedirá que se sigan utilizando ineficientemente los niveles de alta y mediana complejidad. Una corrección que ahorrará recursos y salvará vidas.



Usos del sistema de salud 2023-2033

Otros usos de la reforma

- 

Fortalecimiento de la red pública hospitalaria: presupuesto suficiente y estable.
Garantizará el funcionamiento de hospitales para poblaciones rurales y dispersas, dada la imposibilidad de garantizar su financiamiento únicamente por facturación de servicios.
- 

Infraestructura: se concentrará en poblaciones urbanas marginadas y donde quiera que no llegue la inversión privada.
- 

Becas: buscará reducir déficit actual de profesionales y especialistas en salud y mejorar el acceso de toda la población a estos servicios.
- 

Fondo para desastres y epidemias: ahorro necesario para enfrentar una catástrofe o una nueva epidemia.
- 

El rubro de fortalecimiento institucional potenciará las capacidades de los organismos de dirección del sistema en una era de transformación digital y sistemas únicos de información.

Usos del sistema de salud 2023-2033

Gastos contingentes y del trámite legislativo

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Infraestructura y equipamiento	507	1.204	1.000	-	-	-	-	-	-	-
Capitalización Nueva EPS	-	655	655	-	-	-	-	-	-	-
Saneamiento hospitales		1200	1200	1200						
Gastos indirectos	507	3.059	2.855	1.200	-	-	-	-	-	-
Licencias de maternidad		781	790	803	816	829	841	854	867	880
incentivos de calidad	-	896	1.422	1.939	1.996	2.057	2.115	2.174	2.238	2.305
Unidades Zonales de Planación		582	758	970	998	1.028	1.058	1.087	1.119	1.152
Gastos de trámite legislativo	-	2.259	2.970	3.712	3.810	3.914	4.014	4.115	4.224	4.337

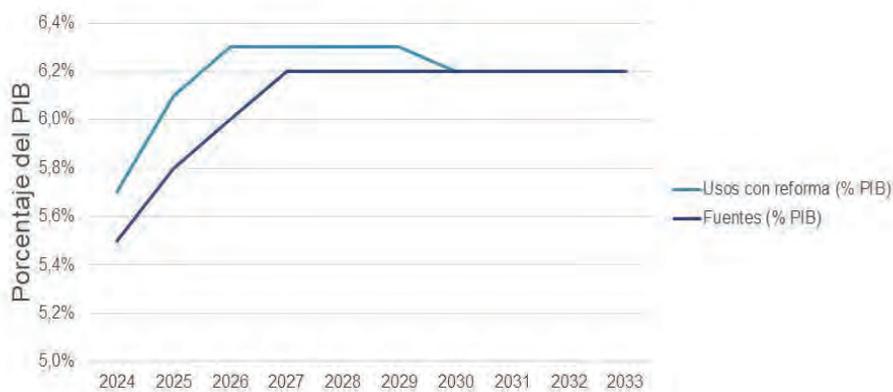
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)



Balance de fuentes y usos del sector salud

ADRES

Fuentes y usos del sistema de salud con reforma (%PIB)



Fuentes y usos (%PIB)	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Fuentes	5,5	5,8	6,0	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2
Usos con reforma	5,7	6,1	6,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2
Diferencia (2) -(1)	-0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP y Ministerio de Salud y Protección Social



Propuesta de administración de los recursos del Sistema de Salud

ADRES

Fuentes de recursos



Propuesta de administración de los recursos del Sistema de Salud

Subcuentas



Resultados de auditoría abril 2018 – 29 febrero 2024



RESULTADOS DE AUDITORÍA ABRIL 2018 – 29 FEBRERO 2024 SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC – TODAS EPS

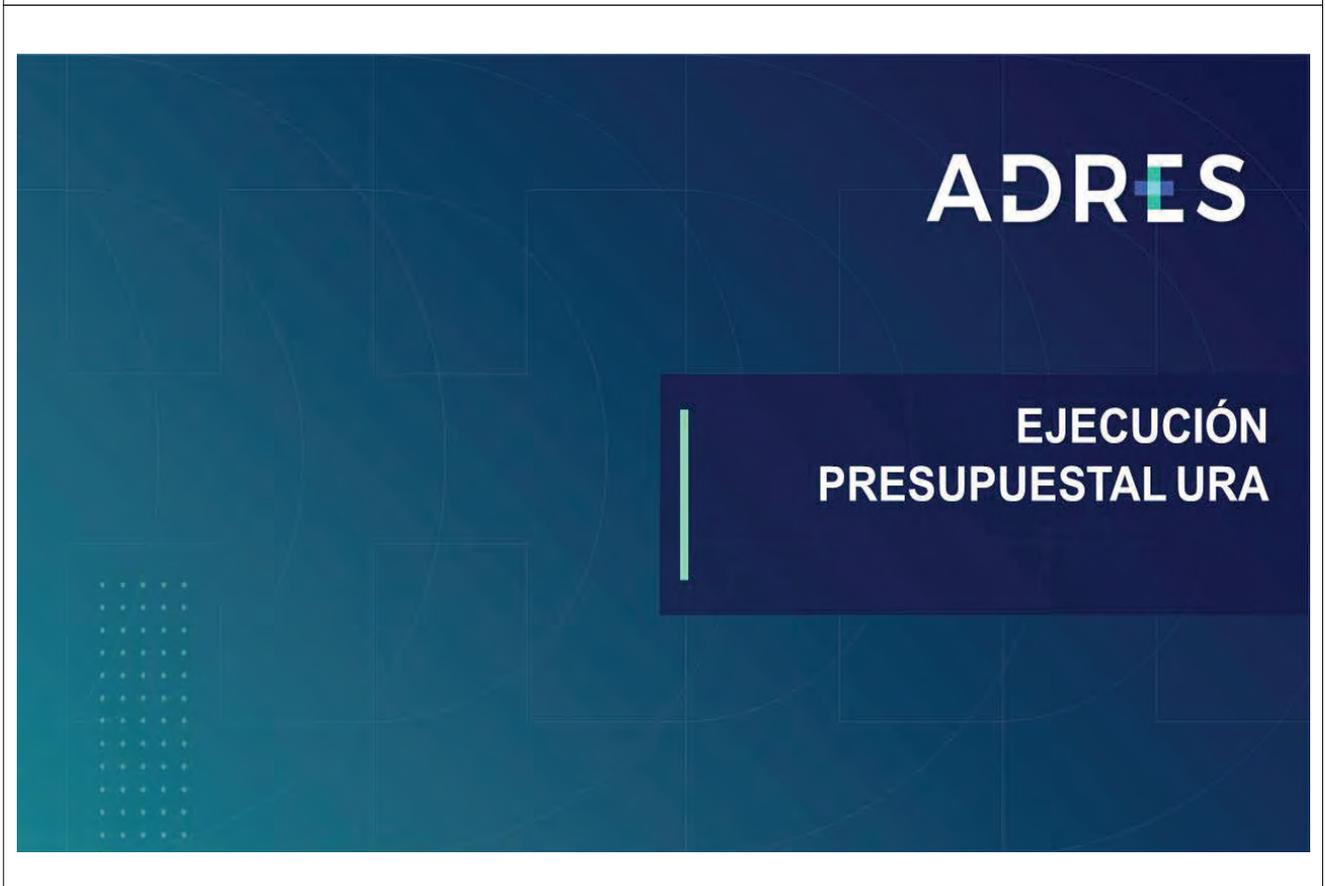


Cifras en pesos

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC				
CONCEPTO	APF (ART,237 LEY 1955 DE 2019) Prestaciones anteriores al 25 de mayo de 2019	CORRIENTE (Prestaciones de enero de 2020 en adelante)	REZAGO (ART, 245 Ley 1955 de 2019) Prestaciones efectuadas al 31 de diciembre de 2019 y que no fueron radicadas mediante el mecanismo de APF	TOTAL
1, RADICADO	3.774.117.795.944	2.553.080.284.422	12.042.739.387.479	18.369.937.467.845
1,1, AUDITADO	3.774.117.795.944	2.344.873.687.271	12.042.739.387.479	18.161.730.870.693
-APROBADO	1.144.688.232.525	1.010.316.751.903	8.282.894.055.715	10.437.899.040.144
-GLOSADO	2.270.785.990.355	1.184.758.136.758	2.933.015.686.807	6.388.559.813.920
-ANULADO	358.643.573.063	149.798.798.609	826.829.644.957	1.335.272.016.629
1,2, EN TRÁMITE DE AUDITORIA	0	208.206.597.152	0	208.206.597.152
nov-23		54.212.973.273		54.212.973.273
dic-23		86.050.427.387		86.050.427.387
ene-24		34.307.840.576		34.307.840.576
feb-24		33.635.355.916		33.635.355.916

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones
Corte de información: Abril de 2018 a 29 de febrero de 2024



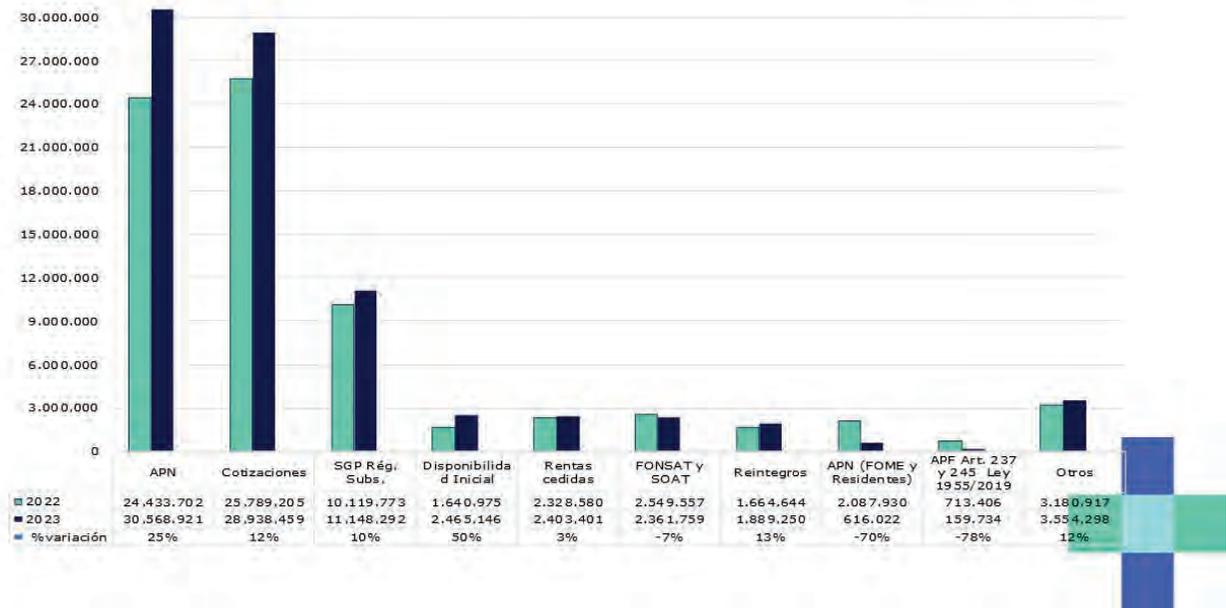




Ingresos 2022-2023

ADRES

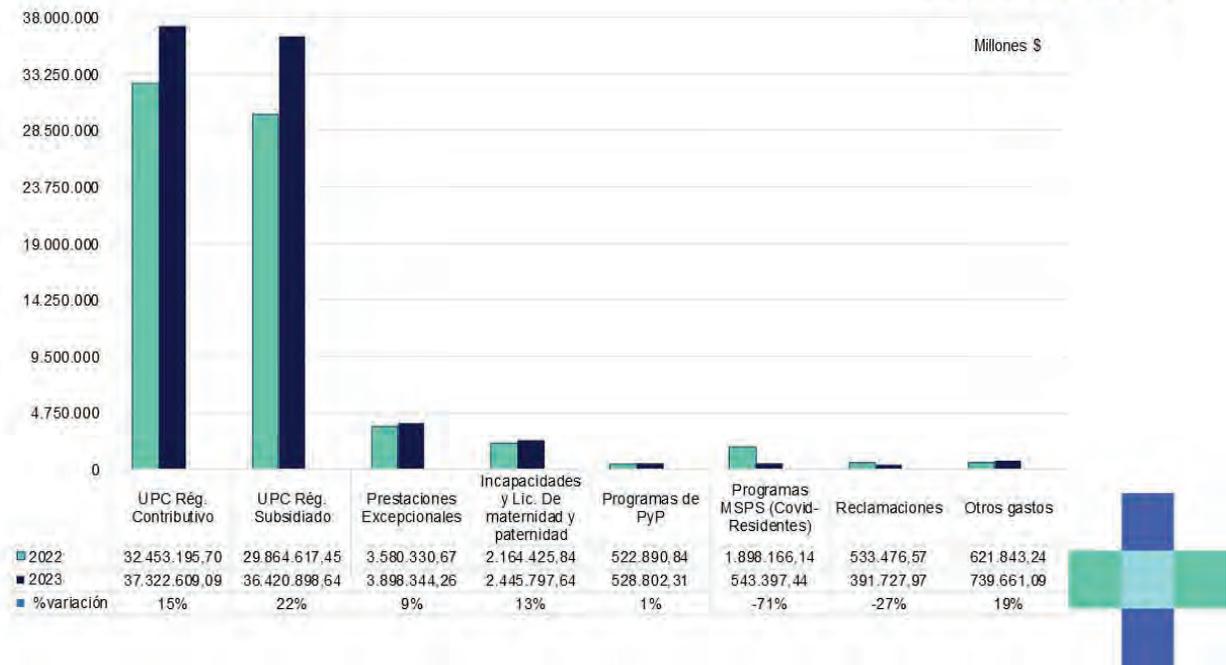
Millones \$

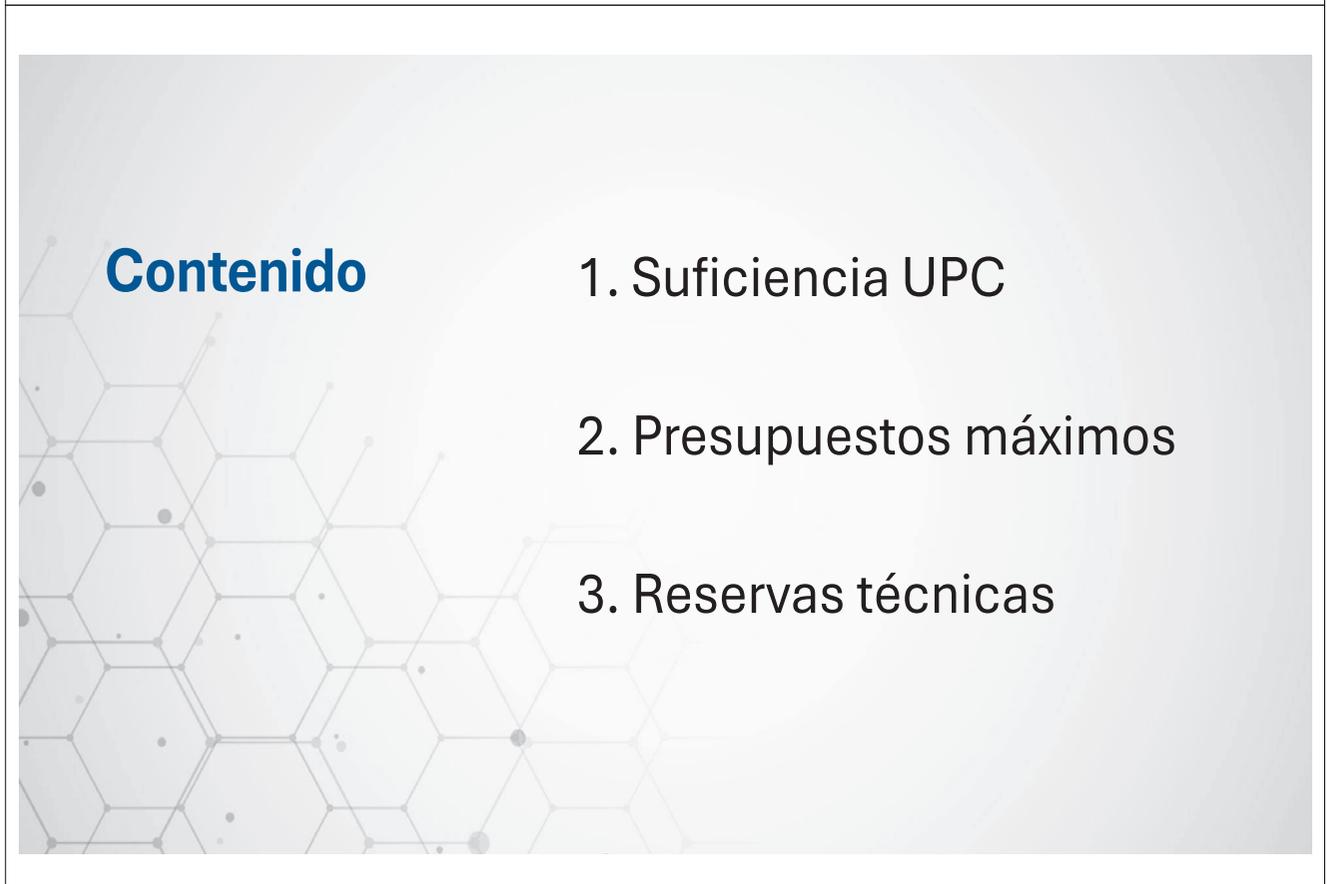


Gastos: 2022 - 2023

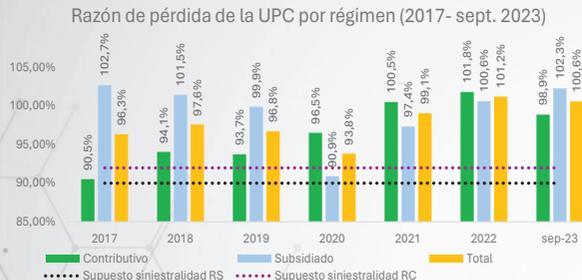
ADRES

Millones \$





Suficiencia UPC



Fuente: Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial-actuarial approach. PubMed Central. National Library of Medicine. Oscar Espinosa, Piedad Urdinola, Alejandra Sánchez Marth-Liliana Arias, Emiliano A. Valdez, Terence Cheng and Sara-Elisson Fisher. Proyecciones 2022/2023. ACEMI Código programación.

