SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A: GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

consultorsalud
Aportando a la salud Latinoamericana

formarsalud
Conocimiento que transforma

CONFERENCIA

SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A:
GERENTES DE EMPRESAS
SOCIALES DEL ESTADO

Programa de Saneamiento fiscal y financiero y Modelos asociativos para las ESE.

Luis Alberto Martinez Saldarriaga

AGENDA

- Conceptos básicos de los PSFF
- Informe de evaluación de los PSFF
- Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

Art. 80: Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado:

✓Se comunica a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar **el 30 de mayo de cada año.**

✓Teniendo en cuenta condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera.

✓Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una ESE o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto.

✓El informe de riesgo hará parte del plan de gestión del gerente..

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

LEY No. 1966 11 JUL 2019

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

Artículo 7º. Reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud.

- Los departamentos, en coordinación con los municipios de su jurisdicción, y los Distritos, reorganizarán la oferta de PSS teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos.
- Promoverá la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, privilegiando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia …
- El resultado de los citados procesos podrá ser la conformación o reorganización de ESES con Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, del orden departamental, distrital o municipal, que puedan tener una administración común, responsables de la PSS en los diferentes niveles de complejidad, incluidos sus procesos internos.

AESA
Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia

Artículo 7º. Reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud.

- SIn afectar la prestación del servicio de salud a los usuarios.
- El Gobierno nacional, en un plazo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará la organización y la operación de la red PSS.

AESA
Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia

Artículo 8º. Programa de SFF para Las ESE.

- Es un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de estas Empresas y asegurar la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.
- Las ESES, categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un PSFF, conforme a la metodología definida por los MSPS, y MHCP, el cual reglamentará las condiciones de adopción y ejecución correspondientes.

Artículo 8º. Programa de SFF para Las ESES.

- …
- El incumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo genera responsabilidad disciplinaria y fiscal para los representantes legales y revisores fiscales, de las ET y de las ESES, según corresponda.
- Las ET, en un término de tres (3) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán cumplir con lo establecido en este artículo en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud, según reglamentación que implemente el Gobierno nacional, conforme a los recursos dispuestos para la financiación de los PSFF de las ESE.

Artículo 9°. Aplicación de las medidas del PSFF.

- A partir de la fecha de presentación de los PSFF que adopten las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, y hasta que se emita el pronunciamiento del MHCP, no podrá iniciarse ningún proceso ejecutivo contra la ESE y se suspenderán los que se encuentren en curso.
- Durante la evaluación del programa se suspende el término de prescripción y no opera la caducidad de las acciones respecto de los créditos contra la ESE.
- Como consecuencia de la viabilidad del programa se levantarán las medidas cautelares vigentes y se terminarán los procesos ejecutivos en curso.
- Serán nulas de pleno derecho las actuaciones judiciales con inobservancia de la presente medida.
- Lo anterior no tendrá aplicación cuando se presente concepto de no viabilidad por parte del MHCP, **en este caso el MSPS y la SNS deben dar aplicación al artículo 7 de la presente ley.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA JURÍDICA

Revisó

Aprobó C. M. C.

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

DECRETO 058

(20 ENE 2020

Por el cual se sustituye el Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y se reglamentan los artículos 8 y 9 de la Ley 1966 de 2019

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO ANTE EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.

La propuesta de PSFF elaborada por los Gerentes de las ESES y aprobada por las Juntas Directivas se presenta al MHCP para su viabilidad por parte del Gobernador o Alcalde Distrital.

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

PLAZOS PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y ADOPCION DEL PSFF.

Los plazos para la elaboración, presentación y adopción de las propuestas de PSFF de las ESES serán definidos y comunicados mediante oficio, al respectivo Gobernador o Alcalde Distrital por el MHCP.

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

CRITERIOS DE VIABILIDAD DEL PSFF

- Presentar dentro de los plazos definidos y comunicados por el MHCP
- La Coherencia del PSFF y la articulación de la ESES con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE, definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el MSPS
- Los compromisos de apoyo a la ejecución del PSFF, por autoridades territoriales… con el correspondiente Decreto, Resolución, Ordenanza, Acuerdo o acto administrativo que garantice el aporte de recursos.

