

Seminario: “Mecanismos de Contratación y Pago para fomentar la articulación de Redes integradas e integrales Territoriales de Salud”

Contratación a través de Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud y novedades normativas en el SGSSS

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

22 de Agosto 2024



Contenido

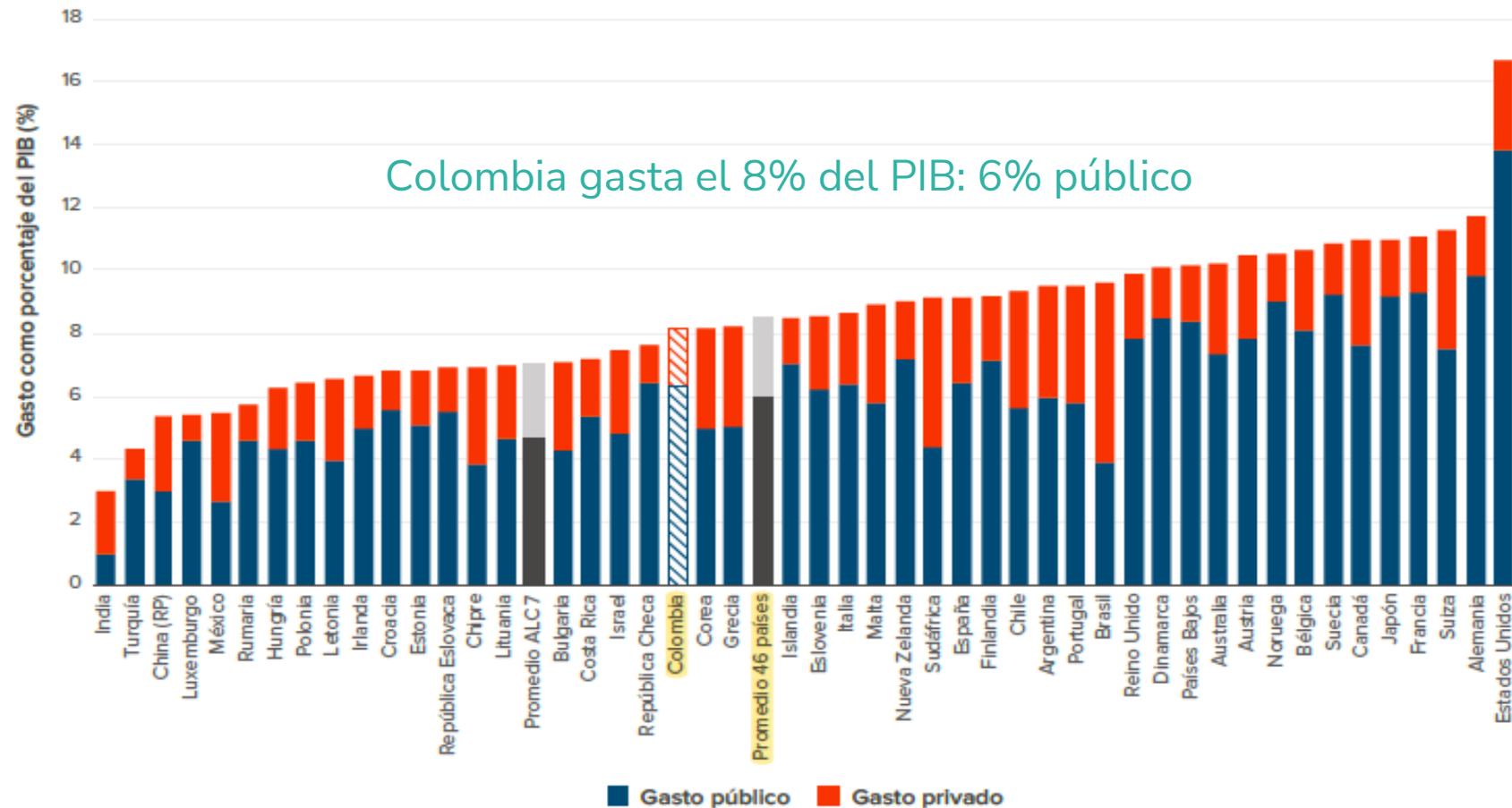
1. Distribución del gasto en salud en Colombia
2. Marco de referencia de los sistemas o mecanismos de pagos a proveedores
3. Organización de servicios, convenios de desempeño y convenios marco para la financiación RIITSS

1. Distribución del gasto en salud en Colombia

1. Gasto en salud como porcentaje de PIB 2019

FIGURA 1

Gasto corriente en salud total, público y privado como porcentaje del PIB, 2019



Fuente: cálculos de los autores sobre la base de las Health Statistics de la OCDE.

2. Distribución del gasto público

TABLA 2

Distribución del gasto público en salud por categorías funcionales, 2017-2020 (%)

	2017	2018	2019	2020	Crecimiento real del gasto 2017-2020
	Participación (%)	Participación (%)	Participación (%)	Participación (%)	Tasa (%)
Gasto administrativo	5,5	5,3	5,3	5,4	15,7
Gasto en servicios de salud	89,7	90,0	90,1	89,0	15,9
Gasto en servicios preventivos de carácter individual	2,3	2,2	2,1	2,8	45,7
Gasto en salud pública	2,5	2,5	2,4	2,8	31,2
Gasto Total	100,0	100,0	100,0	100,0	18,8

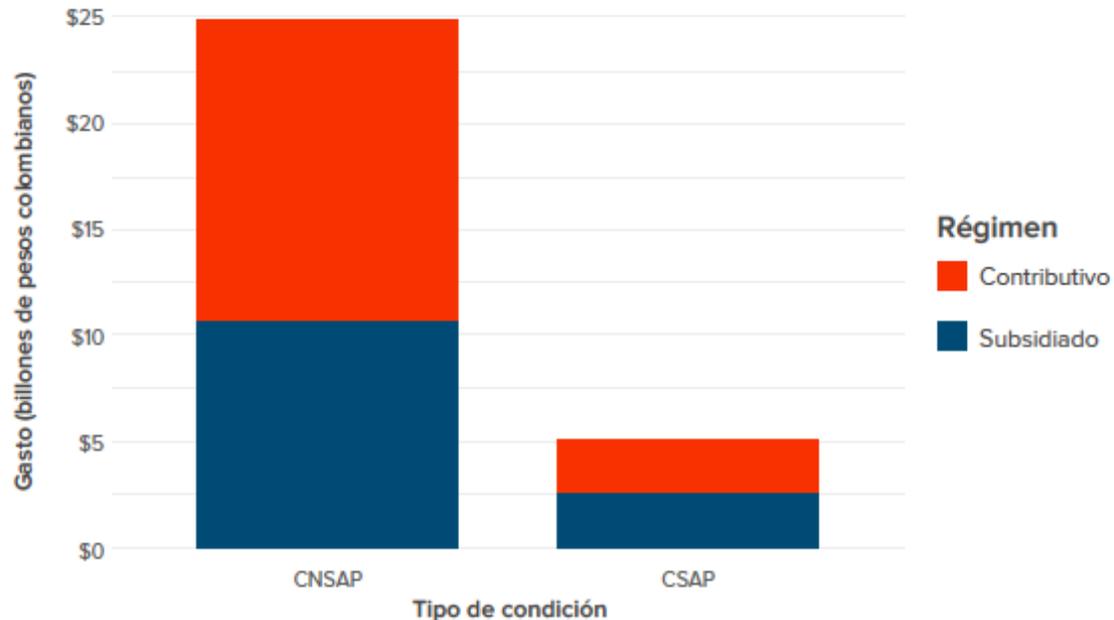
En promedio el 89% del gasto se invierte en servicios curativos y paliativos