Evolución Siniestralidad de UPC en Ciudades

Categoría	2016	2017	2018	2019	2020
Menos de un año	0,87	0,86	0,76	0,69	0,57
1 a 4 años	1,10	1,02	0,97	0,94	0,86
5 a 14 años	1,53	1,49	1,40	1,45	1,16
15-18 años hombre	1,63	1,59	1,48	1,48	1,36
15-18 años mujer	1,18	1,14	1,03	1,06	0,95
19-44 años hombre	1,11	1,08	1,04	1,04	1,07
19-44 años mujer	0,94	0,89	0,82	0,87	0,83
45 a 49 años	1,07	1,02	0,98	1,03	1,01
50-54 años	1,03	1,00	0,97	1,04	1,00
55-59 años	1,09	1,04	1,02	1,07	1,03
60 a 64 años	1,06	1,02	1,00	1,09	1,03
65 a 69 años	1,07	1,03	1,03	1,10	1,04
70 a 74 años	1,09	1,06	1,06	1,13	1,04
75 o +	1,16	1,14	1,16	1,21	1,07

Predictability and Financial Sufficiency of Health Insurance in Colombia: An Actuarial Analysis with a Bayesian Approach. North American Actuarial Journal. Oscar Espinosa, Valeria Bejarano, Jefferson Ramos

Ingresos de las EPS vs. Costos + Gastos Operacionales (causación - datos según EEFF)



Fuente: Sectorial. Actualidad y Perspectiva Financiera de Colombia y el Sector Salud Noviembre 2023

SINIESTRALIDAD RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



Fuente: Numeris. Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud

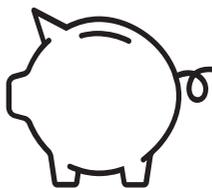
UPC 2024

- + Ajuste UPC 2024: 12,01%
- Inclusiones plan básico: 2,28%
- Gasto equipos básicos: 5,00%
- Incremento red: 9,73%

= Ajuste real: -4.96%

Ponderador de concentración de riesgo etario de Sanitas, Sura, Comfenalco Valle, Coosalud, Mutualseer

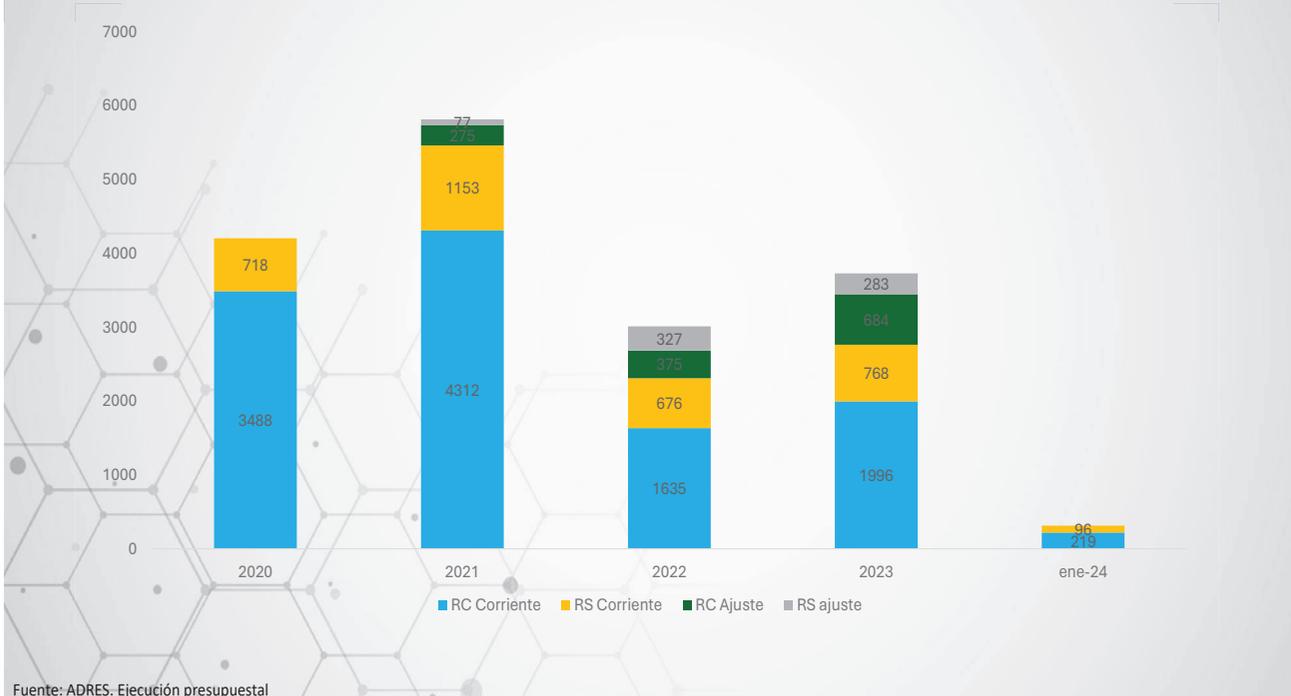
-2,00% UPC



Déficit 2024: \$4,6 Billones*

*Punto porcentual UPC: 810 mil millones. No incluye recursos por envejecimiento y crecimiento poblacional de UPC liquidada.

Apropiación definitiva PM



ESCENARIO 4



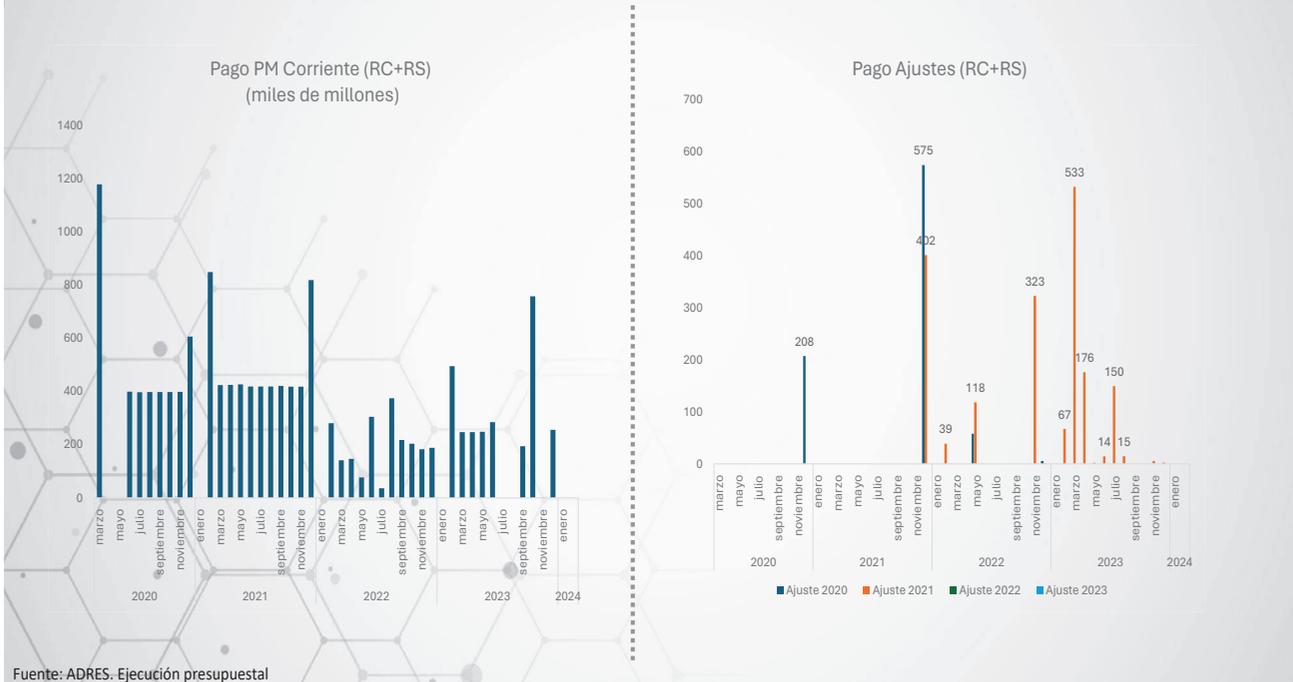
SE INCLUYE MEDICAMENTOS EN EL ESCENARIO DE TENDENCIA RECOMENDADO + APME HOSPITALARIO Y FTLC* + DISPOSITIVOS + PROCEDIMIENTOS

Tipo de Tecnología	Valor en presupuesto máximo para incluir en UPC		Presupuesto máximo (NO incluido en UPC)
	Régimen Contributivo + Régimen Subsidiado		Régimen Contributivo + Régimen Subsidiado
	Valor en presupuesto máximo 2022	Valor en presupuesto máximo 2024	Valor en presupuesto máximo 2024
Dispositivos	149.949.023	129.519.338	0
MO: Medicamentos diferentes huérfanas	334.035.703.355	356.171.960.155	172.600.079.540
M1: Medicamentos huérfanas y otros	8.127.321.675	11.905.721.248	538.286.752.898
M2: Medicamentos únicamente huérfanas	0	0	1.349.321.947.350
Nutricionales APME	110.300.566.712	133.150.405.725	548.429.002.021
Procedimientos	2.827.686.428	3.507.337.656	0
Servicios Complementarios	0	0	1.487.911.806.671
Total	455.441.227.193	504.864.944.122	4.096.549.588.479

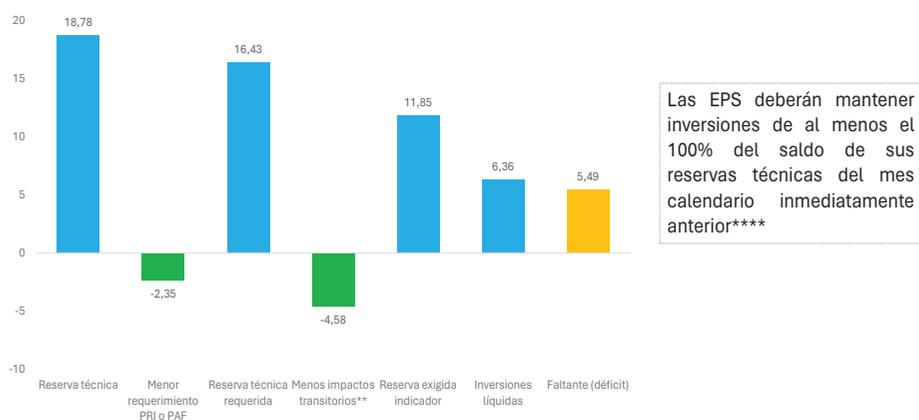
Régimen Contributivo	332.902.979.665	362.480.525.102
Régimen Subsidiado	122.538.247.529	142.384.419.020
Porcentaje de UPC	17,00%	
Porcentaje de UPC proyectada		

* FTLC: Fórmula Terapéutica Lista para Consumir

Pagos presupuestos máximos (miles de millones)



Informe reserva técnica y régimen de inversiones (billones)



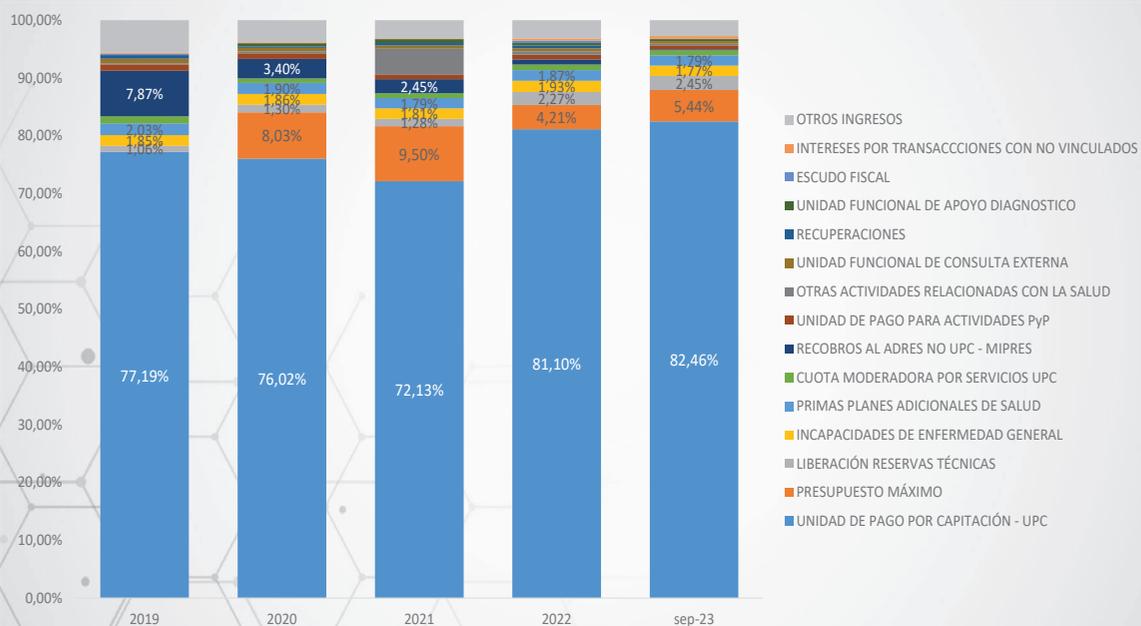
Fuente: Superintendencia de salud. Junio de 2023. Último informe cuantitativo disponible.
 * Reserva técnica requerida: Incluye descuentos por Programas de ajuste institucional (PRI) y Plan de ajuste financiero (PAF). Nueva EPS, Emssanar, Asmet, Cajacopi, Familiar, Coosalud
 ** Impactos transitorios: Incluye deducción por déficit de PM, decreto 995 2022 (uso de reserva), decreto 600 de 2020 (emergencia económica), circular externa 013 y resolución 5118 de 2018
 *** Inversiones Líquidas: incluye bancos, renta fija y carteras colectivas
 ****Decreto 780 de 2016. Artículo 2.5.2.2.1.10 Inversión de las reservas técnicas

Cálculo SNS vs CGN (billones)

	SNS (junio)	SNS (septiembre)	CGR
Reserva técnica	18,8	Nd	17,3
Reserva técnica ajustada	-2,3	Nd	-
Impactos transitorios	-4,6	Nd	-
Inversiones computables	-6,4	Nd	-5,7
Descalce reservas	5,5	Nd	11,6
EPS que cumplen requisitos	10/24 = 41,6%	8/24 = 33,3%	5/26 = 19,2%

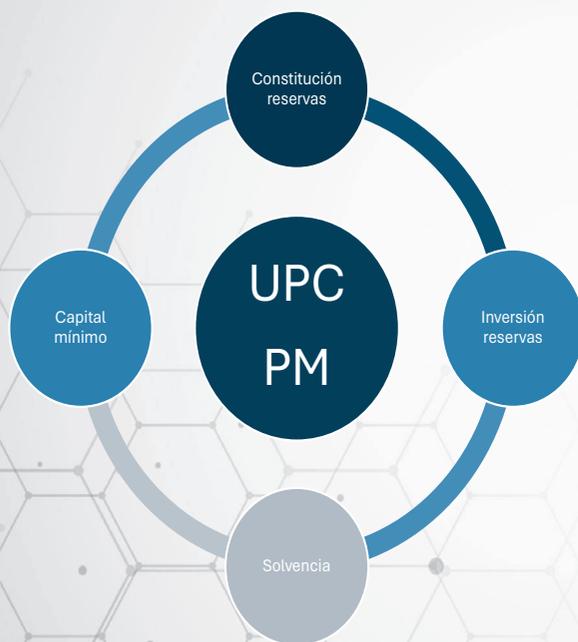
Fuente: Superintendencia de salud. Junio y Septiembre de 2023. Informe CGR

Composición ingresos EPS



Fuente: Superintendencia de Salud. Formato FT-01

Habilitación financiera y UPC



UPC y PM son única fuente para garantizar correcta constitución de reservas y para no afectar patrimonios

Suficiencia y oportunidad UPC y PM son indispensables para cumplir requisitos de habilitación

Aspectos financieros – flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías

Andres I. Vecino-Ortiz

Investigador en sistemas de salud

Departamento de Salud Internacional

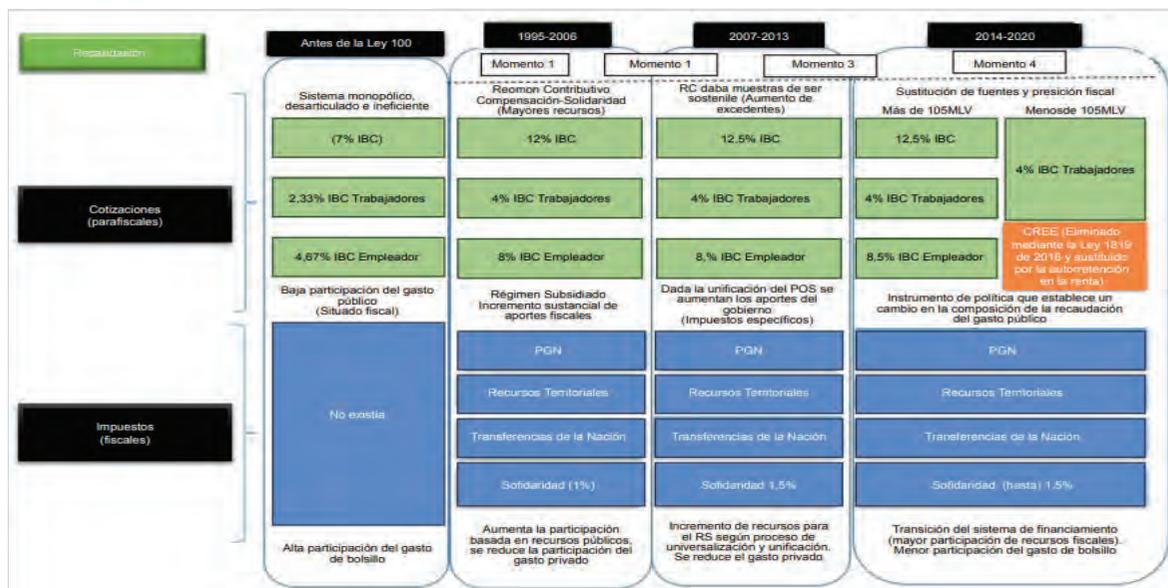
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Marzo 5, 2024