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

CRITERIOS DE VIABILIDAD DEL PSFF

- La identificación y valoración del pasivo de la ESES y un análisis de la incorporación de ese pasivo en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del Departamento, Distrito o Municipio como contingencia. .. identificar el impacto de tal eventualidad en las finanzas de la ET y en el resultado de los indicadores de las normas de disciplina fiscal territorial..
- Certificado o documento a través del cual la Junta Directiva y el Gerente de la Empresa Social del Estado se comprometen a celebrar un contrato de encargo fiduciario de administración y pagos..

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

NO VIABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO.

- Cuando no se elabore, no se presente o no se adopte la propuesta de PSFF en los plazos y condiciones definidos por el MHCP, este último informará debidamente a la Superintendencia Nacional de Salud y a los Organismos de Control para lo de sus competencias.
- Cuando no realice ajustes se remite a la Superintendencia Nacional de Salud y a los Organismos de Control para lo de sus competencias

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

“FUSIÓN”

Cuando la propuesta de PSFF no cumpla con los criterios de viabilidad, el MHCP declara su no viabilidad; lo devuelve al Gobernador o Alcalde Distrital para que adelante las acciones para garantizar la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado.

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

INTERVENCIÓN

INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO.

El MHCP remitirá a la SNS, las ESES que incumplan el PSFF, para que… adelante las actuaciones a que haya lugar, en el marco de sus competencias.

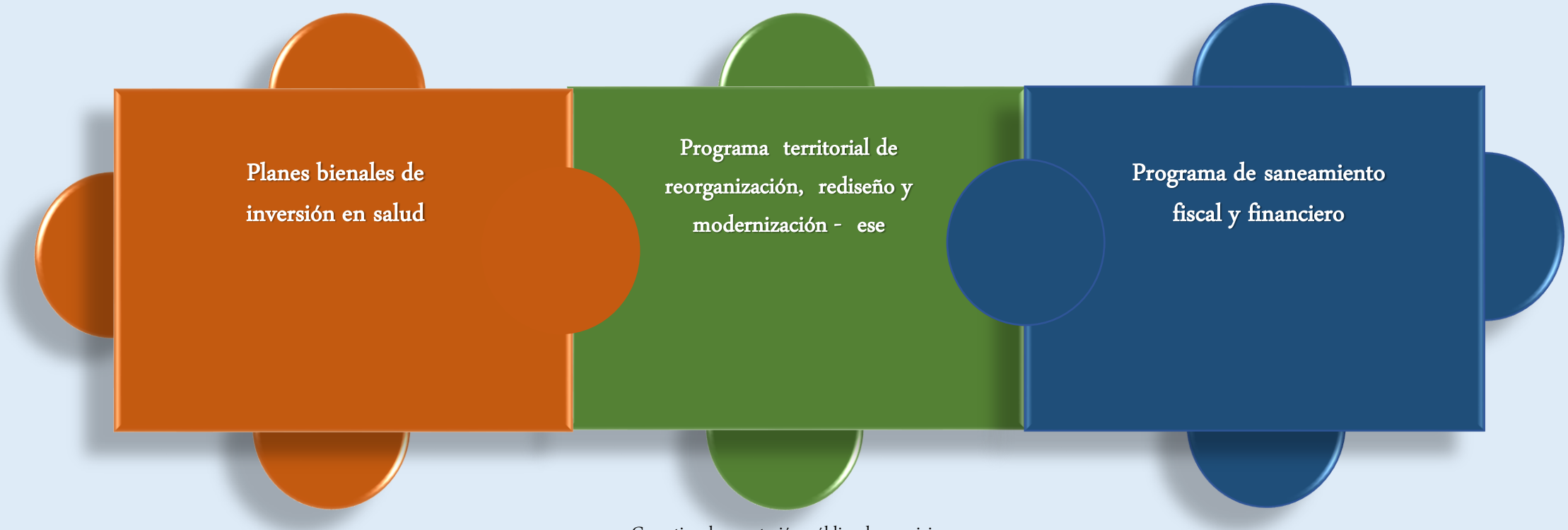
Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ESE QUE DEBAN ADOPTAR PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO.