Fuente: cálculos propios sobre la base de DANE – Cuentas Satélites en Salud y DNP – SICODIS. Excluye gastos del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades adscritas diferente a transferencias para el régimen subsidiado y entidades territoriales.

2.1. Gasto en condiciones prevenibles: hospitalización por condiciones sensibles de APS

FIGURA 8

Gasto en hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (CSAP) y no sensibles (CNSAP), 2017 a 2019



Entre 2017 y 2019, el 17% del gasto en hospitalización se generó en condiciones sensibles de APS

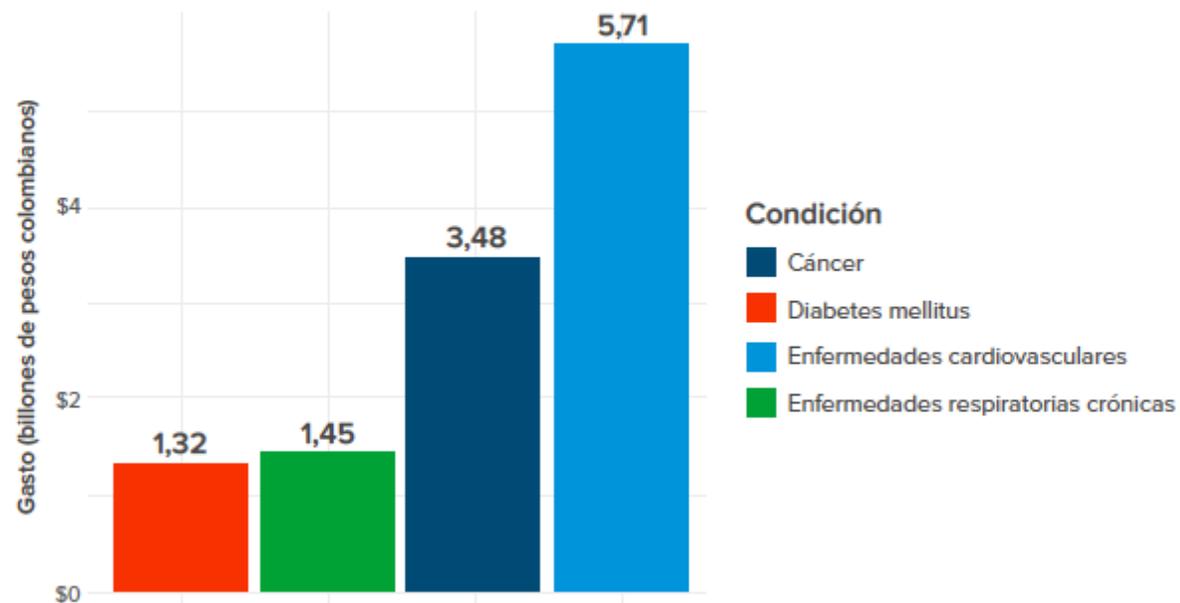
Algunas atenciones de urgencias y hospitalizaciones pueden ser prevenibles con atención primaria adecuada y oportuna o con esquemas efectivos de prevención de enfermedades

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

2.2. Gasto en condiciones prevenibles: enfermedades no transmisibles

FIGURA 10

Gasto total por enfermedades no transmisibles con riesgos modificables en el régimen **contributivo**, 2017-2019



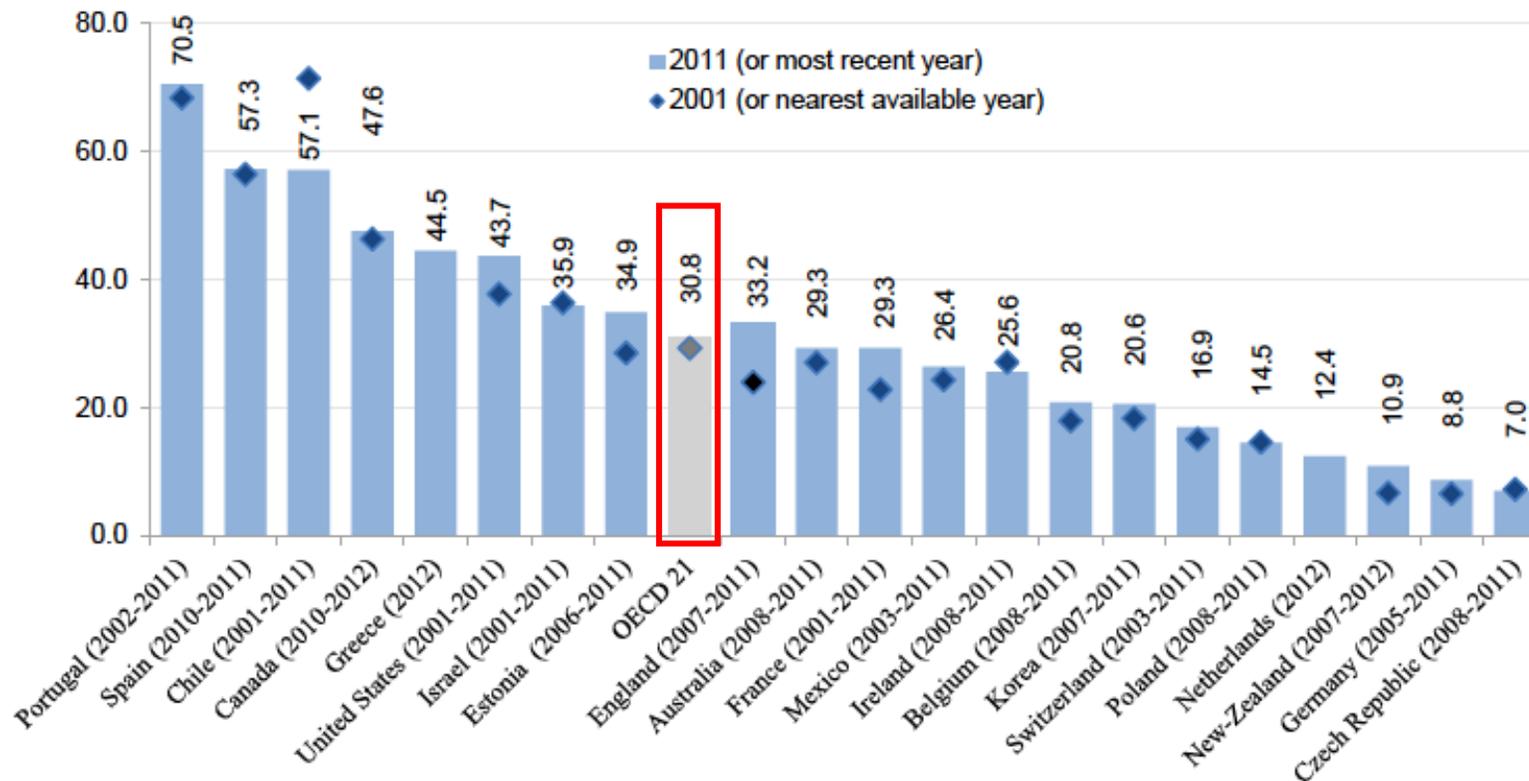
Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Estas 4 condiciones de alta prevalencia pueden ser reducidas atacando factores de riesgo ambientales de estilos de vida (OMS)