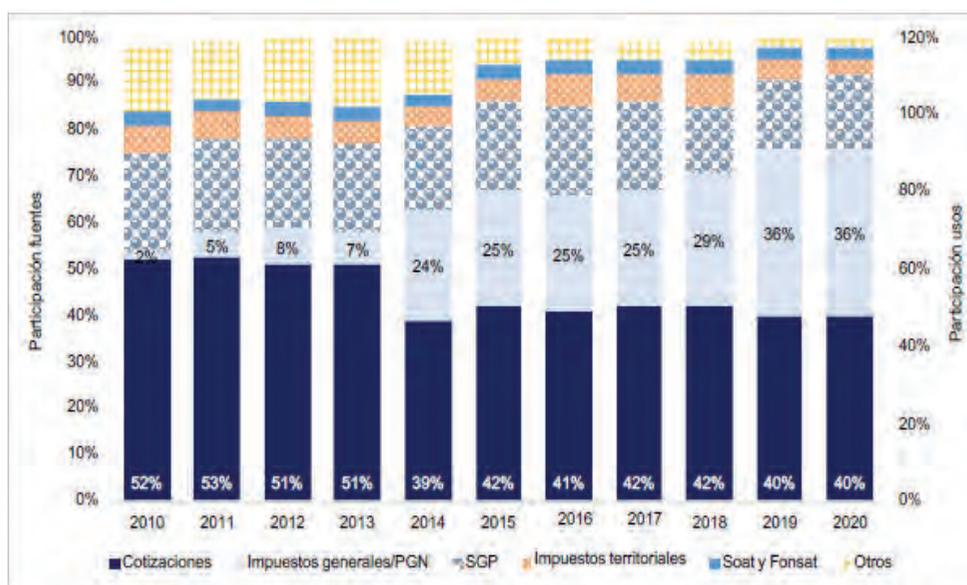
Fuentes y usos

1. Fuentes de recursos
2. Usos
3. Pagos

Fuentes de recursos del sistema de salud



Fuentes de recursos del sistema de salud



Espinal-Piedrahita y Restrepo-Zea, 2022

4

Uso de recursos del sistema de salud

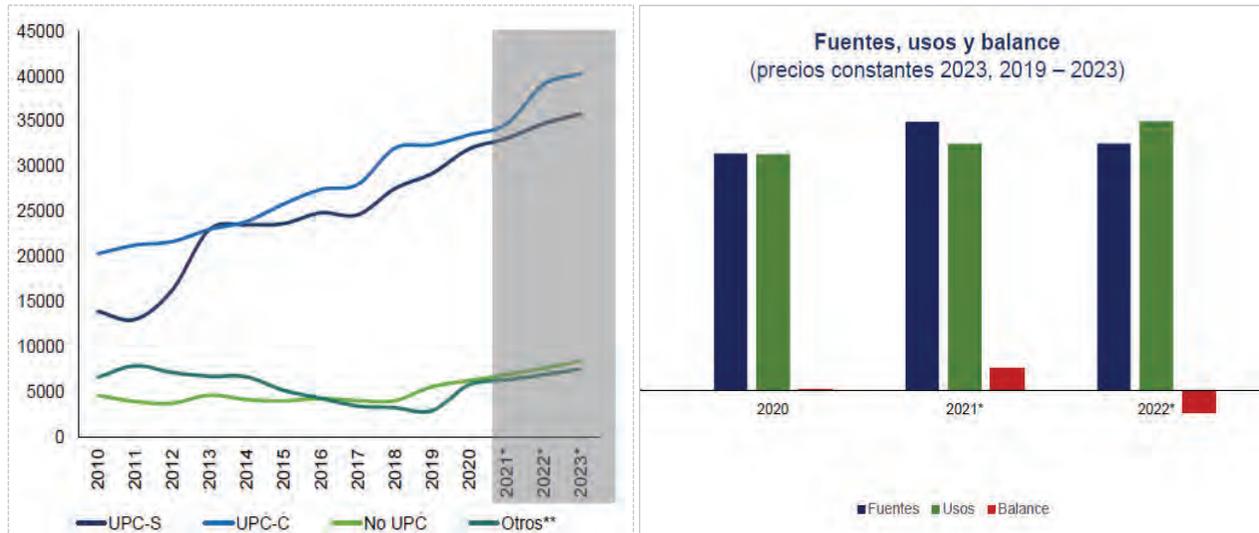
Sector	Cifras en \$MM		% Par. Total		Var. % 24/23
	2023*	2024	2023	2024	
Salud y Protección Social	52.405	61.503	12,4	12,2	17,4
Otros sectores	370.439	441.094	87,6	87,8	1,5
Total	422.844	502.597	100,0	100,0	18,9

Tipo de gasto - Cuentas	2023*	% Part. Total PGN 2023	2024	% Part. Total PGN 2024	% Var 24 / 23	% PIB 2023	% PIB 2024
A. Funcionamiento	261.099	61,7	310.328	61,7	18,9	16,3	18,3
01. Gastos de Personal	47.630	11,3	54.971	10,9	15,4	3,0	3,2
02. Adq. Bienes y Servicios	13.355	3,2	13.668	2,7	2,3	0,8	0,8
03. Tr. Corrientes	195.747	46,3	236.735	47,1	20,9	12,2	14,0
SGP	54.940	13,0	70.541	14,0	28,4	3,4	4,2
Pensiones	47.738	11,3	57.446	11,4	20,3	3,0	3,4
Aseguramiento en salud	34.687	8,2	35.253	7,0	1,6	2,2	2,1
B. Servicio de la deuda	78.498	18,6	94.521	18,8	20,4	4,9	5,6
C. Inversión	83.247	19,7	97.748	19,4	17,4	5,2	5,8
Total	422.844	100,0	502.597	100,0	18,9	26,3	29,6

ANIF, 2024

5

Uso de recursos del sistema de salud



ANIF, 2024

6

Pagos

- ▶ Pago global prospectivo se ha ido incrementando a medida que hay más y mejores datos.
- ▶ El giro directo desde la ADRES a los hospitales públicos y privados se describe implícitamente como pago por evento en combinación con un manual tarifario (art. 58).
- ▶ Riesgos del pago por evento:
 - ▶ Incremento en el gasto en salud sin que se refleje en calidad gasto de bolsillo
- ▶ Riesgos del manual tarifario:
 - ▶ Baja capacidad para crear tarifarios basados en la función de producción del hospital – principales afectados son los hospitales públicos

7

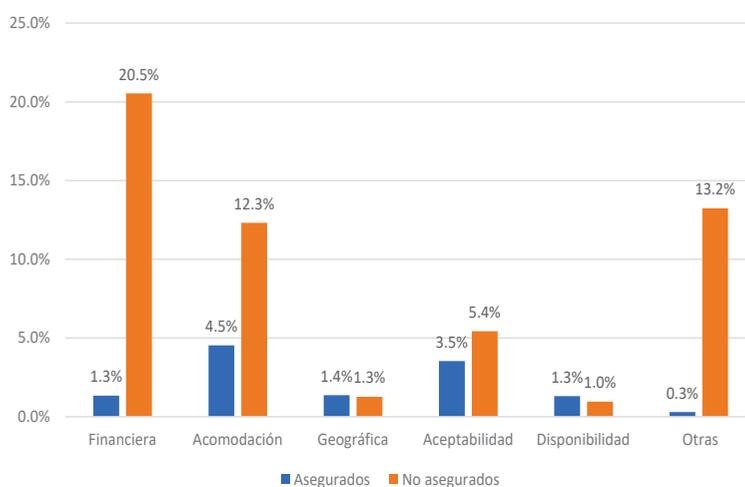
La función de aseguramiento

- ▶ Mancomunar recursos
 - ▶ Mejora eficiencia del gasto

- ▶ Mancomunar riesgo
 - ▶ Centra la gestión del paciente en un solo actor, quien debe rendir cuentas por el mismo al paciente y a las entidades con competencias de supervision.
 - ▶ Apropiada gestión de datos poblacionales para tener una combinación óptima de riesgo - Cuenta de Alto Costo
 - ▶ Genera criterios para priorizar servicios a quienes más los necesitan
 - ▶ Reduce el gasto total en salud

8

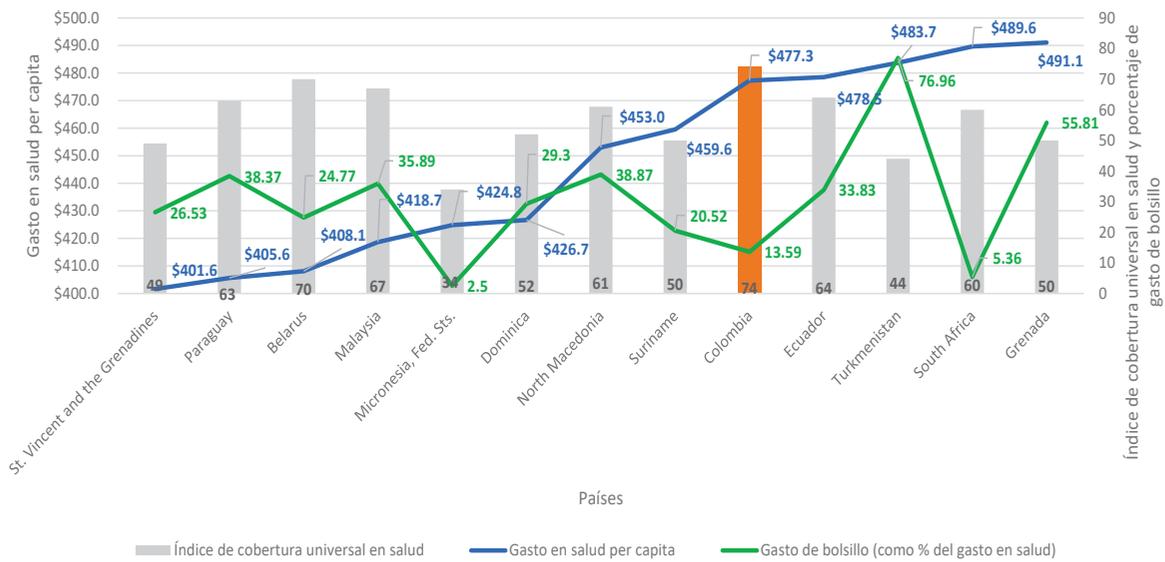
La función de aseguramiento



Guzman y Vecino, 2024

9

¿Cómo está el sistema de salud colombiano en términos de cobertura efectiva, gasto de bolsillo y gasto en salud per cápita?



Información de Banco Mundial (datos de 2020, precios de 2023) y Lozano et al. Lancet 2020; 396: 1250–84

10

La reforma a la salud

- ▶ Desaparece la función de aseguramiento y entrega el control de los costos a un mecanismo que no prioriza por necesidad sino que restringe en forma indiscriminada, como lo es el manual tarifario y la función de las coordinaciones departamentales, que son un cuello de botella a la atención de los pacientes.
- ▶ Como consecuencia, alguien siempre tiene que internalizar el riesgo financiero y este será internalizado por 1) hospitales y 2) hogares.
- ▶ La función de compra de servicios de salud (configuración de RIIS) queda a merced de la decisión del gobierno de turno, susceptible a captura.

11

Recomendaciones para una reforma

- ▶ Modelo especial para **zonas rurales** con un solo asegurador y sin restricciones a la contratación con la red pública o privada.
- ▶ Programa de **atención primaria en salud** real – intersectorialidad, resolutivez, centra en el paciente, continuidad.
- ▶ Incremento en la **oferta de personal de salud**, especialistas y cambios curriculares
- ▶ Un **PBS explícito** que promueva un mejor balance entre las expectativas de la población y las finanzas del sistema.
- ▶ Desarrollo de un **sistema de información** transparente interoperable para atenciones y transacciones (este último con la privacidad que requiere)
- ▶ Desarrollo de un sistema **pago por desempeño** a través de la UPC

12

Gracias

Andrés Vecino

avecino1@jhu.edu

@andresvecino

14

Los problemas en el flujo de recursos en el SGSSS.

MESA TÉCNICA – COMISIÓN VII SENADO DE LA REPUBLICA

5 MARZO 2024

NELCY PAREDES CUBILLOS

IDEAS CENTRALES

El problema de flujo de recursos **No** es un problema de giro de los recursos.

!!!Las EPS no se quedan con la plata!!!

El problema de flujo de recursos es hoy un problema de insuficiencia de recursos

Estamos gastando más de lo que tenemos.

En promedio se pagan servicios de salud por 95 de cada 100 de UPC que reciben

Pagan servicios del PBS/PM por un valor MAYOR a lo que se les asigna.

PARA ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD SE REQUIERE GESTIÓN

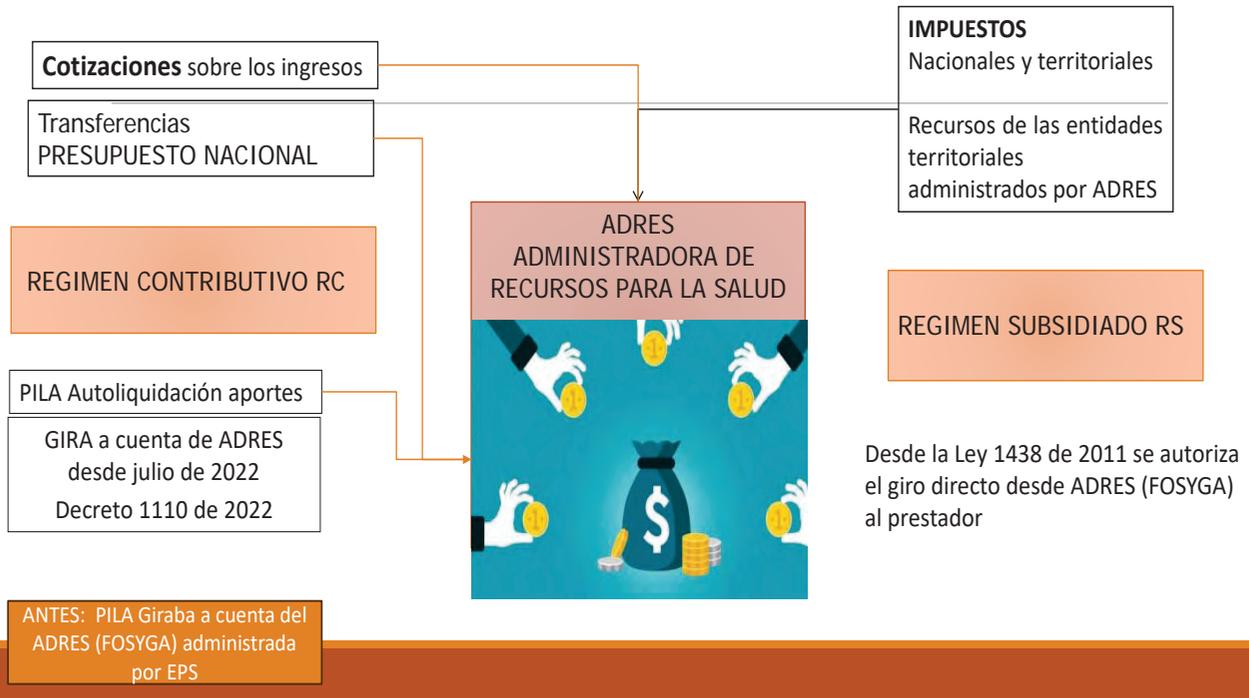
En la gestión del PBS/UPC la EPS tiene más capacidad que la que tiene en la gestión del PBS/PM

No se resuelve SOLO con mayores recursos. Se requiere gestionar adecuadamente el riesgo



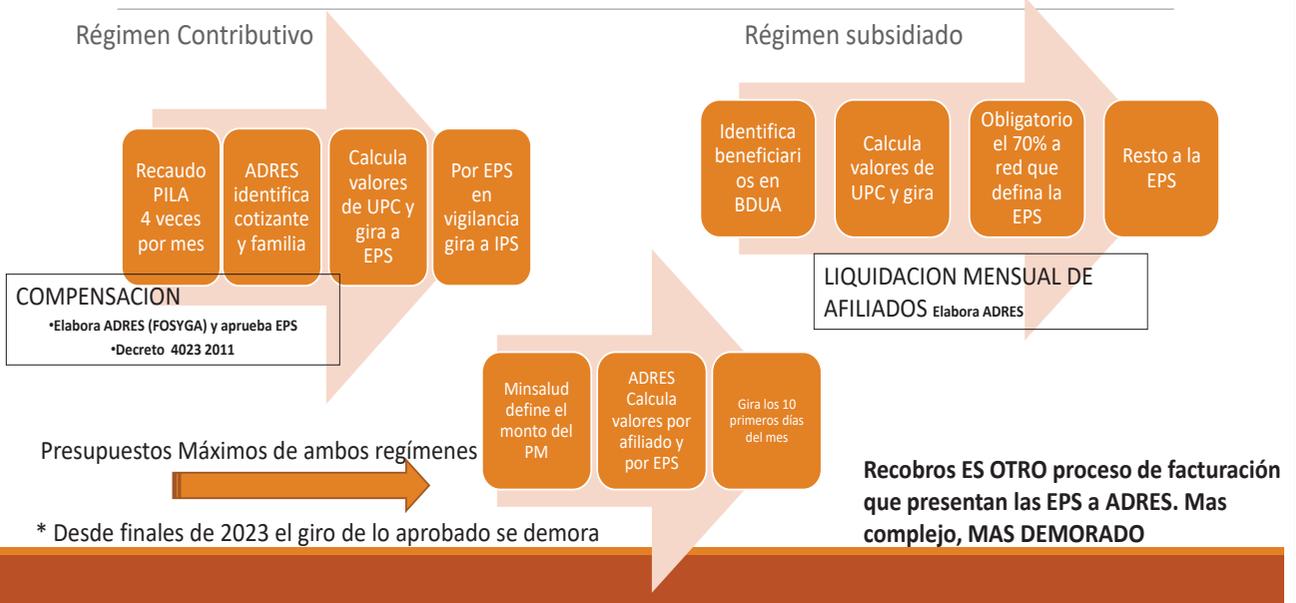
Rich

Todos los recursos del SGSSS YA se gestionan en ADRES



Giros desde la ADRES

Los giros de los valores APROBADOS no tienen problema:



Giro directo

Realmente resuelve el problema? A las EPS de RS y las del RC en vigilancia especial les aplica el giro directo

AÑO	UPC COMPENSADA	VALOR GIRADO IPS	% giro directo a IPS	# eps
2017	1.974.827.037.732	1.446.610.092.101	73%	5
2018	6.010.291.812.661	4.744.476.338.102	79%	25
2019	6.965.232.911.755	5.285.456.284.445	76%	25
2020	4.148.717.953.508	3.356.387.178.040	81%	22
2021	2.926.337.666.868	2.555.288.118.697	87%	18
2022	928.195.008.343	769.876.483.946	83%	15

Fuente: giros realizados por ADRES 2017 a sept 2022 EPS en vigilancia especial

AÑO	UPC NETA	GIRO IPS	% giro directo a IPS
2017	16.013.250.330.785	11.204.400.630.163	70%
2018	18.822.127.073.723	12.518.916.300.400	67%
2019	21.112.607.376.868	15.747.350.110.934	75%
2020	7.620.820.320.259	5.213.723.207.883	68%
2021	25.053.879.877.513	16.746.064.296.795	67%
2022	21.456.774.531.243	12.697.728.487.124	59%

Fuente: LMA consolidados en Adres del 2017 a sept 2022

¿El giro directo resolvió el problema del flujo?