Las ESE que deban adoptar un PSFF.., deberán administrar sus recursos, incluidos los destinados a la financiación del Programa a través de un contrato de encargo fiduciario de administración y pagos. Los plazos y condiciones para la celebración y ejecución del contrato de encargo fiduciario de administración y pagos serán establecidos por el MHCP

Fuente: Estudio de suficiencia MSPS

Herramientas de Gestión de la prestación pública



Planeación para la inversión pública en salud

Garantizar la prestación pública de servicios de salud, en condiciones eficiencia sostenibilidad

Restablecer solidez económica y financiera de las ESE

Prestación de servicios de salud

AGENDA

- Conceptos básicos de los PSFF
- Informe de evaluación de los PSFF
- Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

CONSOLIDADO ENTIDADES CATEGORIZADAS EN RIESGO (1)					
RESOLUCION MSPS	CATEGORIA DE RIESGO		TOTAL ESE EN RIESGO	TOTAL ESE	% ESE EN RIESGO
	ALTO	MEDIO			
2509/2012	312	91	403	968	41,60%
1877/2013	412	128	540	967	55,80%
2090/2014	430	138	568	955	59,50%
1893 Y 5597 / 2015	184	61	245	953	25,70%
2184 Y 3916 / 2016	194	78	272	947	28,70%
1755 / 2017	130	51	181	921	19,65%
2249 / 2018	149	51	200	912	21,93%

(1): Incluye las Fundaciones Sin Ánimo de Lucro del Departamento de Antioquia.

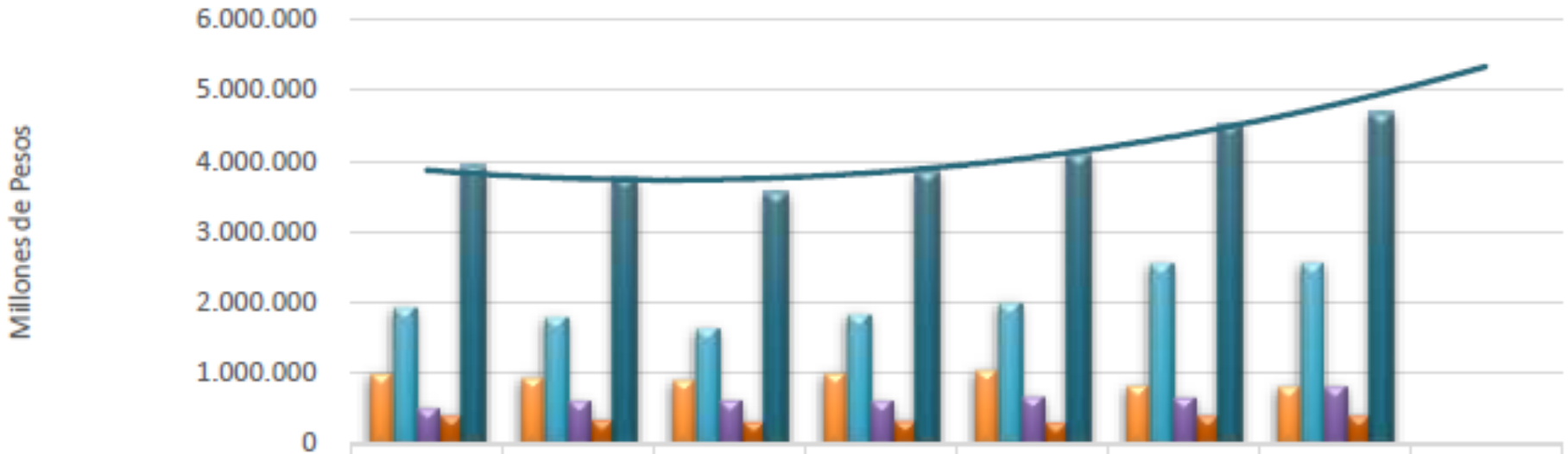
Fuente: Resoluciones de Categorización de Riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social

A nivel Nacional se observó que al cierre de la vigencia 2018 las 924 ESE, reportaron déficit consolidad de $835.603 millones, producto del recaudo de ingresos por $12.1 billones y compromisos por $12.99 billones, lo que demuestra la insostenibilidad de la red pública de prestadores de servicios de salud. Ahora si se compara las últimas vigencias la situación es la siguiente:

Año							
Valores a precios constantes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos Recaudados	10.622.724	12.445.103	12.935.411	12.505.103	10.545.358	11.341.020	12.153.766
Gastos Comprometidos	11.881.606	12.845.786	13.091.522	13.199.007	11.133.168	12.317.933	12.989.369
Excedente/Déficit	-1.258.882	-400.683	-156.112	-693.904	-587.810	-976.913	-835.603

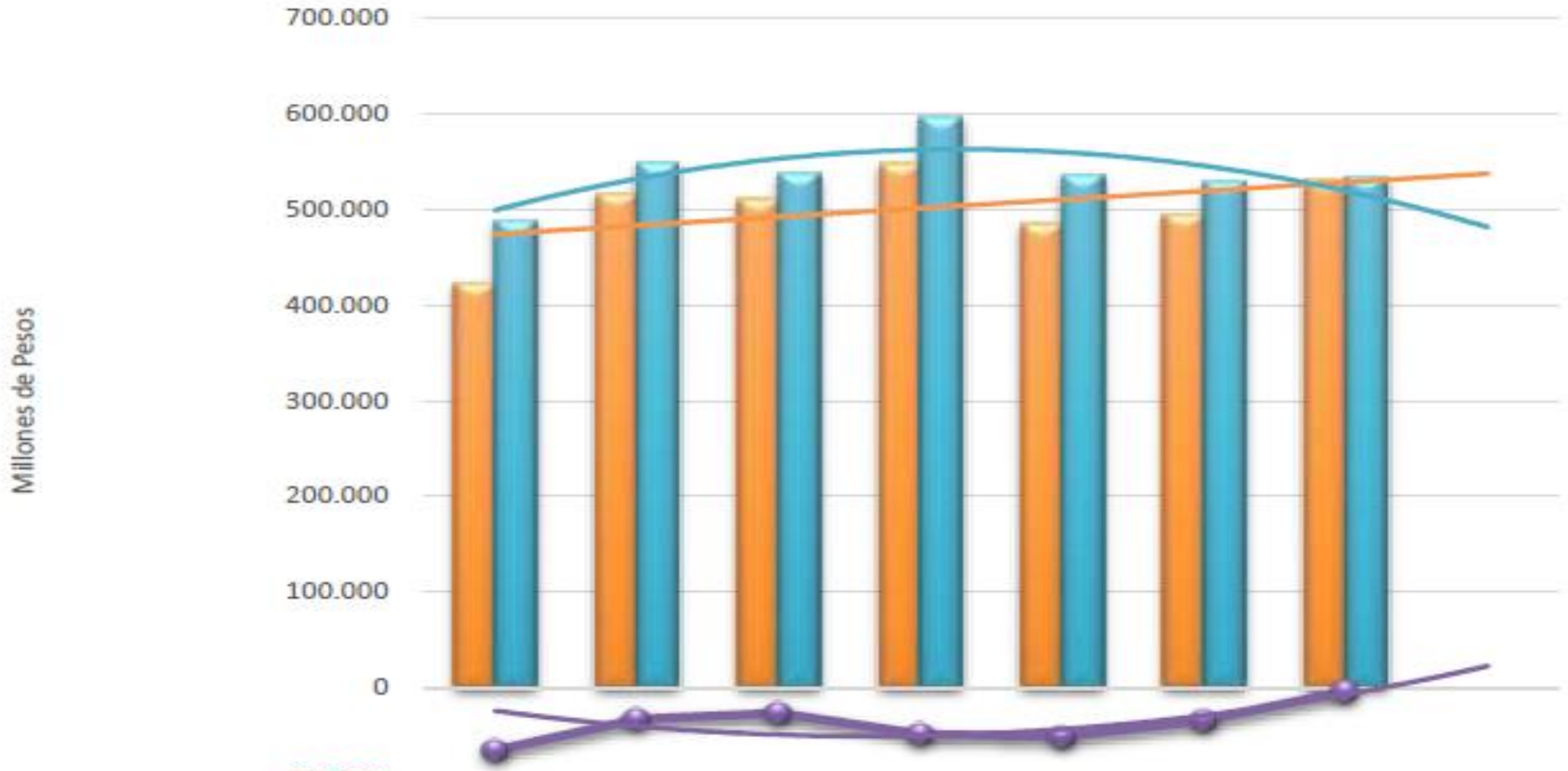
Al desagregar el resultado presupuestal por nivel de atención el mayor déficit se encuentra en las ESE de segundo nivel con $422.825 millones, seguido por el tercer nivel con $323.431 millones y finalmente el primer nivel con $89.355 millones. Es preocupante que en el nivel 3 de atención el déficit continúa aumentando, generando insostenibilidad en el sistema, Ahora, se destaca la diminución en el déficit de las ESE del Nivel 1 que al comparar el resultado presupuestal de la vigencia 2017 con 2018 se tiene una disminución de 49%, por el contario las ESE de segundo nivel continúan su tendencia deficitaria.