Si el país lograra controlar mejor la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad y demás condiciones precursoras de las enfermedades del corazón y la enfermedad renal **podría mejorar la eficiencia en 1,7 billones gasto en salud (3% del GPS)**

2.3. Uso por ámbito de atención: Urgencias

Figure 1. Number of visits to emergency department per 100 population, 2001 (or nearest available year) and 2011 (or most recent year)



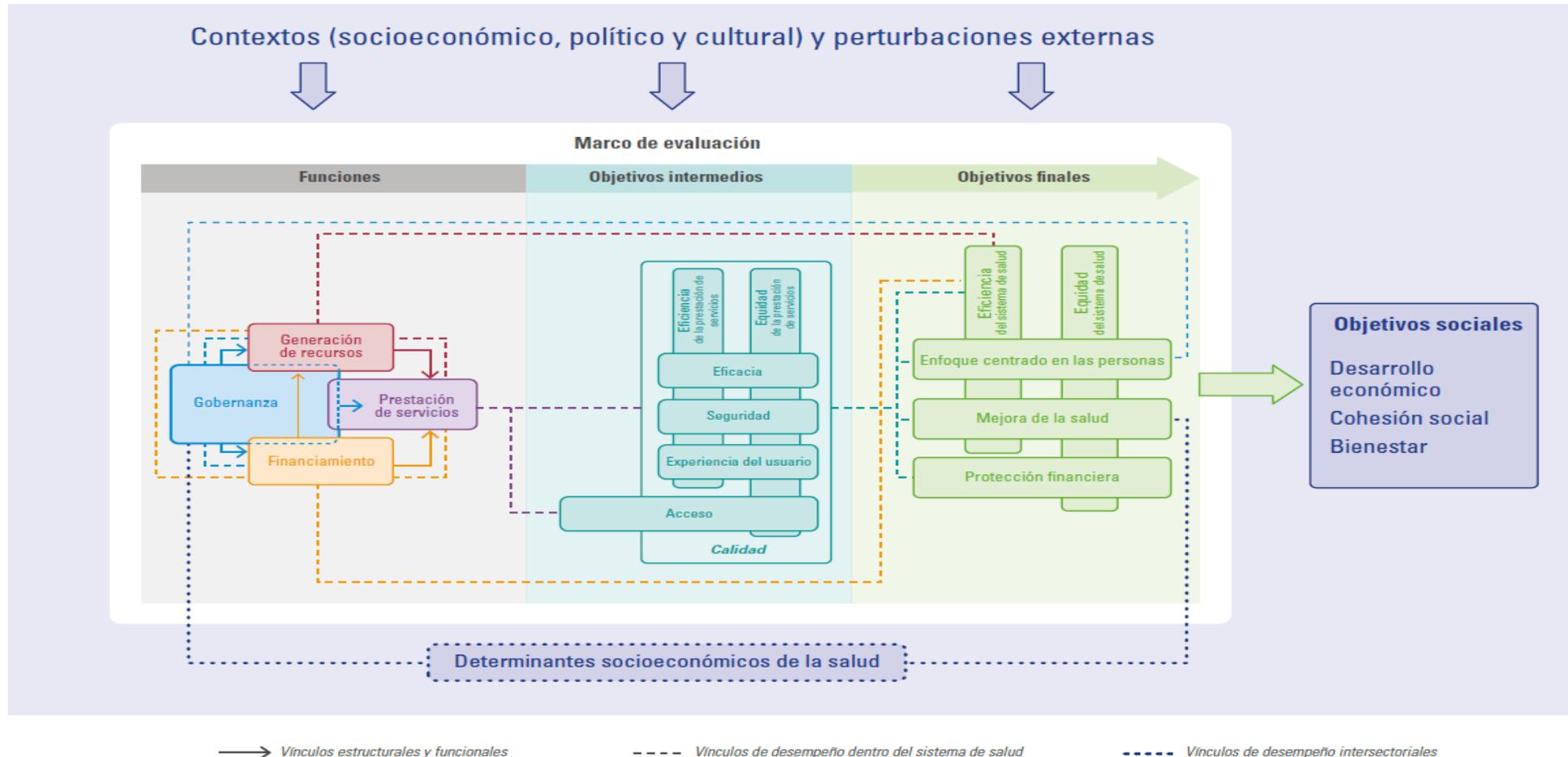
En Colombia la tasa estimada de uso de urgencias con la base de suficiencia es de 58 por cada 100 afiliados (BID, 2023)

Esto puede explicarse por un menor poder resolutivo en el primer nivel o por diferencias en las definiciones usadas (BID, 2023)