Cuadro 2. Deuda por grupos de EPS (cifras en miles de pesos) a junio 30 de 2023.

CARTERA ADEUDADA GRUPOS DE EPS	Cartera en Mora (mayor a 60 días)	Cartera TOTAL	% MORA (mayor a 60 días)
TOTAL EPS	\$ 6.266.005.343	\$ 11.477.292.729	54,6%
EPS CONTRIBUTIVO	\$ 4.124.457.774	\$ 7.954.506.005	51,9%
EPS SUBSIDIADO	\$ 2.141.547.570	\$ 3.522.786.724	60,8%
EPS CONTRIBUTIVO "ACTIVAS"	\$ 2.357.911.052	\$ 6.187.959.283	38,1%
EPS CONTRIBUTIVO "LIQUIDADAS"	\$ 1.766.546.722	\$ 1.766.546.722	100,0%
EPS SUBSIDIADO "ACTIVAS"	\$ 954.997.269	\$ 2.336.234.428	40,9%
EPS SUBSIDIADO "LIQUIDADAS"	\$ 1.186.550.300	\$ 1.186.552.296	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones hospitalarias. SITUACIÓN COMPLEJA

ACESI: mientras las EPS se declaran en insolvencia, las deudas con IPS continúan en aumento

El 50 por ciento de la deuda que hoy tienen las EPS con las IPS es mayor a 60 días

Viernes, 31 de marzo de 2023, a las 11:50

A pesar del giro directo de los recursos desde ADRES a las IPS en el RS y en las EPS en vigilancia especial, la cartera morosa sigue aumentando

En el RS el 60% de la UPC la gira ADRES por anticipado a la red pública!

El giro directo desde el ADRES ha sido solución al problema del flujo? O el problema obedece a otras causas?

En el RS sirvió porque antes de 2011 los recursos los giraban las ET y el promedio de pago eran de más de 360 días

El sistema si presenta un problema del flujo: Insuficiencia en el valor de la UPC y de PM

La tendencia a nivel mundial es un gasto en salud creciente y a un ritmo mayor que las posibilidades de nuevos recursos, debido a:

- Envejecimiento de la población
- Crecimiento tecnológico. Mejores tecnologías (algunas cuestionable) a costos más elevados

Los valores que aprueba el MSPS por UPC y por PM no parecen estar reconociendo esta tendencia

La siniestralidad (porcentaje que representa el costo médico en los ingresos por UPC) ha estado por encima del 90% en el RC y del 92% en el RS.

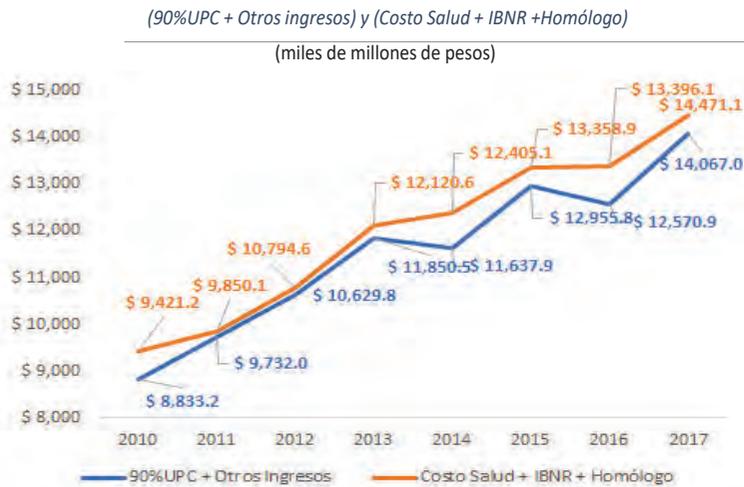
El sistema si presenta un problema del flujo: Insuficiencia en el valor de la UPC y de PM

El desfase de la UPC lo han asumido las EPS. Un desfase por eventos impredecibles está bien es parte del riesgo que deben asumir. Pero el riesgo de un mal calculo no puede perpetuarse.

El desfase en PM lo ha reconocido el sistema, pero con varios años de retraso. !En el 2024 se pagó el déficit de 2021!

Un desfase continuado en el valor de la prima afecta la sostenibilidad de los aseguradores e impacta todo el sistema

El cálculo de la UPC ha sido inferior al gasto real. Las EPS han asumido la diferencia, pero se requiere corregir porque afecta a todo el sistema



Desde el año 2010 hasta el año 2017 se comparó el 90% del ingreso recibido por UPC más otros ingresos con el costo de atenciones en salud con información entregada por Minsalud a ACEMI.

Los resultados permiten concluir que:

Ha sido mayor el monto de los costos de atención en salud que los ingresos destinados para cubrirlos.

En los últimos años las EPS del régimen contributivo han tenido que asumir con su patrimonio un déficit en la UPC que se ha estimado en \$4.4 billones

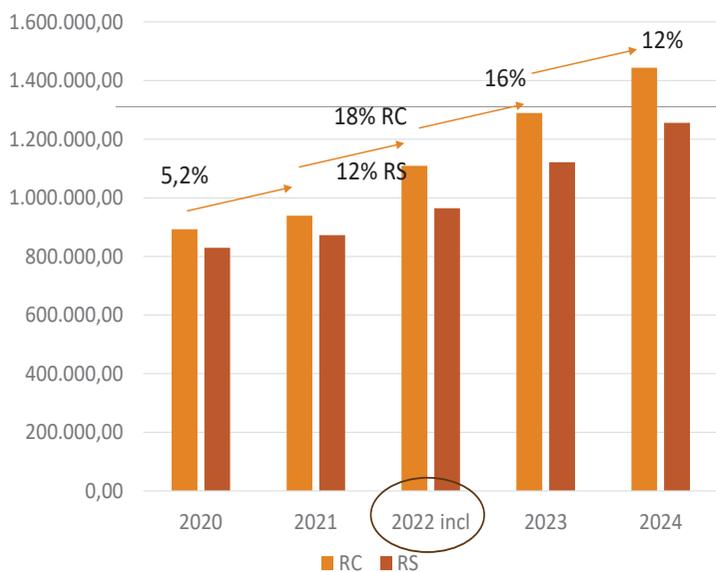
Fuente: Resultados de estudio de backtesting realizado por NUMERIS, contratado por ACEMI

El gasto en servicios PBS/PM es mayor al presupuesto aprobado. El desfase lo debe pagar el Sistema

	CUENTA CATALOGO	CONTRIBUTIVO	CUENTA CATALOGO	SUBSIDIADO
	41022701	1.953.778.188.870	41022702	740.403.106.293
	41022901	15.690.960.064	41022902	9.684.964.361
INGRESOS PM		1.969.469.148.934		750.088.070.654
	61030601	2.480.856.644.087	61030602	819.977.009.183
	61030701	223.214.194.131	61030702	173.232.194.171
	61030801	85.069.066.353	61030802	29731822600
GASTOS PM COSTO MEDICO/INGRESO PM		2.789.139.904.571		1.022.941.025.954
		142%		136%

Ingresos y gasto en servicios financiados con PM – 2022

Fuente: Catálogos financieros tomados de SNS. No hay información pública de los catálogos de las AEPS en 2023. Cálculos autor



La UPC 2024 aumentó 12% en ambos regímenes.

Se incluyeron + tecnologías en el PBS. MSPS estimó su costo en 2.28 puntos de los 12 aprobados.

Se estableció la destinación de 5% para equipos extramurales

Será suficiente el ajuste? O aumentará el problema de insuficiencia de la UPC?

Inclusiones al PBS para el 2024

- Se incluyen 81 nuevos principios activos para diversas patologías, como VIH, hipertensión arterial, cáncer, entre otros.
- Dos productos nutricionales: fórmula terapéutica lista para consumir (FTLC) para desnutrición aguda en niños, y los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME) para uso hospitalario.
- 12 nuevos procedimientos, como reimplante de tejido tiroideo, reconstrucción de esófago, trasplante de intestino
- 18 laboratorios clínicos

Resolución 2366 de 2023 – Nuevo Plan de Beneficios en Salud 2024

En el 2024 se aumentará el problema de insuficiencia por la destinación de UPC a la Financiación de los EBS

Resolución 2364 de 2023

Artículo 11. Destinación de porcentaje de la UPC-C para Equipos Básicos de Salud Territorial. De la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista para la cobertura de servicios y tecnologías de salud en la vigencia 2024, las EPS destinarán mínimo el 5% para la operación de equipos básicos de salud de tal manera que se mejore el acceso en salud de la población.

Artículo 21 la misma obligación respecto de la UPC de RS

Si el presupuesto de ADRES asigna \$81 billones al pago de UPC RC y RS, 5% son cerca de \$5 billones que se deben destinar este año a los EBS!!!!



Será que la UPC de los dos regímenes aguanta para pagar los EBS y los servicios que se vienen prestando?

Equipos básicos de salud. Son una estrategia importante para mejorar el acceso principalmente a poblaciones apartadas. Pero se requiere recursos adicionales para su financiación



Hacen parte del nivel primario de atención, No sustituyen el gasto en atenciones de primer nivel

Son gastos adicionales por su conformación y por las tareas que realizarán, las cuales trascienden las atenciones puramente médicas.

Esta inversión tampoco intervendrá los determinantes. Sólo los identificarán y solicitarán su resolución a otros sectores

Trabajar con las familias promoviendo el autocuidado y el de su ambiente

Identificar las condiciones de salud de las familias

Facilitar respuestas integrales en el sector salud (remisión y contra remisión) y otros sectores

Desarrollar espacios de participación social y **capacitar a las personas en el ejercicio de su ciudadanía**



Tabla 2. Perfiles de los Equipos Básicos de Salud

Perfiles	Número por equipo básico de salud
Auxiliar de enfermería*	4
Profesional en Psicología	1
Profesional en Medicina	1
Profesional en Enfermería	1
Profesional en Nutrición y Dietética, Odontología o Terapias**	1

Fuente: DPSAP-DPPF, 2023.

* Uno de los perfiles del Auxiliar de enfermería puede ser homologado por Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública.
 ** El perfil se seleccionará de acuerdo con las necesidades en salud observadas en el territorio donde operará el equipo básico.

Dispositivo Médico	No.
Báscula digital tipo adulto - grado médico	2
Tensiómetro adulto	2
Fonendoscopio de dos servicios	2
Equipo de órganos de los sentidos portátil	2
Pulsioxímetro de dedo	2
Termómetro infrarrojo (pistola)	2
Cinta métrica	2
Tallímetro	2

Fuente: DPSAP-DPPF, 2023.

Gráfico 2. Rango propuesto de costos del equipo básico de salud por mes*

Rubro	Cantidad	ASIGNACIÓN MÍNIMA		ASIGNACIÓN MEDIA		ASIGNACIÓN MÁXIMA	
		Valor Unitario	Total EBS mensual	Valor Unitario	Total EBS mensual	Valor Unitario	Total EBS mensual
Auxiliares de enfermería	4	\$ 1.162.000	\$ 4.648.000	\$ 1.695.920	\$ 6.783.680	\$ 2.000.000	\$ 8.000.000
Profesional en Psicología	1	\$ 4.750.000	\$ 4.750.000	\$ 4.825.000	\$ 4.825.000	\$ 8.000.000	\$ 8.000.000
Profesional en Medicina	1	\$ 7.500.000	\$ 7.500.000	\$ 7.540.000	\$ 7.540.000	\$ 11.000.000	\$ 11.000.000
Profesional en Enfermería	1	\$ 6.000.000	\$ 6.000.000	\$ 6.032.000	\$ 6.032.000	\$ 8.000.000	\$ 8.000.000
Profesional en Nutrición y Dietética u Odontología	1			\$ 4.825.000	\$ 4.825.000	\$ 8.000.000	\$ 8.000.000
Subtotal Talento Humano en Salud¹	8		\$ 24.000.000		\$ 30.006.680		\$ 38.000.000
Transporte ²	1	\$ 10.500.000	\$ 10.500.000	\$ 10.500.000	\$ 10.500.000	\$ 10.500.000	\$ 10.500.000
Dispositivos médicos ³	1	\$ 4.230.020	\$ 4.230.020	\$ 4.230.020	\$ 4.230.020	\$ 4.230.020	\$ 4.230.020
COSTOS DIRECTOS			\$ 24.230.020		\$ 48.206.680		\$ 49.200.000
COSTOS INDIRECTOS⁴	3% a 5%	\$ 1.129.900	\$ 1.129.900	\$ 2.835.402	\$ 2.835.402	\$ 4.455.000	\$ 4.455.000
Costo Promedio Mensual (sin dispositivos médicos):			\$ 26.359.920		\$ 41.342.082		\$ 53.655.000

La nómina cuesta entre 36 y 53 millones por mes \$15 billones año

Conformación y costo

MSPS, Fortalecimiento de la Gestión Territorial En APS Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento. Enero 2024

PARA ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD SE REQUIERE, además de recursos, MEJORAR LA GESTION

Funciones que debe cumplir el asegurador

- 1 Administración del riesgo financiero
- 2 Gestión Integral del Riesgo
- 3 Representación del afiliado ante el prestador y demás actores
- 4 Garantía de la calidad en prestación de los servicios de salud
- 5 Articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo

La mayoría de estas funciones no son posible en la gestión de los PM

El reto es hacer financiable el derecho a la salud gestionando los recursos con mayor eficiencia, evitando desperdicios.

Los estudios del IETS deben servir como información para la toma de decisiones de médicos, IPS sin que se considere constreñimiento. ¿Como hacer que el médico siga las guías?

Mejorar la eficiencia evitando desperdicios

Será necesario controlar la pertinencia en el uso de los recursos

- o Control ex-ante
 - o Guías, protocolos, Organismo Técnico Científico
 - o Control de la oferta
- o Control ex-post
 - o Autonomía médica
 - o Principio de beneficencia vs principio de justicia (distributiva)
 - o Control por un tercero

Cambio de modelo financiero: de prima de seguros (UPC a los que asumen la gestión de los riesgos - EPS) a venta de servicios (directamente al prestador). El riesgo financiero lo asume ADRES que ajustará por tarifas

El gran asegurador es ADRES. No aumentan los recursos: no hay previstas nuevas fuentes de recursos, pero sí se incluyen mayores gastos:

- Equipos extramurales de salud
- Infraestructura: creación de Centros de Atención que genera costos de operación que hay que cuantificar
- Licencia de maternidad para las madres no cotizantes

El informe de factibilidad que envió el Ministerio de Hacienda al Congreso de la República reconoce que la reforma va a generar una presión fiscal que debe atenderse con los recursos disponibles.

El proyecto está incluyendo mayores gastos que van a competir por los recursos ya disponibles en tanto no se definen nuevas fuentes de recursos.

ADRES reconoce y paga las cuentas por los servicios de salud y las tecnologías que se le suministren a los afiliados DIRECTAMENTE A las IPS dividido en:

Primer nivel de atención	Financia por doceavas los costos. Otros gastos IPS debe facturar
Mediana y alta complejidad	Pago de facturas para lo cual contrata auditores y define tarifas mínimas

Cambio de modelo financiero: de prima de seguros (UPC a los que asumen la gestión de los riesgos - EPS) a venta de servicios (directamente al prestador). El riesgo financiero lo asume ADRES que ajustará por tarifas

ADRES administrará el riesgo financiero reduciendo tarifas para ajustar el gasto a los recursos disponibles. Las tarifas serán un mecanismo para regular el uso garantizando la contención del gasto.

Eso sólo podría traer un racionamiento irracional del servicio y una afectación al derecho a la salud.

La gestión del riesgo financiero es más compleja que el giro directo y la definición de tarifas

Se parte del supuesto que los gastos tienden a disminuir por una mayor efectividad de las acciones de primer nivel de atención lo cual no es una conclusión razonable como lo demuestran múltiples estudios internacionales sobre el gasto en salud.