TENDENCIA SALDO DE PASIVO ANUAL 2012 - 2018 - Nacional



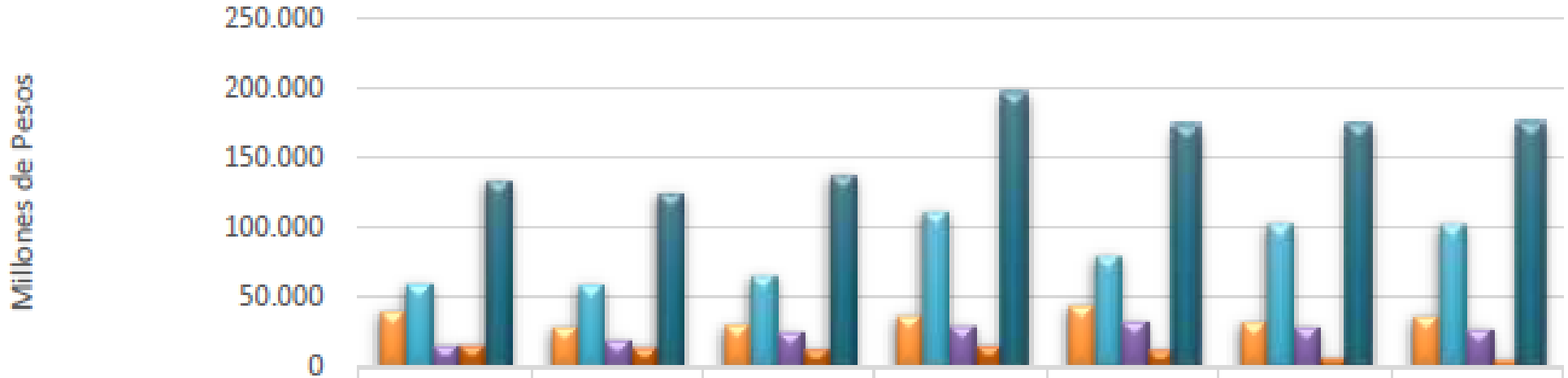
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS PERSONALES	1.013.684	961.431	929.155	1.021.805	1.068.159	847.352	834.838
CUENTAS POR PAGAR	1.949.409	1.813.307	1.657.434	1.852.521	2.013.347	2.581.028	2.582.763
PASIVOS ESTIMADOS	527.408	636.215	636.870	632.415	690.025	676.457	834.636
OTROS PASIVOS	429.390	363.732	337.122	348.578	325.550	426.214	425.231
TOTAL DEL PASIVO	3.919.890	3.774.685	3.560.580	3.855.319	4.097.081	4.531.050	4.677.467

TENDENCIA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL NIVEL 1. 2012 - 2018 - Nacional



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos Recaudados	423.273	516.551	511.205	548.298	484.972	495.286	530.557
Gastos Comprometidos	488.828	549.563	537.877	597.005	536.237	529.352	534.131
Excedente/Déficit	-65.555	-33.012	-26.672	-48.707	-51.265	-34.066	-3.575