2. Marco de referencia de los Sistemas o mecanismos de pago

Marco conceptual evaluación desempeño de los sistemas de salud

Figura 3.1 Visión general del marco de evaluación



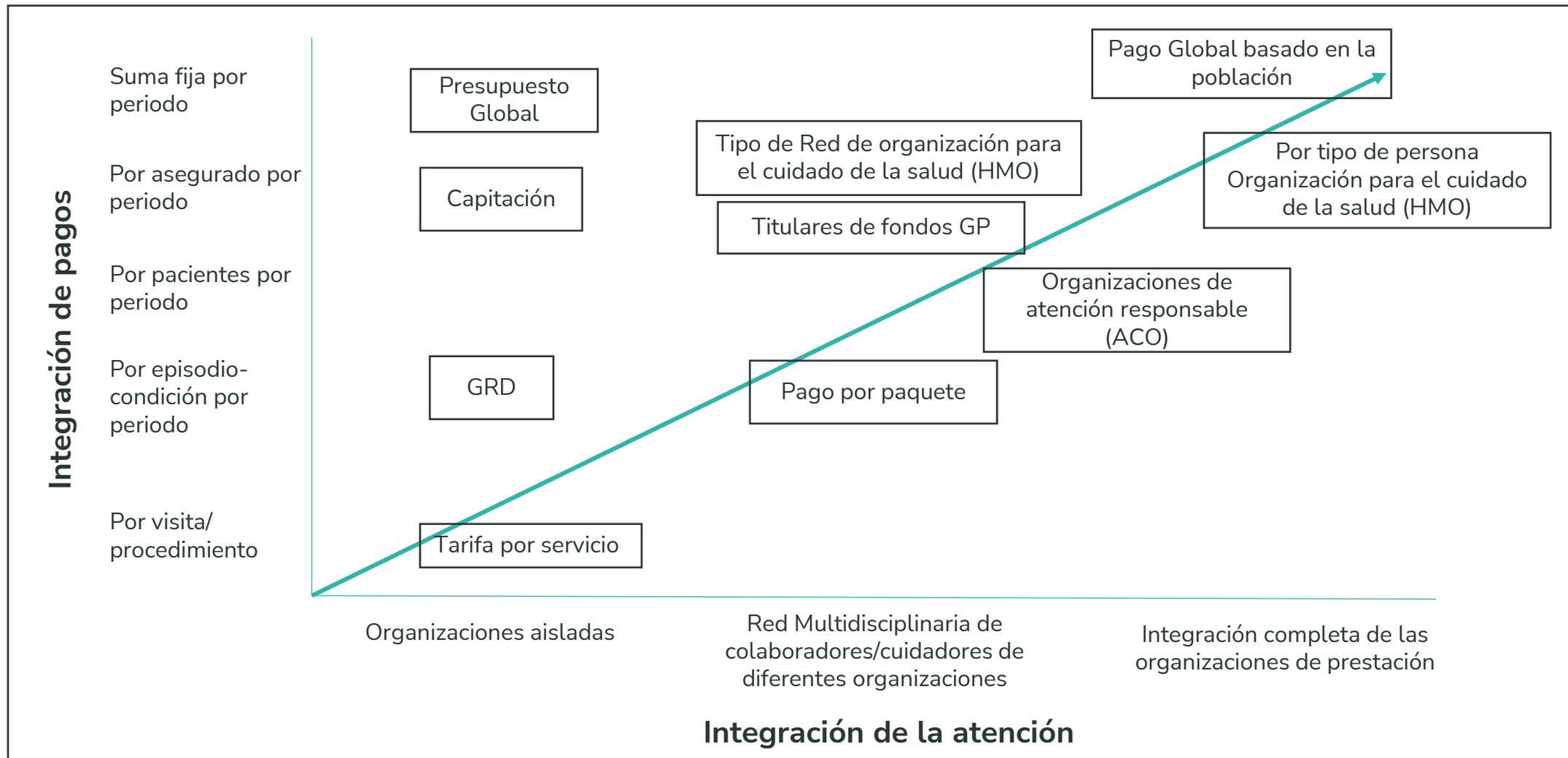
Fuente: OPS, Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023. en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

Tipos de sistemas o mecanismos de pago a proveedores según sus incentivos básicos

Tipos de sistema o mecanismo de pago	Característica central del incentivo	Ejemplos
Pago Prospectivos	Incentivos a la eficiencia, pero también a la selección/exclusión de prestaciones o personas	<ul style="list-style-type: none"> • Pagos de servicios agrupados a centros de salud predeterminados por convenios o contratos • Per cápita al primer nivel de atención predeterminado por convenios o contratos
Pagos retrospectivos	Los proveedores eligen número, tipo y calidad de los servicios sin ocuparse de las consecuencias financieras	<ul style="list-style-type: none"> • Pago por acto para reembolso de servicios prestados por centros de salud • Pago per diem en hospitales por unidades día-pacientes
Pagos mixtos	Pueden balancear los incentivos minimizando la selección de personas o servicios y mejorando la eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos relacionados por el diagnóstico para pago a grupo de hospitales, considerando actividad y costos fijos • Presupuesto poblacional/per cápita ajustado por riesgos para pago a RISS, calculado considerando costos fijos y la actividad esperada

Fuente: Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e121. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>

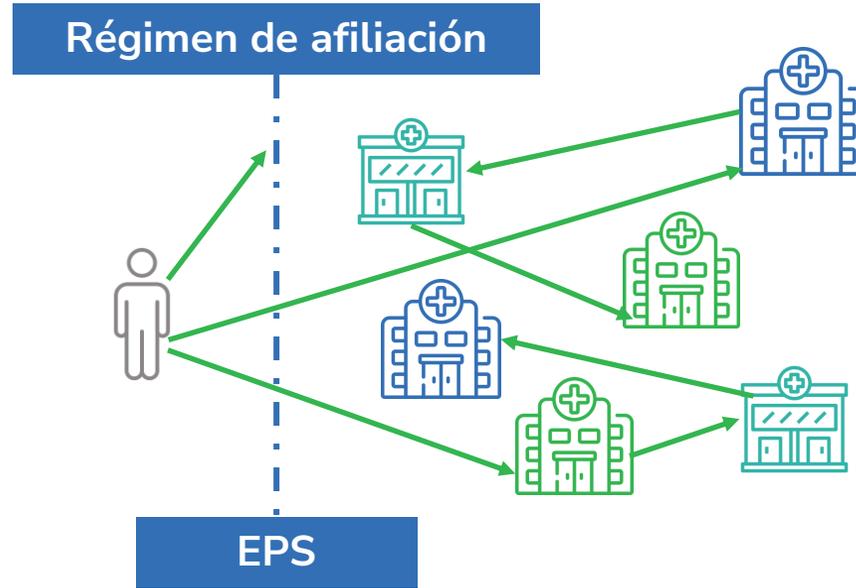
Sistemas de incentivos financieros para estimular la integración



Fuente: Tsiachristas, Apostolos. "Financial incentives to stimulate integration of care." *International journal of integrated care* 16.4 (2016)