“En los próximos 20 años, el solo cambio en el tamaño y la estructura de la población aumentará las necesidades de gasto total en salud en 13% en Europa y Asia central, 37% en Asia oriental y el Pacífico, 45% en Asia meridional, 47% en América Latina y el Caribe, 52% en África subsahariana y 62% en el Medio Oriente y África septentrional. Sólo debido a razones demográficas y, excluyendo a Europa y Asia central, los países en desarrollo enfrentarán incrementos anuales de 23% en sus necesidades (y consecuentes presiones) de gasto de salud.” Banco Mundial, ESTUDIO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Gasto Mundial en Salud efectos Globales De las enfermedades Guía Para especialistas,2007

Resolución 2366 de 2023: Actualización PBS para 2024
Resolución 2364 de 2023: Fija UPC para 2024

NANCY MALDONADO HINCAPIE
Presidenta ASUCOM

asucom/eps
ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE COMPENSAR EPS

Equipos básicos de salud

**Resolución 2366 de 2023.
Actualización PBS para 2024**

Las EPS deberán destinar un porcentaje de la UPC definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para la operación de los equipos básicos de salud, con el fin de mejorar acceso en el nivel primario de atención en salud



**Resolución 2364 de 2023.
Fija UPC para 2024.**

De la UPC prevista para cobertura de servicios y tecnologías de salud, las EPS destinarán mínimo el 5% para la operación de equipos básicos de salud.

asucom/eps
ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE COMPENSAR EPS

Proyecto de resolución que define las condiciones y responsabilidades para la conformación, operación, recursos, monitoreo y seguimiento de los equipos básicos de salud financiados por la UPC

CONCEPTO



Estarán a cargo de los prestadores de servicios de salud habilitados en la **modalidad extramural**, con el fin de atender en los territorios asignados, la población con enfoques diferenciales. Podrán ser constituidos por:

- Empresas Sociales del Estado-ESE
- Administrador de infraestructura pública
- Institución privada o mixta, previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

COMPETENCIAS



Serán responsables de incrementar coberturas en intervenciones individuales de promoción de la salud, detección temprana, protección específica y gestión para la vigilancia epidemiológica, así como de la atención de las enfermedades de interés en salud pública a cargo de las EPS, de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS



Proyecto de resolución que define las condiciones y responsabilidades para la conformación, operación, recursos, monitoreo y seguimiento de los equipos básicos de salud financiados por la UPC

FINANCIACIÓN



- El 5% de la UPC de las EPS- C y EPS-S
- La **ADRES girará mensualmente de forma directa** a los prestadores que conformaron y operan los equipos básicos de salud, según información por escrito que remita el Ministerio de Salud.
- Los prestadores que conformen los equipos básicos de salud deberán disponer de una **cuenta para el manejo exclusivo** de los recursos recibidos y la registrará ante la ADRES.
- Los giros se entienden autorizados por la EPS, con la firma de un acta suscrita en **jornadas de información, socialización y concertación realizadas por el Ministerio de Salud**.

SEGUIMIENTO



Serán responsables de incrementar coberturas en intervenciones individuales de promoción de la salud, detección temprana, protección específica y gestión para la vigilancia epidemiológica, así como de la atención de las enfermedades de interés en salud pública a cargo de las EPS, de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS

Proyecto de resolución que define las condiciones y responsabilidades para la conformación, operación, recursos, monitoreo y seguimiento de los equipos básicos de salud financiados por la UPC

PREOCUPACIONES



- El Ministerio de Salud le **resta competencia a las EPS** quienes, en su calidad de aseguradores del riesgo en salud, deben responder por el 100% de dicho riesgo a nivel técnico, financiero, operativo, administrativo, pero con menos recursos de los reconocidos, esto es, **con 5% menos de la UPC**.
- **No se tiene prevista una forma de medición de las actividades o de atenciones en salud, para establecer los valores** que deben ser girados a los prestadores por la conformación y operación de los equipos de salud.
- No se tiene previsto un mecanismo de gestión frente a la discrepancia y/o diferencia que manifieste la EPS cuando no esté de acuerdo con lo que indique el Ministerio, deba girarse a los prestadores que operan los equipos de salud. **La autorización de las EPS** sobre el giro a efectuarse a dichos prestadores **se limita a la firma de un acta de participación en reuniones** denominadas "jornadas de información, socialización y concertación".

asucum/eps
ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE COMPENSAR EPS

Proyecto de resolución que define las condiciones y responsabilidades para la conformación, operación, recursos, monitoreo y seguimiento de los equipos básicos de salud financiados por la UPC

PREOCUPACIONES



- **No existe un mecanismo de control y/o auditoría** sobre el manejo o destinación de los recursos por parte de los prestadores que operen los equipos básicos de salud.
- **Las EPS no podrán descontar** el porcentaje de la UPC que girará la ADRES de forma directa a los prestadores que operarán los equipos básicos de salud, de los contratos que se tengan suscritos con dichos prestadores.
- A pesar de que **las EPS no podrán gestionar** en términos de calidad, oportunidad, eficiencia las atenciones que se cubran con el 5% de la UPC, **sí continúan obligadas al cumplimiento** de las acciones correspondientes a las intervenciones individuales de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública en su población a cargo.

asucum/eps
ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE COMPENSAR EPS

MESA TÉCNICA NÚMERO 07 DE 2024

(marzo 6)

financieros del Sistema de Salud (Endeudamiento y Sostenibilidad Financiera del Sistema).



Cuentas por pagar EPS Activas a IPS

Corte octubre de 2023

Cifras en Pesos

EPS	Instituciones - IPS			TOTAL CUENTAS POR PAGAR IPS
	Pública	Privada	Mixta	
SURA	18.809.546.807	697.862.638.780	5.787.662.954	722.459.848.541
SALUD TOTAL	21.133.889.345	368.920.229.366	522.428.126	390.576.546.837
SANITAS	143.690.525.645	1.356.843.125.920	1.599.681.516	1.502.133.333.081
S.O.S	11.503.981.520	486.170.595.759	49.420.861	497.723.998.140
MUTUAL SER	27.149.430.284	193.996.426.925	5.359.211.912	226.505.069.121
PIAOS	61.730.490.276	55.531.306.723	24.927.909	117.286.724.908
AIC	105.208.038.488	110.202.898.929	2.472.372.142	217.883.309.559
FAMSANAR	310.255.320.760	1.760.288.678.870	2.201.297.881	2.072.745.297.511
ALIANSA SALUD	2.650.576.747	101.254.347.644	266.968.512	104.171.892.903
MALLAMAS	74.579.154.002	124.710.064.644	2.341.064.927	201.630.283.573
ANAS WAYUU	48.790.701.273	61.761.234.821	17.262.734	110.569.198.828
DUSAKAWI	53.407.913.412	179.823.403.998	118.756.460	233.350.073.870
COMPENSAR	30.459.484	872.450.588	0	902.910.072
CAIACOPI	30.379.088.889	66.559.275.170	1.279.811.181	98.218.175.240
CCF VALLE	2.186.024.066	91.582.466.914	564.438	93.769.054.18
COMFAORIENTE	9.276.878.894	34.465.478.201	28.730.456	43.771.087.551
COMFACHOCÓ	1.934.073.323	12.236.238.715	82.996.042	14.253.308.080
CAPRESOCA	70.711.290.341	48.881.246.533	6.716.160	119.599.253.034
NUEVA EPS	344.080.472.762	694.919.902.430	8.123.504.687	1.047.123.879.879
COOSALUD S.A.	63.979.091.017	176.798.384.356	2.303.541.251	243.081.016.624
CAPITAL SALUD	59.033.007.117	62.517.913.135	68.686.532	121.619.606.784
SAVIASALUD	267.809.993.772	356.566.814.770	53.184.603.708	677.561.412.250
SALUD MÍA EPS	248.140.687	7.826.304.072	0	8.074.444.759
ASMET S.A.S	322.227.921.667	412.771.448.537	1.776.113.136	736.775.483.340
EMSSANAR S.A.S.	560.166.090.447	789.480.374.387	221.390.249	1.349.867.855.083
EPS FAMILIAR	27.446.938.262	43.586.853.779	522.268.596	71.556.060.637
SALUD BOLÍVAR EPS	9.075.563	1.001.111.476	0	1.010.187.039
TOTAL	2.638.428.114.850	8.297.431.215.442	88.359.982.370	11.024.219.312.662



EPS liquidadas en Colombia

6 de marzo de 2024

Luis Carlos Leal Angarita
Superintendente Nacional de Salud





Etapas del proceso de liquidación

Decreto Ley 663 de 1993 EOSF

Decreto Ley 2555 de 2010

Decreto Ley 254 de 2000



Estado del proceso

<p>116 EPS liquidadas</p> <p>7,1 billones Deuda</p>	<p>Dificultades</p> <ol style="list-style-type: none"> Recursos jurídicos por definir Deficiente reporte EPS <p>Desde 2016 se cuenta con formato FT015</p>
---	---





6 EPS en liquidación

- ➔ Comparta
- ➔ Medimás
- ➔ Convida
- ➔ Ecoopsos
- ➔ Comfamiliar Huila
Programa de salud
- ➔ Comfaguajira
Programa de salud

No	Nombre de Entidad	Total acreencias						
		Estado de la EPS	Fecha final del proceso	Cantidad acreencias	Valor Reclamado	Valor Final Reconocido	Pago	Saldo
1	Comparta	En liquidación	Actual	3.589	2.276.315.479.402	600.420.100.822		600.420.100.822
2	Medimás	En liquidación	Actual	6.625	4.554.551.802.014			
3	Convid	En liquidación	Actual	1.570	614.170.158.644	8.602.061.838		8.602.061.838
4	Comfahuila	En liquidación	Actual	2.832	717.133.391.129			
5	Comfaguajira	En liquidación	Actual	976	1.358.074.563.258	4.684.358.220	4.684.358.220	0
6	Ecoopsos	En liquidación	Actual	4.746	566.799.509.375	1.284.259.364	1.274.903.817	9.355.547
7	Coomeva	Liquidada	24/01/2024	15.852	4.822.027.592.510	1.928.138.813.534	111.739.280.385	1.816.399.533.149
TOTALES					14.909.072.496.332	1.934.107.431.118	117.698.542.422	1.816.408.888.696

Fuente: Archivo tipo FT015 con corte a 31 de diciembre 2023-Base de Consulta – Aplicativo SQL REPORTING SERVICES de la Superintendencia Nacional de Salud.

CONVIDA: Con calificación y graduación finalizada.

COMFAHUILA: Se encuentra en proceso de calificación y graduación de las acreencias presentadas oportunamente al proceso liquidatario

COOMEVA: Esta liquidación termino el 24 de enero de 2024.



Caso Medimás

➔ **Medimás:** al corte del 31 de diciembre de 2023, previa suscripción del contrato MD-AD-2023-0057 firmado con HOC Auditores y Consultores, con objeto prestación de servicios especializados de auditoría del gasto administrativo en salud y del pasivo a cargo de la masa de la liquidación oportunamente reclamado en el marco del proceso de liquidación forzosa administrativa de MEDIMAS EPS SAS en sus componentes técnico científico, jurídico, financiero y administrativo.

4.5

billones

Siendo auditados

MUCHAS
gracias

Supersalud 



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

ADRES

Estado
Acuerdo de Punto Final

Art. 237 y 245 Ley 1955 de 2019

1

RESULTADOS DE AUDITORÍA ABRIL 2018 – 29 FEBRERO 2024
SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA
UPC – TODAS EPS



Cifras en pesos

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC				
CONCEPTO	APF (ART.237 LEY 1955 DE 2019) Prestaciones anteriores al 25 de mayo de 2019	CORRIENTE (Prestaciones de enero de 2020 en adelante)	REZAGO (ART 245 Ley 1955 de 2019) Prestaciones al 31 de diciembre de 2019 y que no fueron financiadas con Art. 237	TOTAL
1, RADICADO	3.774.117.795.944	2.553.080.284.422	12.042.739.387.479	18.369.937.467.845
1,1, AUDITADO	3.774.117.795.944	2.344.873.687.271	12.042.739.387.479	18.161.730.870.693
-APROBADO	1.144.688.232.525	1.010.316.751.903	8.282.894.055.715	10.437.899.040.144
-GLOSADO	2.270.785.990.355	1.184.758.136.758	2.933.015.686.807	6.388.559.813.920
-ANULADO	358.643.573.063	149.798.798.609	826.829.644.957	1.335.272.016.629
1,2, EN TRÁMITE DE AUDITORIA	0	208.206.597.152	0	208.206.597.152
nov-23		54.212.973.273		54.212.973.273
dic-23		86.050.427.387		86.050.427.387
ene-24		34.307.840.576		34.307.840.576
feb-24		33.635.355.916		33.635.355.916

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones
Corte de información: Abril de 2018 a 29 de febrero de 2024

En lo que respecta a la línea de rezago, que corresponde a los servicios prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 y que no fueron presentados en el mecanismo de acuerdo de punto final, de los 8.2 billones de pesos aprobados, únicamente están pendientes de pago recursos por 5.592 millones, los cuales fueron solicitados al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en febrero 2024.

1

CONSIDERACIONES GENERALES ART. 237



- 01 Decreto 521 de 2020; CT incluyen todas las cuentas auditadas.
APF_PJ: El desistimiento de las pretensiones PJ de forma total.
- 02 Decreto 507 de 2022; CT con cuentas aprobadas.
APF_PJ: Permitió el desistimiento de las pretensiones PJ de forma parcial.
- 03 APF_Normal (cuentas no inmersas en procesos judiciales):
Decreto 507 de 2022 (plazo 30 de mayo de 2022 cuentas nuevas); ADRES habilitó 31 periodos de radicación por primera vez y 3 periodos de radicación para el reintegro de las cuentas.
La última habilitada para radicación Normal: **16/05/2022 al 30/05/2022** paquete **APF_0422-0522_A y B**.
La última habilitada para radicación Reingresos: **18/10/2022 - 04/11/2022** paquete **APF_RNG_1022-1122**
- 04 Durante las vigencias 2020, 2021, 2022 y 2023 la ADRES suscribió un total de **320** contratos de transacción; 29 de primer segmento y 291 de segundo segmento, y 245 documentos de cierre.
- 05 APF_PJ (cuentas inmersas en procesos judiciales):
Decreto 507 de 2022 (plazo 30 de mayo de 2022 cuentas nuevas); ADRES habilitó 11 periodos de radicación.
La última habilitada para radicación Normal PJ: **27/04/2022 al 13/05/2022** paquete **APF_PJ_0522**.
La última habilitada para radicación Reingresos: **27/09/2022 - 14/10/2022** paquete **APF_PJ_RNG_1022**
- 06 Durante lo corrido del 2023 la ADRES suscribió un total de **468** contratos de transacción de procesos judiciales.



45 ventanas de radicación habilitadas
APF_Normal: 34
APF_PJ: 11



5.269.956 ítems presentados

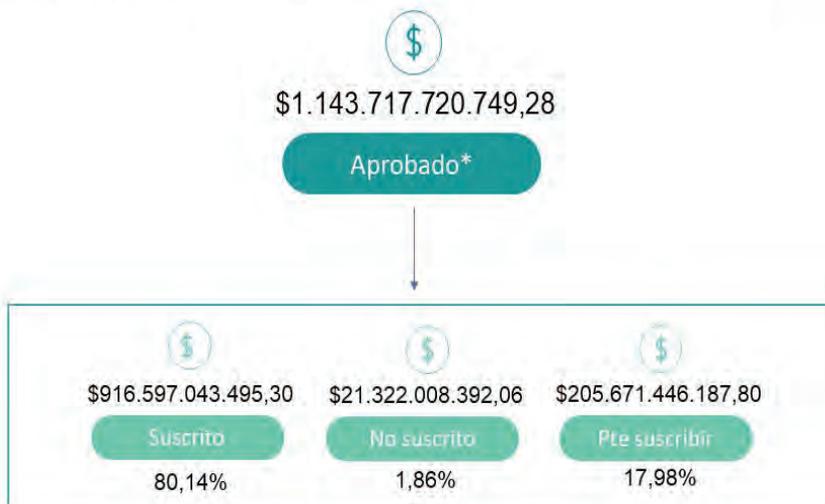


28 Entidades recobrantas

1

CONTRATOS DE TRANSACCIÓN - APF

Estado cifras aprobadas APF



*Valor aprobado a las Entidades Recobrantes del Régimen Contributivo

1

CONTRATOS DE TRANSACCIÓN - APF

Contratos y otrosíes suscritos



EPS	APF Normal				APF PJ		Total Contratos de Transacción	Total Valor Transado
	No. Contratos de Transacción	Valor Transado	No. Documentos Cierre APF	Valor Transado	No. Contratos de Transacción	Valor Transado		
NUEVA EPS	19	222.034.682.014,03	19	20.999.483.368,03	0	0,00	38	243.034.165.382,06
COOMEVA	23	110.290.212.840,49	22	13.657.632.946,94	23	28.689.076.221,51	68	152.636.922.008,94
SURA EPS	22	106.371.170.199,87	20	8.612.345.721,18	0	0,00	42	114.983.515.921,05
SALUD TOTAL	26	64.350.416.268,43	25	5.370.437.174,21	30	2.365.666.303,69	81	72.086.519.746,33
SANITAS	10	46.364.418.592,98	9	26.385.469.521,19	392	15.520.859.343,85	411	88.270.747.458,02
CAFESALUD	12	48.568.396.047,53	13	1.245.901.643,45	2	202.579.776,69	27	50.016.877.467,67
COMPENSAR	17	44.275.373.787,80	16	5.246.346.976,16	6	1.052.416.237,90	39	50.574.137.001,86
MEDIMAS	15	41.255.714.053,14	15	1.245.154.855,08	0	0,00	30	42.500.868.908,22
S.O.S	15	21.790.315.360,07	5	4.590.613.322,21	0	0,00	20	26.380.926.682,28
FAMISANAR	15	15.559.775.525,78	2	81.366.659,93	5	601.524.609,87	22	16.242.666.795,58
CRUZ BLANCA	16	15.460.508.478,09	16	2.573.367.028,49	0	0,00	32	18.033.875.506,58
E.P.S. SALUDCOOP	14	11.394.279.591,99	0	0,00	1	379.115.202,17	15	11.773.394.794,16
ALIANSA SALUD	11	9.528.688.743,96	10	1.652.414.360,25	9	231.381.359,62	30	11.412.484.463,84
COOSALUD	11	4.523.989.902,61	0	0,00	0	0,00	11	4.523.989.902,61
COMPENALCO VALLE	16	3.518.574.902,84	15	218.289.479,00	0	0,00	31	3.736.864.381,84
ASMET	15	3.491.316.116,25	15	84.930.065,18	0	0,00	30	3.576.246.181,43
MUTUAL SER	15	2.970.504.826,59	13	39.892.680,00	0	0,00	28	3.010.397.506,59
EMISSANAR	12	1.610.046.167,05	12	85.943.671,89	0	0,00	24	1.695.989.838,94
CAPITAL SALUD	9	879.070.026,35	7	11.857.353,00	0	0,00	16	890.927.379,35
PLAOS SALUD	8	317.455.491,65	9	55.393.073,00	0	0,00	17	372.848.564,65
SAVIA SALUD	2	292.966.653,08	2	0,00	0	0,00	4	292.966.653,08
SALUD MIA	6	182.172.269,28	0	0,00	0	0,00	6	182.172.269,28
FERRONALES	3	147.348.009,00	0	0,00	0	0,00	3	147.348.009,00
AMBUO	4	86.070.549,94	0	0,00	0	0,00	4	86.070.549,94
CONVIDA	2	81.307.616,00	0	0,00	0	0,00	2	81.307.616,00
ECOOPSOS	1	48.543.675,00	0	0,00	0	0,00	1	48.543.675,00
COMPARTA SALUD	1	4.266.831,00	0	0,00	0	0,00	1	4.266.831,00
Total general	320	775.397.584.540,80	245	92.156.839.899,20	468	49.042.619.055,30	1.033	916.597.043.495,30