TENDENCIA SALDO DE PASIVO CORTE DICIEMBRE NIVEL 1. 2012 - 2018 - Nacional

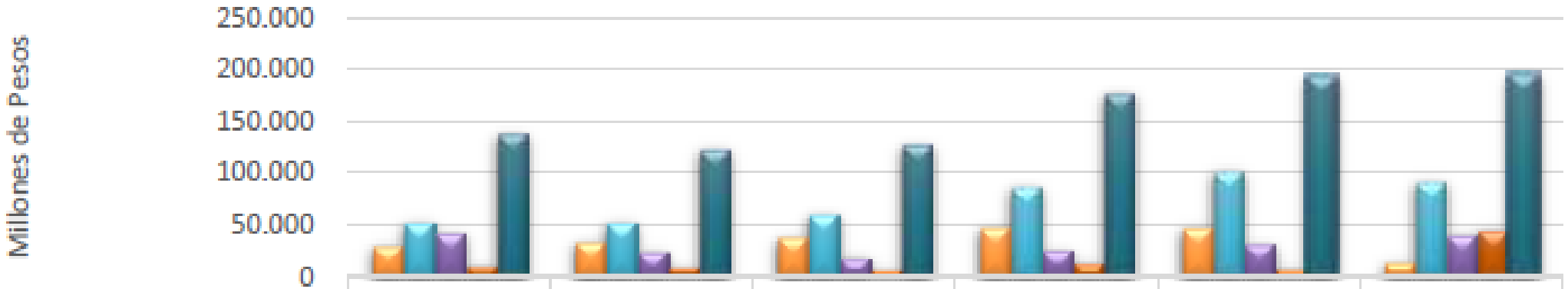


	2012 - 12	2013 - 12	2014 - 12	2015 - 12	2016 - 12	2017 - 12	2018 - 12
SERVICIOS PERSONALES	41.024	29.831	31.441	38.076	45.251	33.315	37.598
CUENTAS POR PAGAR	60.751	59.941	66.918	112.466	80.741	104.190	103.942
PASIVOS ESTIMADOS	16.551	20.453	26.243	30.569	33.811	29.912	27.894
OTROS PASIVOS	16.654	15.325	14.005	16.567	13.715	7.694	6.405
TOTAL DEL PASIVO	134.979	125.550	138.607	197.679	173.518	175.110	175.839

TENDENCIA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL NIVEL 2. 2012 - 2018 - Nacional

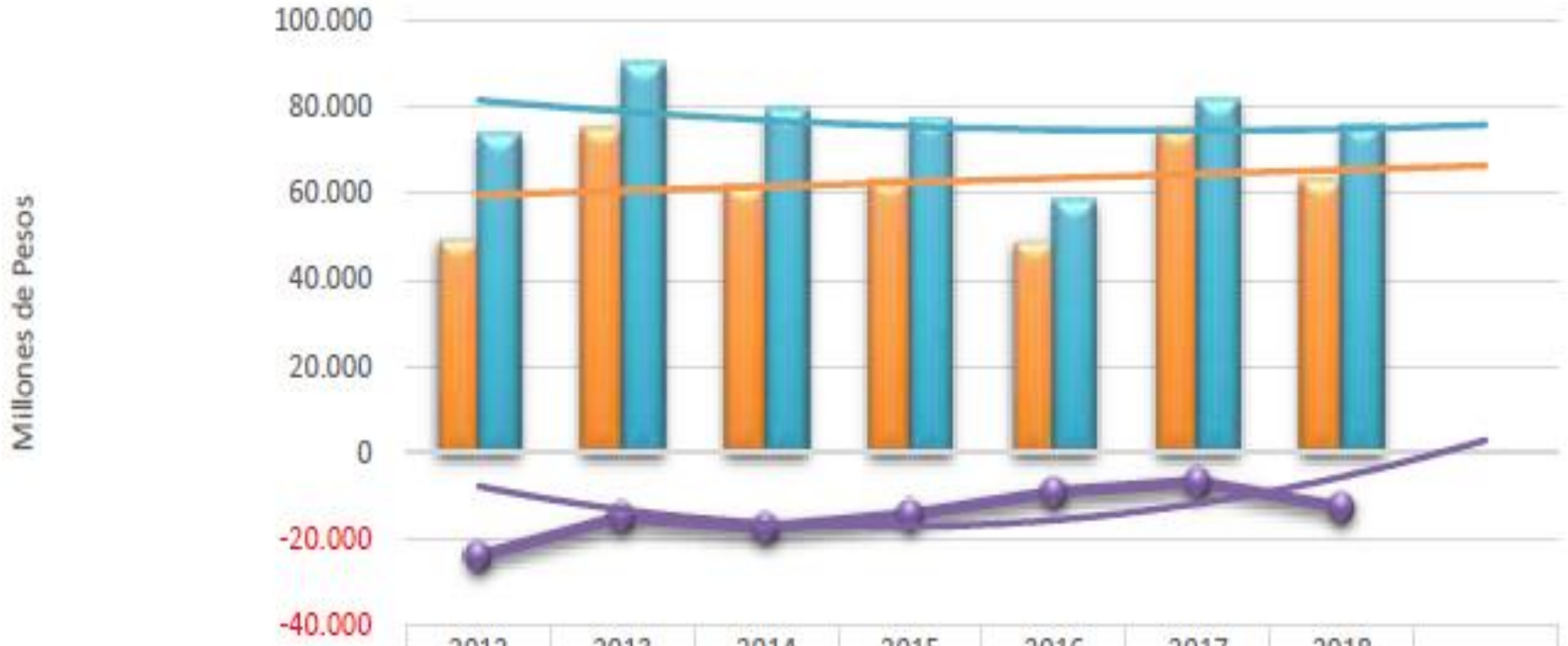
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos Recaudados	323.288	370.995	371.591	333.593	307.932	378.685	425.095
Gastos Comprometidos	392.539	441.839	449.293	471.109	408.012	424.296	425.924
Excedente/Déficit	-69.250	-70.844	-77.702	-137.516	-100.080	-45.611	-829