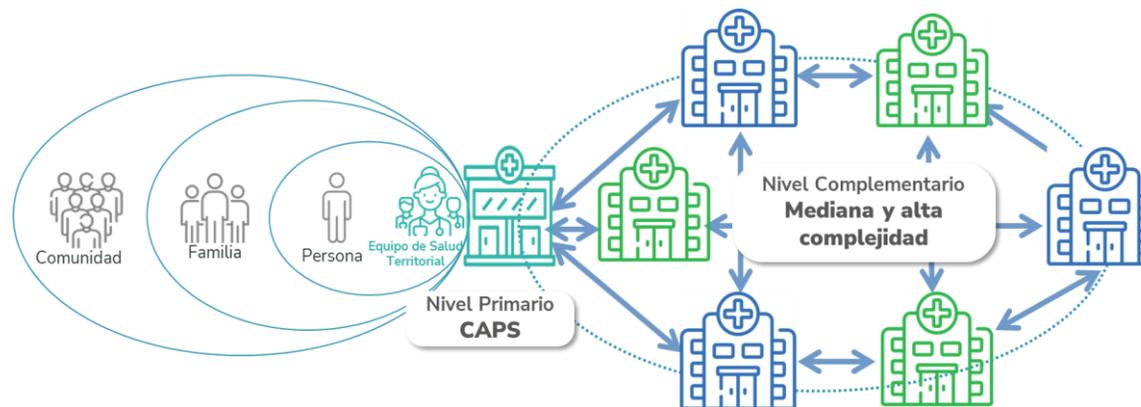
3. Organización de servicios, convenios de desempeño y convenios marco para la financiación RIITSS

Red de Prestadores de servicios



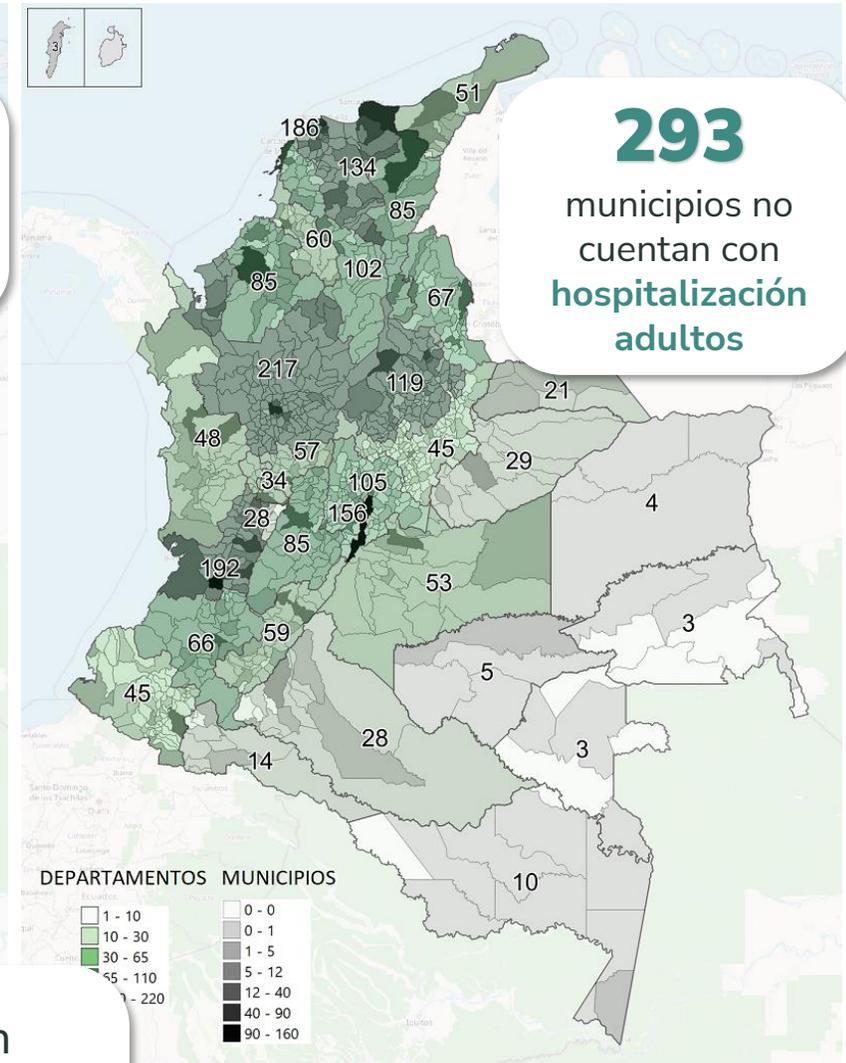
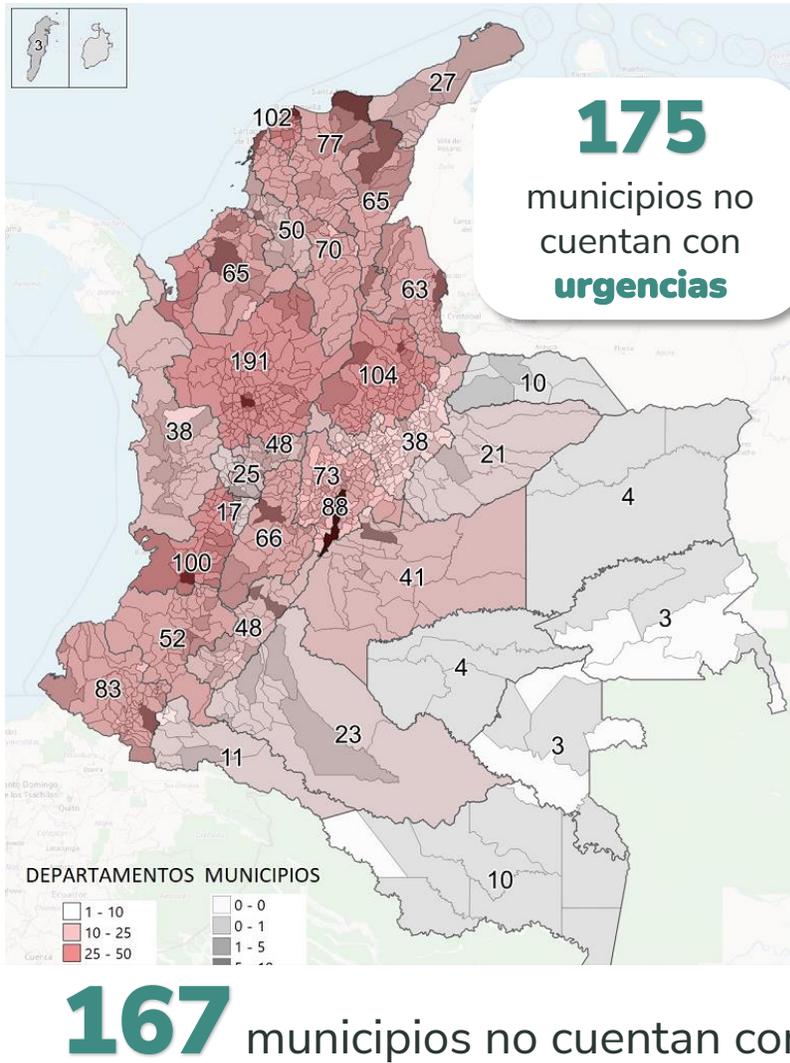
- ✓ Barreras de acceso
- ✓ Segmentada
- ✓ Fragmentada
- ✓ Atención episódica
- ✓ Poca o nula interacción interinstitucional