Cifras en pesos
Fuente Dirección de Otras Prestaciones

1 CONTRATOS DE TRANSACCIÓN -APF

Contratos y Cifras No Transados



Cifras en pesos
Fuente Dirección de Otras Prestaciones

EPS	APF Normal				APF_PJ	
	No. Contratos de Transacción	Valor No Transado	No. Documentos Cierre APF	Valor No Transado	Cantidad Contratos de Transacción	Valor No Transado
SANITAS E.P.S.	0	0,00	4	908.978.167,39	406	5.458.890.213,48
SALUD TOTAL	0	0,00	1	7.387,00	73	4.515.637.527,71
COMPENSAR	0	0,00	3	5.641.595,00	6	1.381.049.004,10
NUEVA EPS	0	0,00	4	1.219.522.143,36	0	0,00
COOMEVA	0	0,00	2	10.195.617,00	17	2.960.150.321,56
SURA	0	0,00	1	365.421.506,00	0	0,00
ALIANSA SALUD	0	0,00	6	45.735.730,00	17	279.408.734,52
CRUZ BLANCA	2	16.404.935,00	5	113.461.351,96	11	21.901.735,00
SOS	0	0,00	2	123.709.805,37	0	0,00
COOSALUD	1	115.537.714,00	0	0,00	0	0,00
CAFESALUD	4	36.312.753,00	4	27.999.726,00	4	0,00
MEDIMAS	0	0,00	1	52.785.000,00	0	0,00
COMPENALCO VALLE	0	0,00	1	2.879.680,00	16	23.175.000,00
PIJAS	0	0,00	1	4.873.842,00	0	0,00
SAVIA SALUD	0	0,00	1	1.261.471,00	0	0,00
COMPARTASALUD	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SALUDCOOP	0	0,00	0	0,00	4	2.726.653.606,43
FAMISANAR	0	0,00	0	0,00	5	804.413.825,18
Total general	7	168.255.402,00	36	2.882.473.022,08	559	18.271.279.967,88

APF Normal: EPS manifestaron oficialmente no realizar la suscripción del contrato; por tal motivo, las cuentas asociadas a estos no son transadas. En los documentos de Cierre APF corresponde al valor que fue identificado como duplicado luego de realizada la verificación documental.

APF_PJ: Estos contratos de transacción no fueron suscritos por los siguientes motivos:

- i) proceso judicial con sentencia;
- ii) radicación en estado No Aprobado;
- iii) radicación en estado Anulado;
- iv) entidad recobrante desiste del mecanismo de APF y
- v) entidad recobrante desiste de la demanda.



1 CONTRATOS DE TRANSACCIÓN -APF

Contratos y cifras pendientes por suscribir



Cifras en pesos
Fuente Dirección de Otras Prestaciones

EPS	APF Normal				APF_PJ			
	Cantidad Contratos de Transacción	Valor por Transar	Cantidad Documentos Cierre APF	Valor por Transar	Cantidad Contratos de Transacción	Valor por Transar	Cantidad Documentos Cierre APF	Valor por Transar
COOMEVA	0	0,00	15	1.125.611.938,35	102	68.768.817.134,46	23	2.369.099.476,01
SANITAS	0	0,00	7	6.396.150.991,71	561	15.876.268.435,26	392	2.877.461.680,45
NUEVA EPS	0	0,00	19	3.482.009.571,83	26	19.769.137.144,04	0	0,00
FAMISANAR	0	0,00	13	2.736.636.921,12	80	15.514.455.342,78	5	170.219.096,62
ALIANSA SALUD	0	0,00	10	232.477.636,55	91	15.499.918.065,68	9	136.108.425,26
SALUDCOOP	0	0,00	15	686.991.298,03	2	7.418.848.312,87	1	13.240.745,00
COMPENSAR	0	0,00	11	657.876.179,36	33	9.735.142.509,43	6	152.998.340,00
CRUZ BLANCA	0	0,00	14	1.182.359.722,55	21	9.137.861.575,24	0	0,00
SALUD TOTAL	0	0,00	14	86.227.659,95	53	7.140.673.886,83	30	683.544.907,37
SURA	0	0,00	18	3.940.948.047,28	0	0,00	0	0,00
CAFESALUD	0	0,00	11	157.692.132,24	11	3.521.814.965,73	2	4.153.419,60
S.O.S	0	0,00	5	2.440.839.622,06	0	0,00	0	0,00
COMPENALCO VALLE	0	0,00	6	40.205.939,00	10	948.598.267,66	0	0,00
COMPARTASALUD	5	870.394.567,90	0	0,00	0	0,00	0	0,00
MEDIMAS	0	0,00	2	727.555.994,78	0	0,00	0	0,00
MUTUAL	0	0,00	7	692.600.274,00	0	0,00	0	0,00
COOSALUD	0	0,00	10	218.345.508,50	0	0,00	0	0,00
CAPITAL SALUD	0	0,00	3	184.845.354,20	0	0,00	0	0,00
ASMET	0	0,00	2	159.766.931,24	0	0,00	0	0,00
EMISSANAR	0	0,00	5	56.292.824,20	0	0,00	0	0,00
PIJAS	0	0,00	3	46.610.229,61	0	0,00	0	0,00
FERRONALES	0	0,00	4	40.407.728,00	0	0,00	0	0,00
SAVIA SALUD	0	0,00	1	235.365,00	0	0,00	0	0,00
SALUD MIA	0	0,00	6	0,00	0	0,00	0	0,00
ALIBUO	0	0,00	4	0,00	0	0,00	0	0,00
CONVIDA	0	0,00	2	0,00	0	0,00	0	0,00
ECOOPSOS	0	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Total general	5	870.394.567,90	208	25.262.689.889,56	990	173.351.535.640,03	468	6.186.826.090,31

APF Normal: En los documentos de Cierre APF corresponde al valor que se encuentra pendiente por realizar una segunda verificación documental.

APF_PJ: En los documentos de Cierre APF corresponde al valor que fue reingresado por las entidades recobrante en las ventanillas de radicación habilitadas para la corrección o ajuste de las cuentas.



1 ESTATUS CONTRATOS DE TRANSACCIÓN – APF_PJ ADRES

Valores en pesos

EPS	CONTRATO EN ELABORACIÓN	EN VALIDACIÓN DEL APODERADO DE LA ADRES	NO SUSCRIPCIÓN	COMITÉ CONCILIACIÓN	SIN NOTIFICAR ADRES	SUSCRITO	TOTAL GENERAL	TOTAL CIFRAS (Valor Aprobado)
SANITAS	87	31	406	153	290	392	1.359	39.533.479.673,04
SALUD TOTAL	5	4	73	16	28	30	156	14.685.522.625,60
COOMEVA	4	4	17	37	57	23	142	102.787.143.153,54
ALIANSA SALUD	9	11	17	39	32	9	117	16.146.816.585,08
FAMISANAR	9	8	5	11	52	5	90	17.190.612.874,45
COMPENSAR	8	10	6	5	10	6	45	12.321.606.091,48
CRUZ BLANCA	0	5	11	0	16	0	32	9.159.763.310,24
COMFENALCO VALLE	0	0	16	0	10	0	26	971.773.267,66
NUEVA EPS	1	0	0	14	11	0	26	19.789.137.144,04
CAFESALUD	1	3	4	2	5	2	17	3.728.548.162,02
SALUDCOOP	0	0	4	2	0	1	7	10.537.857.866,47
Total general	124	76	559	279	511	468	2.017	246.852.260.753,62
Cifras generales (Valor Aprobado) Incluye reingresos	14.606.831.672,24	15.582.694.167,99	18.271.279.967,98	80.367.399.605,89	62.794.610.193,91	55.229.445.145,61		

Contrato en elaboración: en proceso de elaboración de archivos de trabajo y minuta de contrato de transacción.

En validación del apoderado de la ADRES: verificación de las pretensiones.

No suscripción: estos contratos de transacción no fueron suscritos por los siguientes motivos:

i) proceso judicial con sentencia o no admitida (105 - \$15.129.821.777,08);

ii) radicación en estado No Aprobado (404 - \$0,00);

iii) radicación en estado Anulado (1 - \$0,00);

iv) entidad recobrante desiste del mecanismo de APF (47 - \$3.141.134.120,03) y

v) entidad recobrante desiste de la demanda (2 - \$324.070,87).

Comité de Conciliación: se adelantó en sesión 162 del 28/02/2024, se enviaron 274 CT a las EPS por \$71 MM a transar a las EPS.

Sin notificar ADRES: procesos que no han sido notificados a la ADRES.

Suscrito: contratos de transacción suscritos por ambas partes, *en proceso de elaboración de sus otro sí.*

1 ESTATUS- CONTRATOS DE TRANSACCIÓN – APF PAGO PARCIAL ADRES

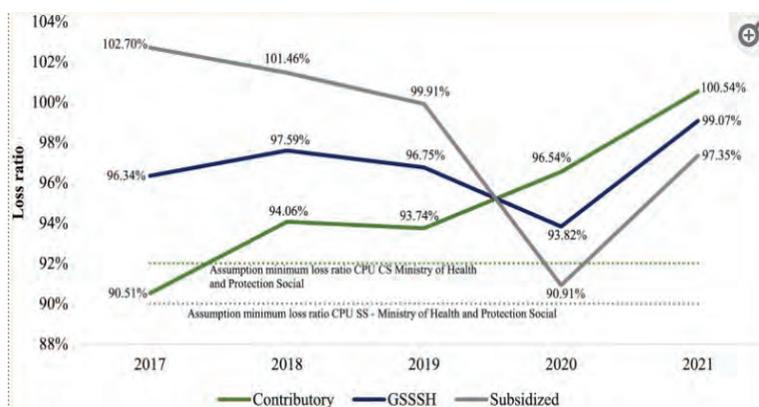
NIT EPS	EPS	TOTAL	PENDIENTE POR
		GIRO PARCIAL	LEGALIZAR
800088702	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA SURA	38.817.454.081,00	
800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	38.266.529.089,08	4.847.491.555,71
800140949	CAFESALUD EPS S.A.	20.300.798.090,25	-
800250119	SALUDCOOP EPS	6.148.745.344,00	-
800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	29.993.058.004,68	-
804002105	COMPARTA EPS-S	1.508.774.817,50	1.508.774.817,50
805000427	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	144.930.788.438,19	45.714.549.522,22
805001157	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	15.337.258.490,00	
806008394	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S	1.344.182.040,75	
809008362	PIJAOS SALUD EPS INDIGENA	236.295.411,32	-
830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S	18.473.859.905,28	7.621.648.883,61
830009783	CRUZ BLANCA EPS	9.863.805.195,00	-
830113831	ALIANSA SALUD EPS S A	616.179.282,00	-
860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	13.647.088.841,25	-
890303093	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL COMFENALCO VALLE	2.736.790.901,75	438.750.329,11
899999107	A.R.S. CONVIVA	116.387.983,00	35.587.927,00
900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A	95.461.822.930,56	-
900298372	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDI	490.036.035,00	55.138.862,25
901021565	EMSSANAR SAS	850.854.691,75	
901097473	MEDIMÁS EPS S A S.	14.778.070.867,90	
Total general		453.918.780.440,26	60.221.941.897,40

Mesa técnica

Aspectos financieros del sistema de salud



La siniestralidad del sistema revela que los gastos son superiores a los ingresos por UPC



Fuente: Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial-actuarial approach. Espinosa et Al.

En 2022, la siniestralidad del régimen contributivo estuvo entre el 102,5% y el 105%. Los ingresos fueron insuficientes para el pago de los gastos en salud.

De acuerdo con los estudios agregados los últimos dos años el déficit supera los 5 billones de pesos y el hueco de 2024 se calcula mínimo en 6 billones de pesos

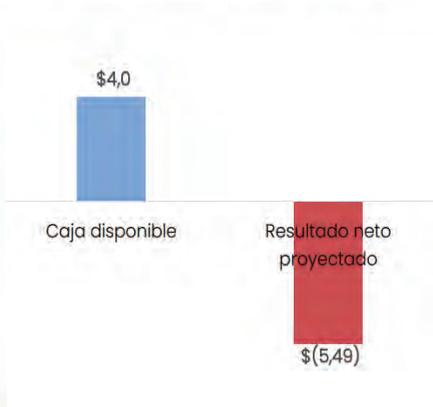


Los estados financieros del aseguramiento representan la realidad financiera del sistema

Resultados del sistema



Escenario financiero 2024 en las EPS



La siniestralidad se refleja en la pérdida patrimonial del sistema

Primero se afectan los patrimonios de las empresas y después las reservas técnicas. Las RT y las condiciones financieras dependen de la suficiencia de los recursos.

Estos resultados se reflejan finalmente en los prestadores, proveedores y en problemas de prestación de servicios.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos Sectorial.



Con todas las otras fuentes relativamente estables, o en su defecto decrecientes con el ciclo económico, el cierre financiero del sistema depende del PGN. Pero...

Sector	Cifras en \$MM		% Par. Total		Var. % 24/23
	2023*	2024	2023	2024	
Salud y Protección Social	52.405	61.503	12,4	12,2	17,4
Otros sectores	370.439	441.094	87,6	87,8	1,5
Total	422.844	502.597	100,0	100,0	18,9

Tipo de gasto - Cuentas	2023*	% Part. Total PGN 2023	2024	% Part. Total PGN 2024	% Var 24 / 23	% PIB 2023	% PIB 2024
A. Funcionamiento	261.099	61,7	310.328	61,7	18,9	16,3	18,3
01. Gastos de Personal	47.630	11,3	54.971	10,9	15,4	3,0	3,2
02. Adq. Bienes y Servicios	13.355	3,2	13.668	2,7	2,3	0,8	0,8
03. Tr. Corrientes	195.747	46,3	236.735	47,1	20,9	12,2	14,0
SGP	54.940	13,0	70.541	14,0	28,4	3,4	4,2
Pensiones	47.738	11,3	57.446	11,4	20,3	3,0	3,4
Aseguramiento en salud	34.687	8,2	35.253	7,0	1,6	2,2	2,1
B. Servicio de la deuda	78.498	18,6	94.521	18,8	20,4	4,9	5,6
C. Inversión	83.247	19,7	97.748	19,4	17,4	5,2	5,8
Total	422.844	100,0	502.597	100,0	18,9	26,3	29,6

... a pesar de que el presupuesto para el sector incremento un 17%, el presupuesto para el aseguramiento o tan solo lo hizo un 1.6%.

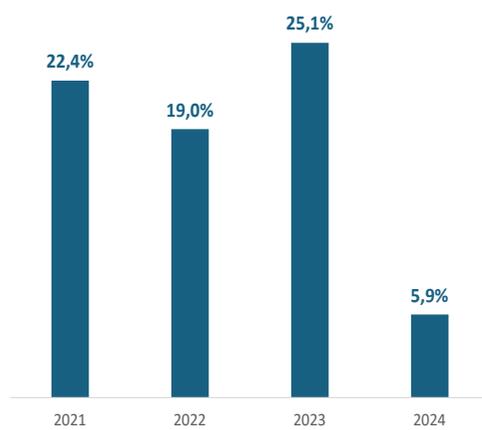
* La vigencia 2023 es apropiación vigente a 30 de Junio con estimaciones de cierre + Ley 2299 del 2023 (adición reforma tributaria)
Fuente: MHCP, PGN 2024.



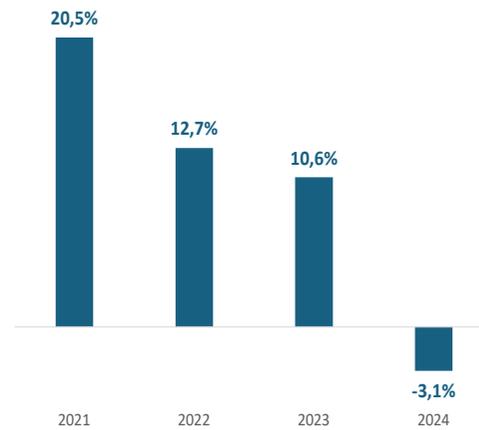
Si miramos el presupuesto de la ADRES para los años después de la pandemia se puede ver claramente el problema.



Aportes de la nación para el aseguramiento en salud
(Variación nominal, %)



Aportes de la nación para el aseguramiento en salud
(Variación real, %)



Fuente: Ejecuciones presupuestales. ADRES, 2024.

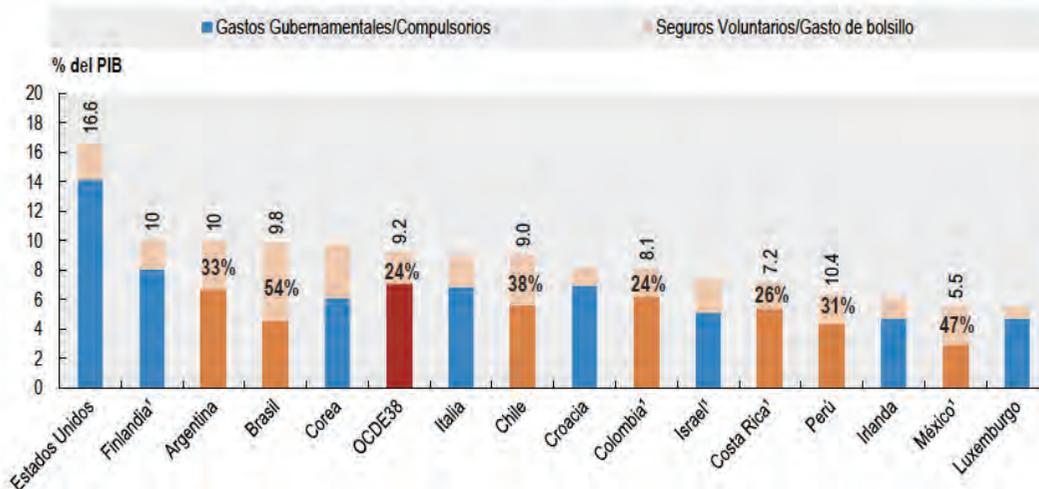
5

Algunas conclusiones



- 1 Si los costos en salud son mayores que los ingresos, es responsabilidad del Estado corregir para proteger el derecho fundamental
- 2 El Estado no corrigió: existe un déficit superior a los 5 billones en los últimos dos años y en 2024 este déficit se puede duplicar, los recursos en caja calculados no alcanzan para cerrar el año, y aún así no se presupuestó un incremento real de los recursos del aseguramiento, decrecieron y la UPC no creció en términos reales
- 3 Se le quitaron recursos al aseguramiento, a cada paciente, para entregarlos a proyectos de infraestructura, en contravía de las órdenes de la Corte Constitucional y del mandato de sostenibilidad de la ley estatutaria. Si se reparte un pastel que ya es insuficiente a otros fines se agrava la insuficiencia de recursos para garantizar el derecho fundamental.
- 4 Esta realidad aplica para el proyecto de reforma: se deberán pagar las mismas atenciones de hoy, que están costando más de lo que se presupuestó y además una inversión intensiva en recursos a la oferta. Los costos no van a decrecer en ningún caso y en ninguna parte del mundo pues nos estamos envejeciendo.

Gasto privado en salud en Latinoamérica es superior al promedio OCDE, excepto en Colombia

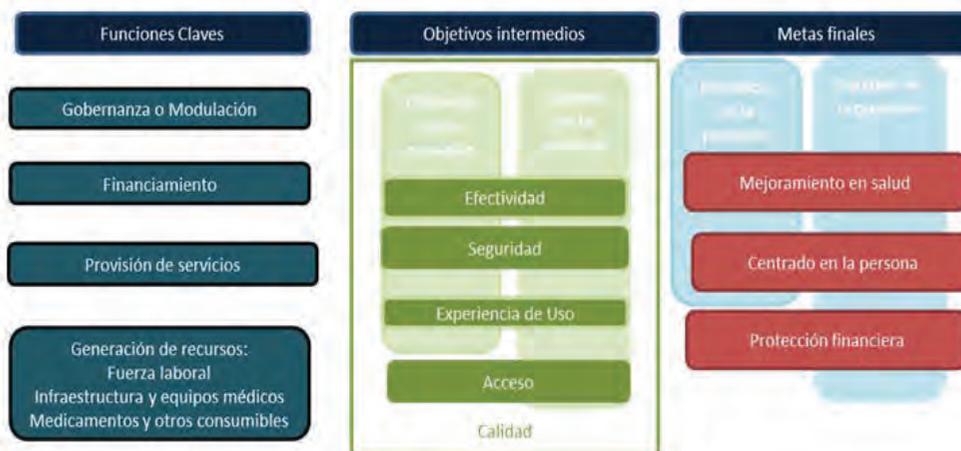


Pexels.com

El financiamiento del sistema de salud y los desafíos

Un marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas-OMS

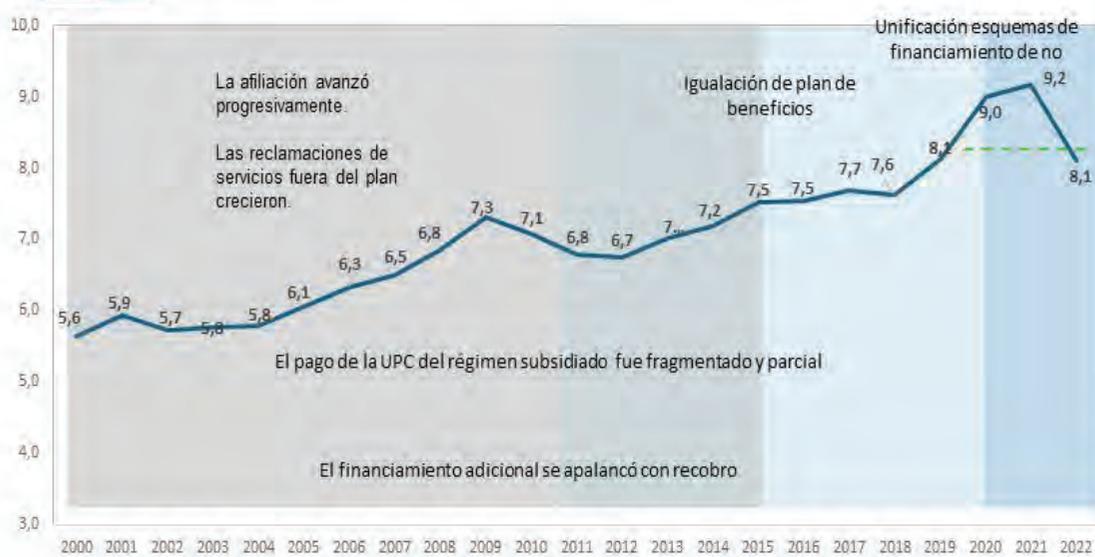
La protección financiera es un logro y objetivo de todo sistema de salud independiente de su diseño



Health system performance assessment: a framework for policy analysis / Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editors

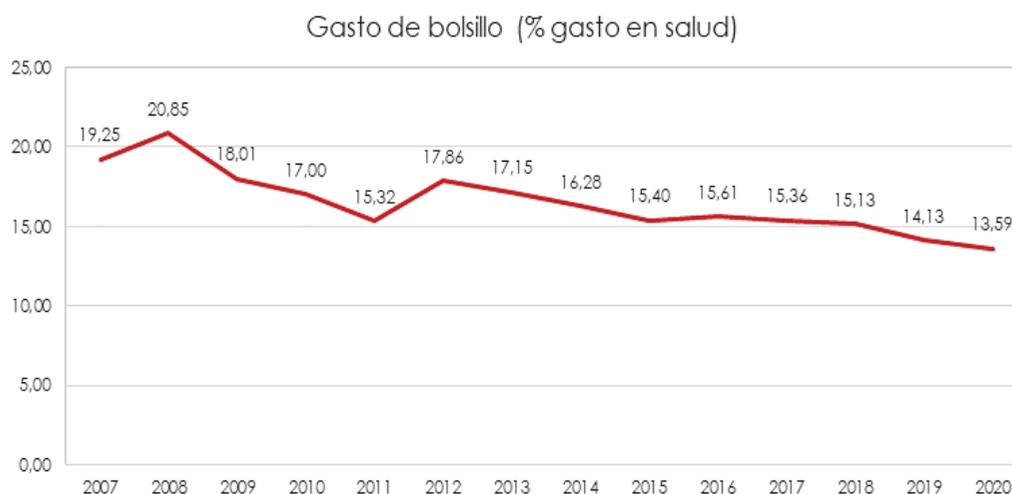
Gasto corriente en salud % PIB

El gasto en salud como porcentaje del PIB ha crecido progresivamente y de manera estable. El objetivo social de cobertura universal ha estado permanente.

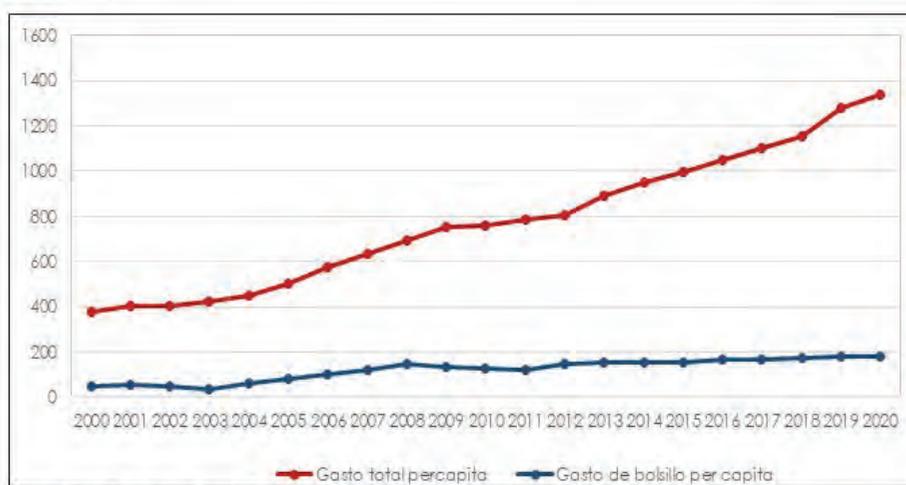


El gasto de bolsillo en salud como porcentaje del PIB

¿Cómo se ha disminuido el gasto de bolsillo si durante la cobertura universal ha sido una meta en progreso... ?



El gasto en salud per cápita ha crecido mientras el gasto de bolsillo crece tangencialmente.



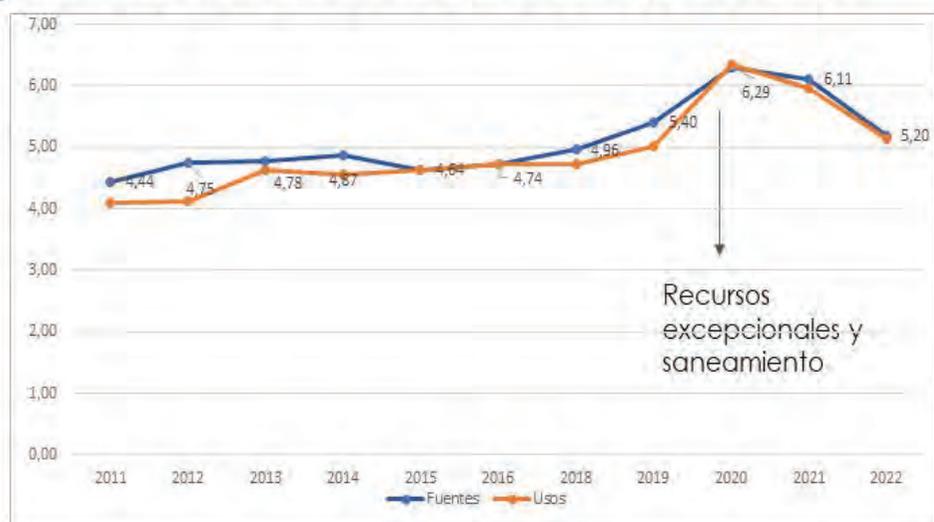
¿Cómo financiamos nuestro sistema?

Recursos de aseguramiento (2018-2022)



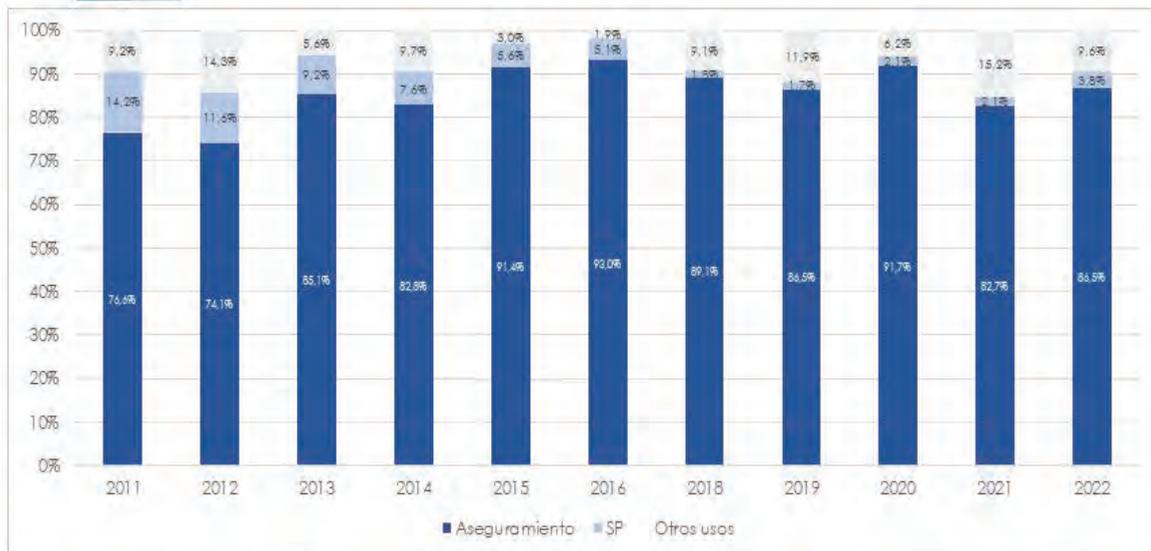
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Minsalud-Adres

Fuentes y usos de los recursos del sistema obligatorio de salud como porcentaje del PIB



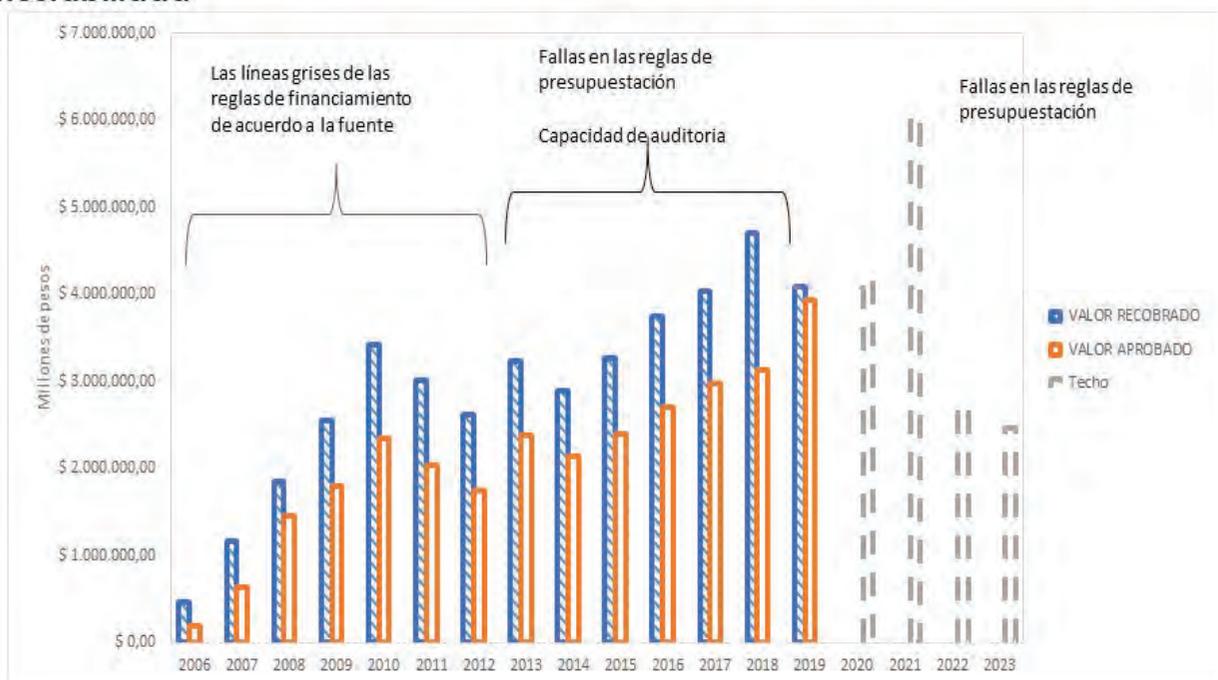
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Minsalud-Adres

Composición del gasto en salud % PIB (2011-2022)



Fuente: Elaboración propia basado en cifras Granger, Ramos-Forero; Melo-Becerra, Silva-Samudio 2023

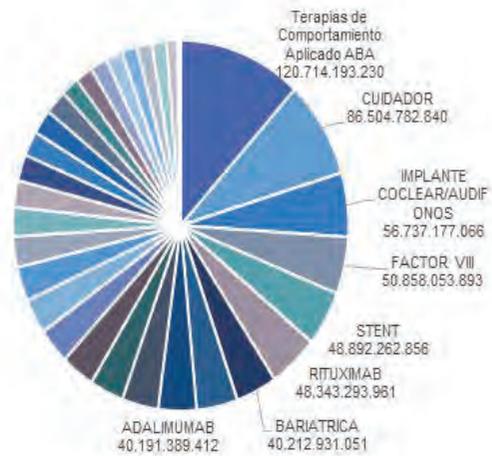
Los deudas de servicios no financiados con UPC han sido un factor de inestabilidad