Red Integral e Integrada Territorial en Salud



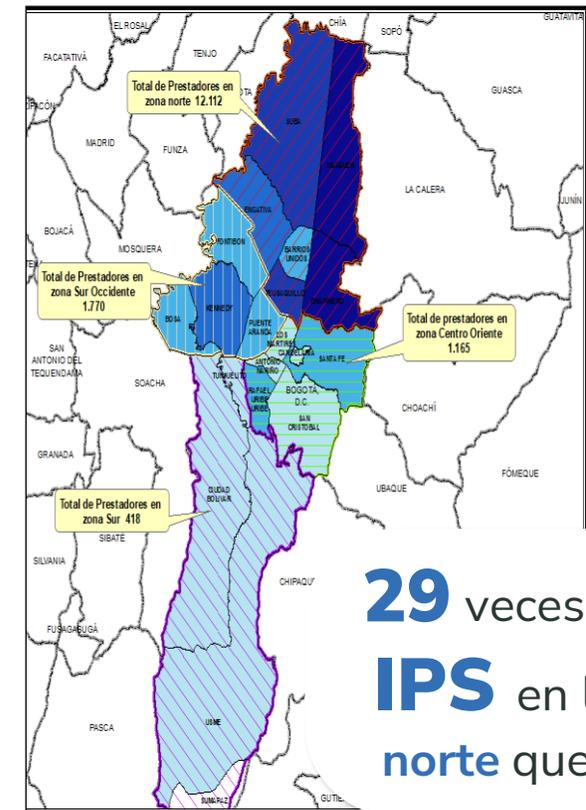
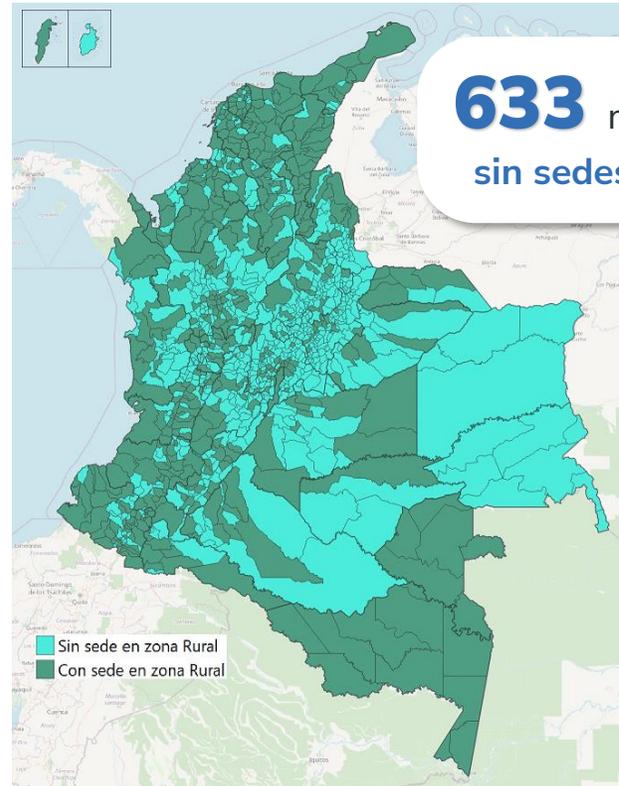
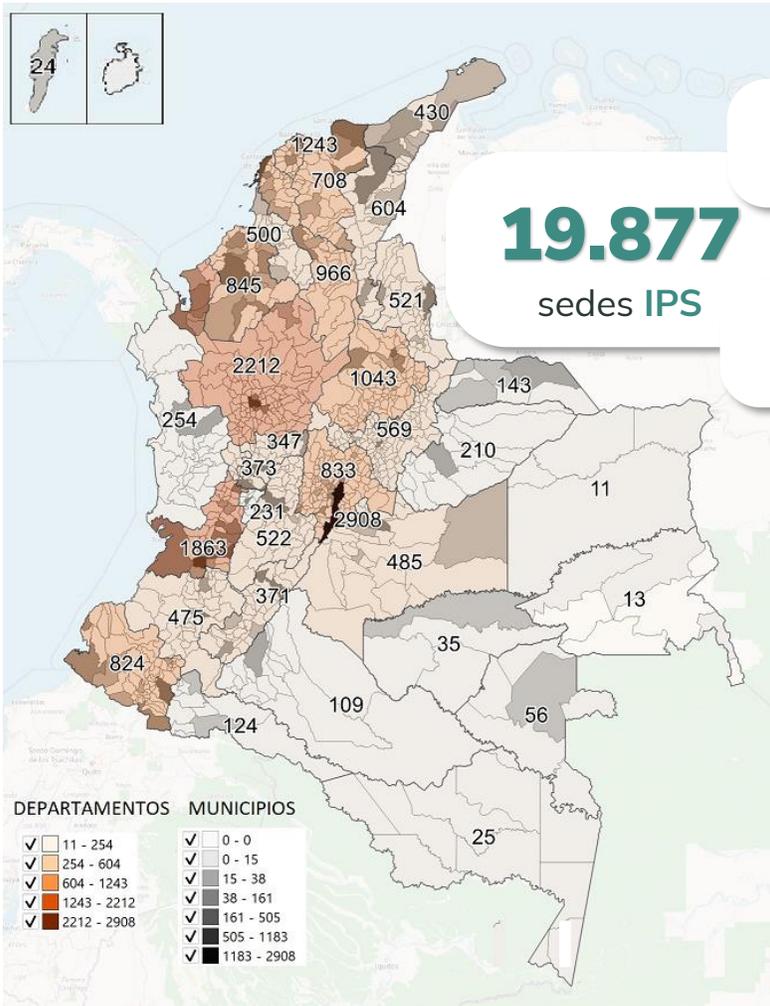
- ✓ Despliegue territorial
- ✓ Cercanía
- ✓ Acceso universal
- ✓ Cuidado continuo
- ✓ Atención integral e integrada

Inequidad en la distribución de los servicios



167 municipios no cuentan con Ninguno de los anteriores

Inequidad en la distribución de los servicios



29 veces **más** **IPS** en la zona norte que la sur

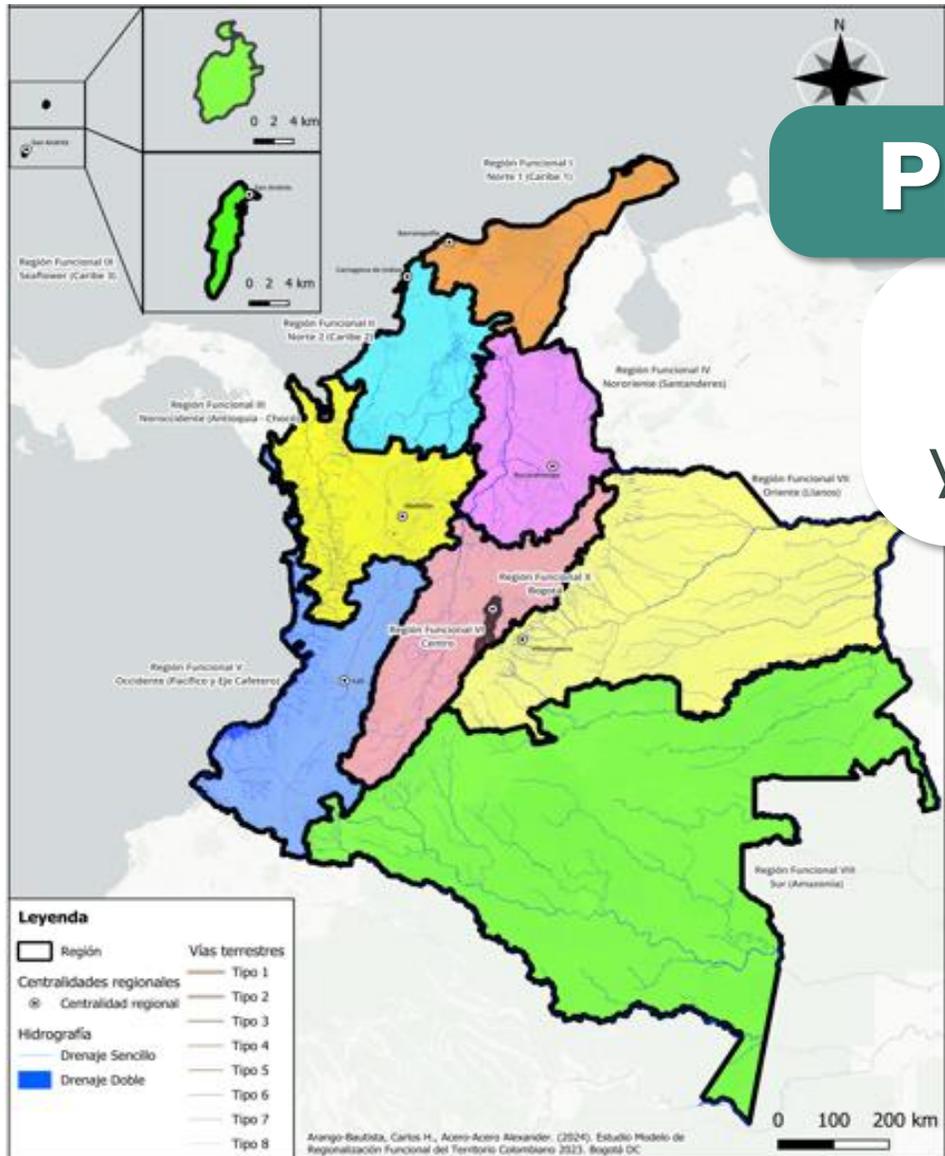
Subregiones funcionales para la gestión en salud

Propuesta:

10 Regiones
y **112 subregiones**

Región	Subregiones
Bogotá	4
Caribe 1	9
Caribe 2	10
Central	32
Noroccidental	9
Nororiental	12
Occidental	21
Oriental	8
Seaflower	1
Sur	6
Total país	112

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



Unidades Zonales de Evaluación y Planeación

Unidades funcionales de las direcciones departamentales y distritales de salud

Objetivo

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

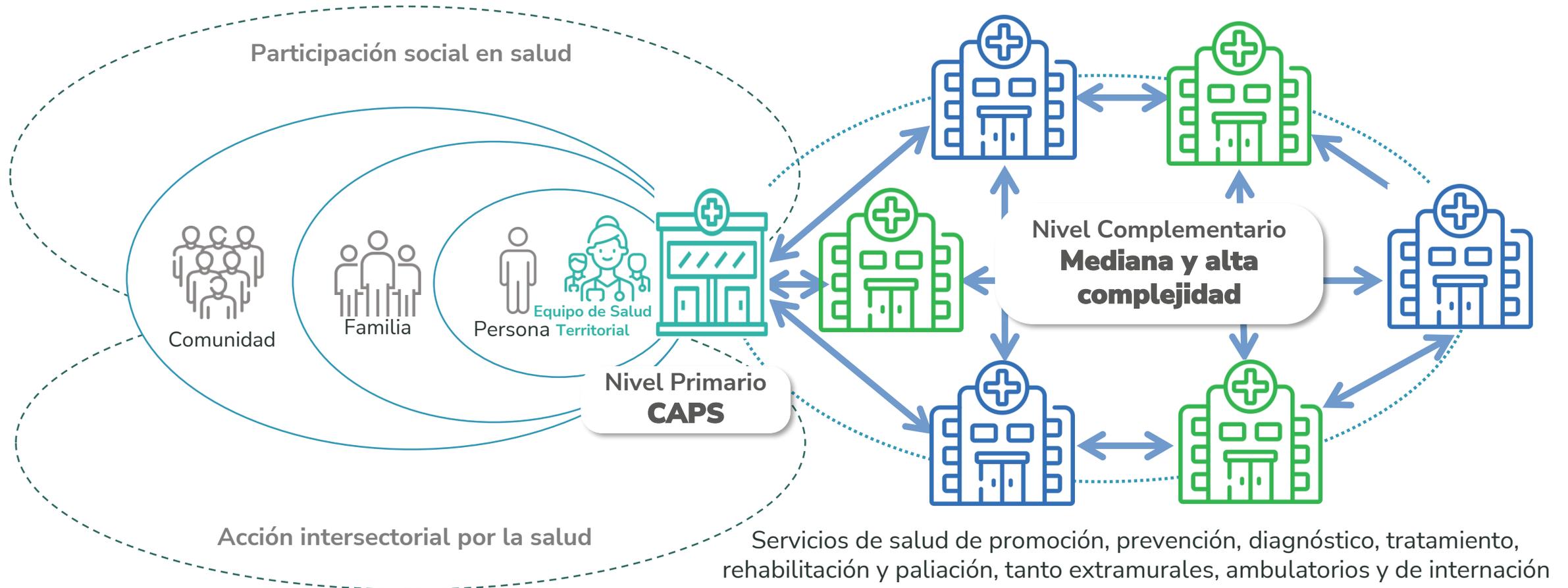
Financiación

Se destinará el **1%** del presupuesto asignado para cubrir la atención en salud de la población. Implica fortalecimiento de los laboratorios de salud pública y formalización laboral

Responsabilidades

- Analizar periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad
- Analizar los objetivos y metas alcanzados
- Rendir informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito
- Establecer los convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS

Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud - RIITSS



ADRES

Fondo Único Público en Salud

MinSalud

Financiación de oferta

Componente variable

MinSalud + ADRES

Régimen de tarifas y formas de pago

Incentivos a la calidad

- Criterios para establecer el presupuesto para garantía de oferta**
- Tipología de CAPS
 - Ajuste por variables geográficas y de dispersión poblacional
 - Patologías prevalentes en el territorio
 - Costos de operación
 - Otras que sean pertinentes

- Cumplimento de:**
- Resultado en salud
 - Satisfacción del usuario
 - Eficiencia del gasto

Convenio de desempeño Entidad Territorial

Nivel Primario
CAPS

- Características**
- Pisos y techos
 - Modula oferta
 - Estimula la prestación en zonas dispersas y rurales

- Cumplimento de:**
- Resultado en salud
 - Satisfacción del usuario
 - Eficiencia del gasto

Convenio de desempeño Gestora

Nivel Complementario
Mediana y alta complejidad

RIITSS

Resultado en salud
Satisfacción del ciudadano
Eficiencia del gasto

1. Convenios de desempeño

CONTENIDO:

- Servicios a prestar
- Condiciones de calidad específicas
- Modalidad de pago aplicable
- Compromisos de resultados en salud
- Mecanismos de verificación y control de metas
- Método de auditoría

Nivel Primario
CAPS

Realiza: Entidad Territorial
Hace seguimiento: Gestora de Salud y Vida



Realiza: Gestora de Salud y Vida
Hace seguimiento: Entidad Territorial



Nivel Complementario
Mediana y alta complejidad

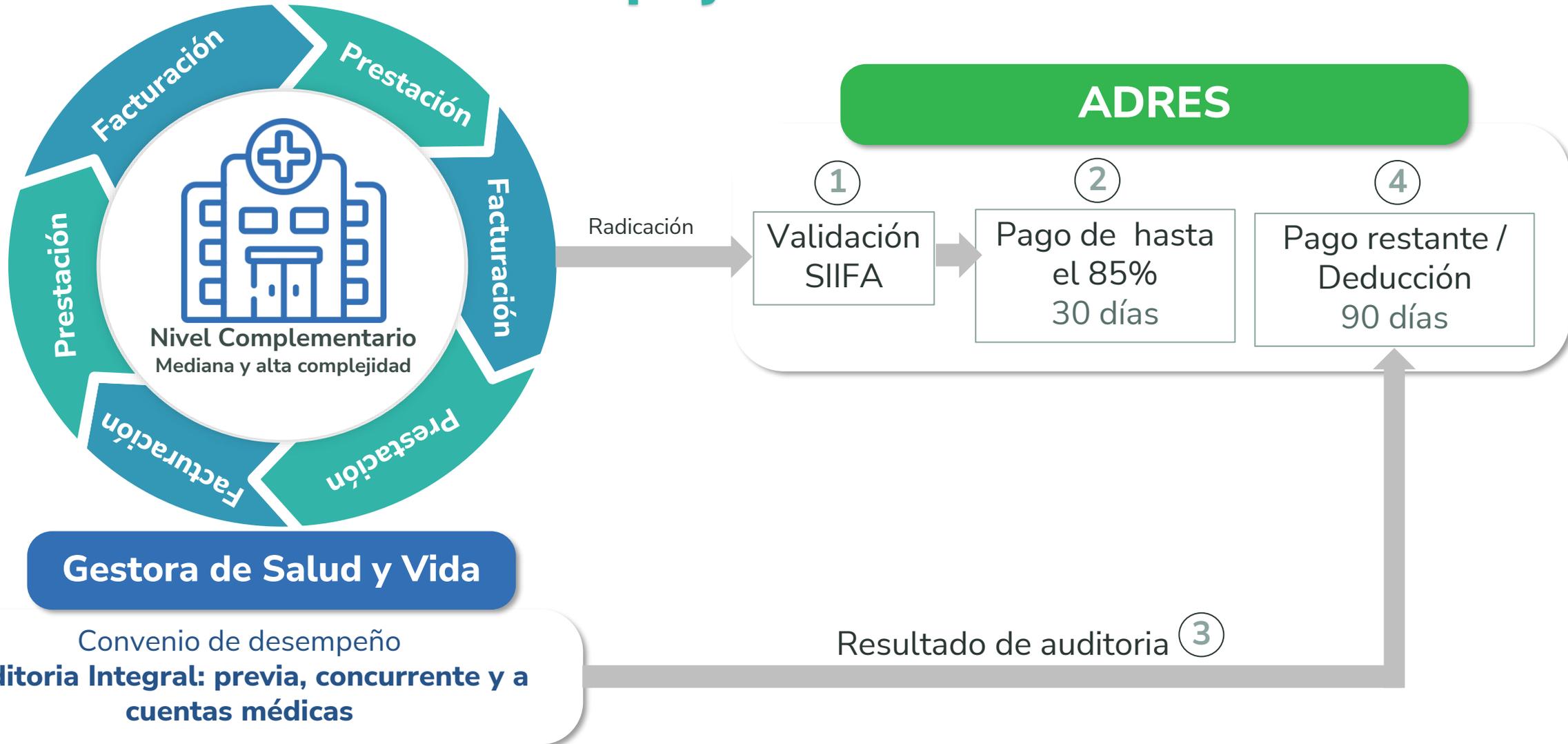
Pago a prestadores
Transparencia del gasto

2. Convenio marco ADRES

CONTENIDO:

- Modalidad de pago aplicable
- Integración al SPUIIS
- Aceptación de auditorías de Gestoras y ADRES
- Aplicación de régimen tarifario*

Gestión de cuentas de servicios de mediana y alta complejidad



Sistema de gestión de riesgo financiero

MECANISMOS DE GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO	RESPONSABLE
<p>Presupuesto estándar para los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS Con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes.</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>
<p>Régimen de tarifas y formas de pago Fijados por el Ministerio de Salud en conjunto con la ADRES para modular la oferta de servicios y controlar los costos de los servicios y tecnologías reconocidos por el sistema</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES</p>
<p>Modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud Para detectar tendencias y desviaciones, realizar comparaciones entre regiones e instituciones</p>	<p>ADRES</p>
<p>Auditoría aleatoria o dirigida por parte de la ADRES</p>	<p>ADRES</p>
<p>Fondo de desastre</p>	<p>ADRES</p>
<p>Convenios de desempeño de la red de servicios</p>	<p>Entidades Territoriales y Gestoras de Salud y Vida</p>
<p>Auditoría integral previa, concurrente y a cuentas médicas</p>	<p>Gestoras de Salud y Vida</p>
<p>Validación de la facturación del componente complementario</p>	<p>Gestoras de Salud y Vida</p>



Salud