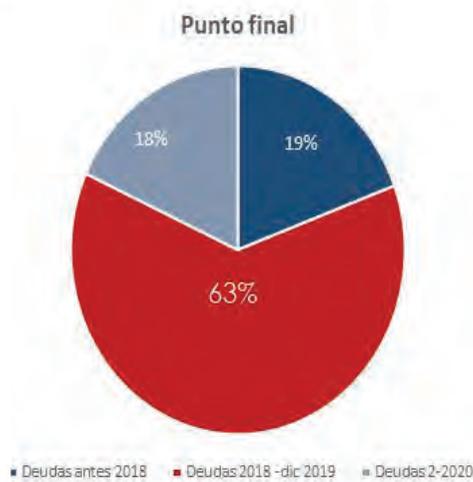
Demandas contra ADRES

Recobros en procesos judiciales

- ✓ A diciembre de 2020 las demandas por recobros ascendían a **\$2.05 billones**. No todas notificadas.
- ✓ Demandas que han estado en medio del conflicto de competencia en salud. El riesgo fiscal derivarse de un fallo.
- ✓ La caracterización de las demandas nos ha permitido identificar temas críticos para resolver estas demandas

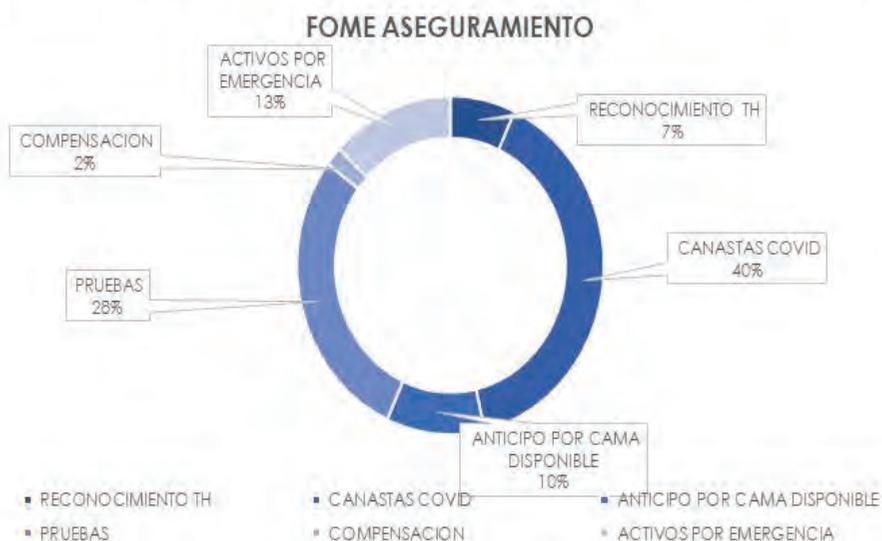


Durante la pandemia el sector salud contó con recursos excepcionales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Minsalud-Adres

Durante la pandemia el sector salud contó con recursos excepcionales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Minsalud-Adres

Los dilemas sobre las necesidades de mayores recursos

Insuficiencia de la UPC por diferencias en los precios

Año	UPC EPS	UPC promedio	IPC proyectado	IPC real
2019	\$1.055.743	\$1.018.758	3.8	3.5
2020	\$1.047.406	\$1.073.936	3.1	1.61
2021	\$1.223.131	\$1.172.996	2.4	5.62
2022	\$1.630.907	\$1.416.121	3.7	13.12

Fuente: Presentación de la firma Numeris

Insuficiencia de la UPC y los presupuestos máximos en contributivo

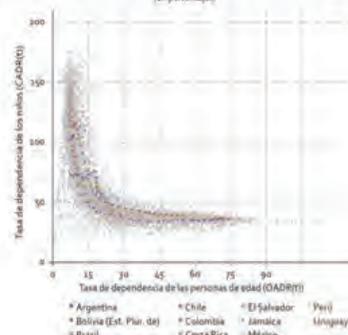
Año	UPC	UPC estimada	PM observado	PM estimado
2020	5.4	-	3.2	3.2
2021	5.2	6.0	4.9	4.9
2022	18.2	19.5	2.3	4.3
2023	16.2	18.3	1.8	4.7

Fuente: Estudio de ANIF

Transición demográfica

- Reducción de la mortalidad sostenida y la fecundidad
- El acceso a los servicios de salud en edad temprana ha reducido la mortalidad infantil.
- La participación de los jóvenes en el total de la población es alta en los países de la región.
- La tasa de dependencia muestra un cambio demográfico

Tasas de dependencia de los niños y de las personas de edad, países de América Latina y el Caribe que participan en el proyecto de las Cuentas Nacionales de Transferencias, 1990 a 2009 (En porcentajes)



La tasa dependencia indica el envejecimiento de la población en LAC

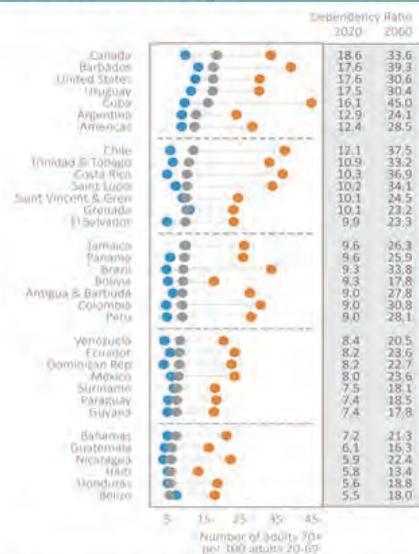
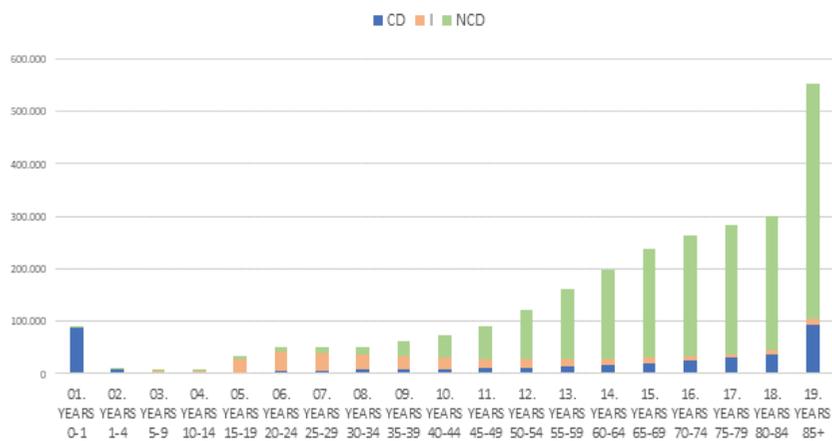


Fig. 2: Old age dependency ratio (number of older adults aged 70 and older for every 100 people aged 20-69 years) among 33 countries of the Americas in 1980, 2020, and predicted for 2060. The rising burden of non-communicable diseases in the Americas and the impact of population aging: a secondary analysis of available data. The Lancet Regional Health - Americas 2023;21: 100483 Published Online 31 March 2023 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100483>

- El aumento de la carga de enfermedades no transmisibles

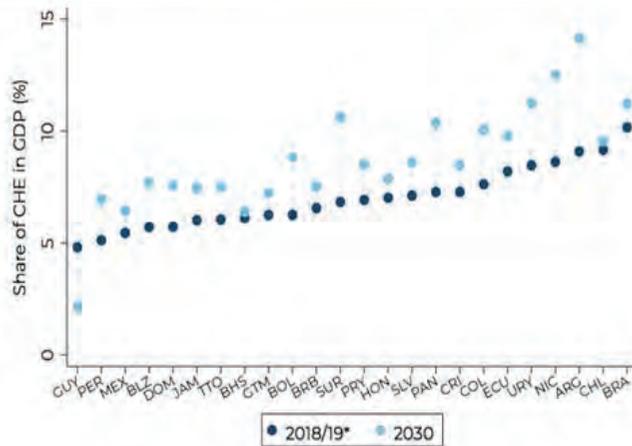
Comportamiento de ENT por grupo de edad (2019)



Fuente: Elaboración propia con base en Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-leading-causes-of-death>. Accessed on Jan 2023; IHME, Global Burden of Disease (2019). Available at: <https://ourworldindata.org/grapher/burden-of-disease-rates-from-ncds?region=SouthAmerica>. Accessed on Jan 2023

El gasto en salud en la región debe duplicarse.

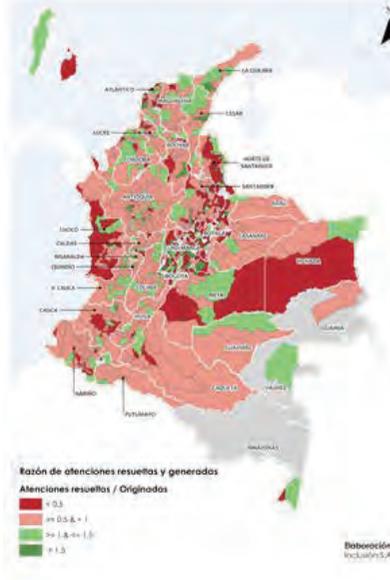
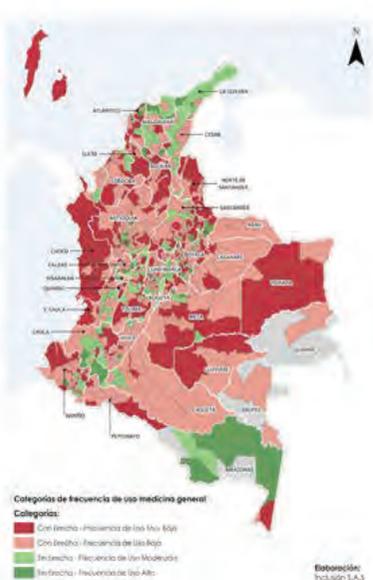
Proyecciones de gasto en salud corriente como porcentaje del PIB 2000-2030



Note: The baseline year is 2019 for Brazil, Peru, and Trinidad & Tobago, and 2018 for all other countries

Future health spending in Latin America and the Caribbean: health expenditure projections & scenario analysis / Krishna D. Rao, Andrés I. Vecino Ortiz, Tim Robertson, Angélica Lopez Hernandez, Caitlin Noonan. p. cm. — (IDB Technical Note ; 2457)

El acceso equitativo no es blanco o negro



Fuente: Elaboración APCA- Estudio del PMIEDS DNP

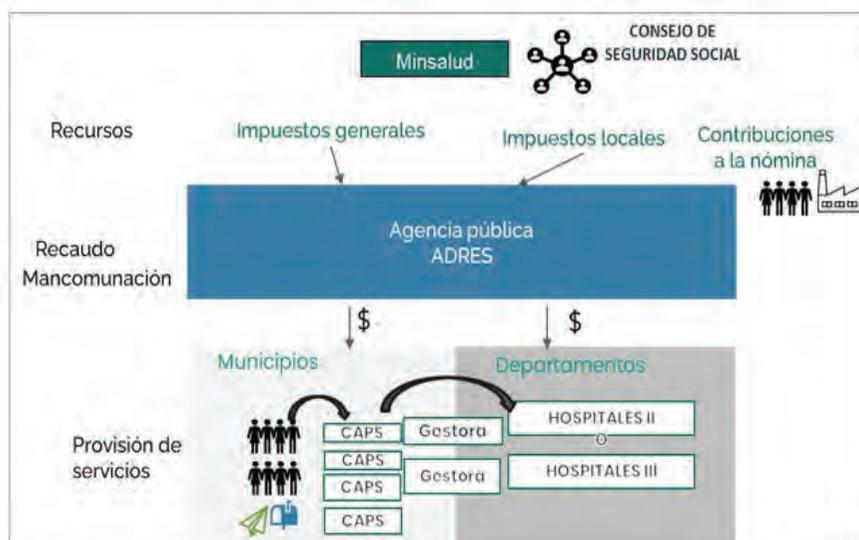
¿Por qué sorprenden los resultados ?



Funciones esenciales del financiamiento en el sistema de colombiano



El sistema de salud que propone la reforma

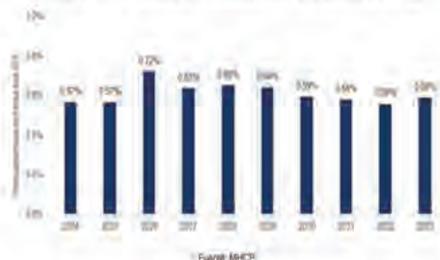


Elaboración propia usando referente OMS

Los costos de la reforma

Promesa de un futuro ideal a costa de un presente incierto: ¿está financiada?

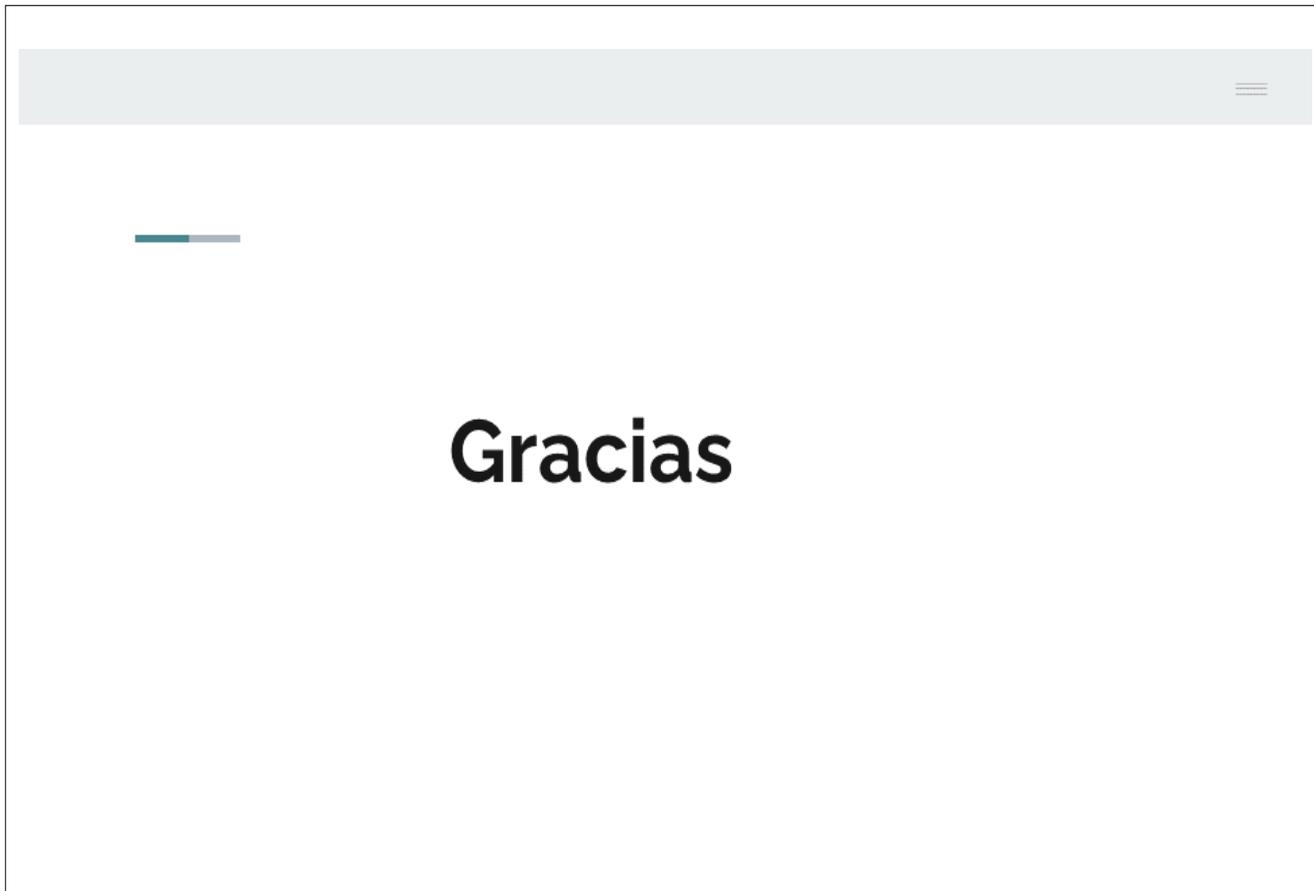
Gráfica 1. Costo Fiscal de la Reforma al Sistema de Salud (% del PIB)



Fuente: Respuesta derecho de petición, Representante Alejandro Chacón.

- La reforma a la salud representa un crecimiento anual **adicional** promedio de 0.57 % del PIB.
- No garantiza una operación de recaudo de las fuentes actuales
- La cifra estimada supera el crecimiento inercial observado del gasto en salud.
- Si no hay garantías de recursos adicionales. Las intenciones de gasto compiten con los patrones actuales que dejan en incertidumbre la protección financiera de los pacientes en tratamiento hoy.

Fuente: Gráfico propio basado en cifras Granger, Ramos-Forero, Melo-Becerra, Silva-Samudio 2023



CONTENIDO

Gaceta número 280 - Martes, 19 de marzo de 2024		
SENADO DE LA REPÚBLICA		
MARCO DE MESAS TÉCNICAS		
	Págs.	
Mesa Técnica número 01 de 2024, aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos.	1	Mesa Técnica número 05 de 2024, experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud..... 67
Mesa Técnica número 02 de 2024, condiciones laborales del talento humano en salud.....	30	Mesa Técnica número 06 de 2024, aspectos financieros del sistema de salud - flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud..... 111
Mesa Técnica número 03 de 2024, experiencias de los pacientes en el sistema de salud.	48	Mesa Técnica número 07 de 2024, financieros del Sistema de Salud (Endeudamiento y Sostenibilidad Financiera del Sistema). 144
Mesa Técnica número 04 de 2024, fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías en el sector salud.....	53	