TENDENCIA SALDO DE PASIVO CORTE DICIEMBRE NIVEL 2. 2012 - 2018 - Nacional



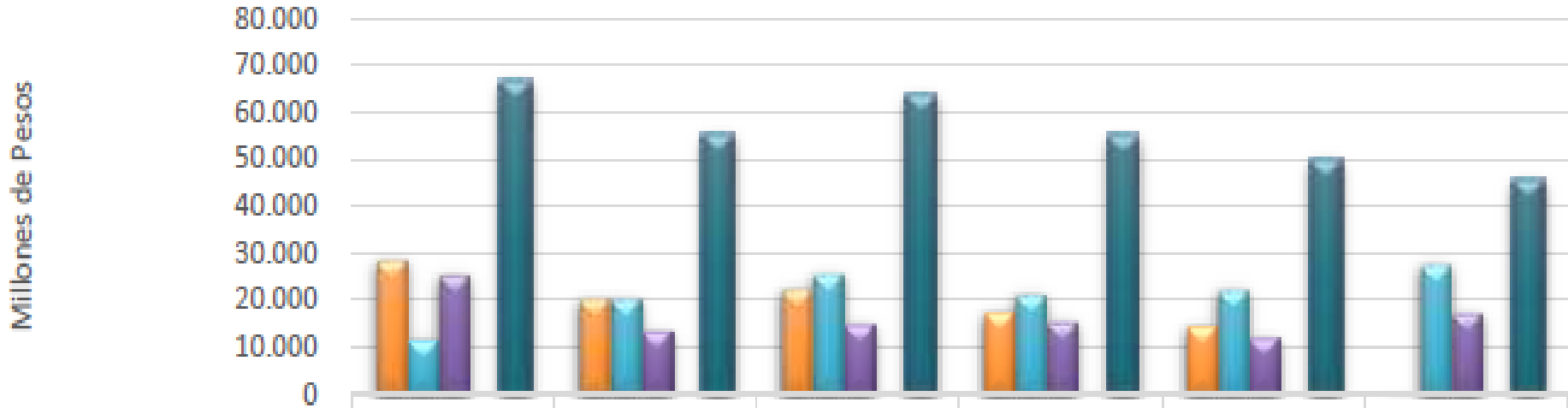
	2012 - 12	2013 - 12	2014 - 12	2015 - 12	2016 - 12	2017 - 12
SERVICIOS PERSONALES	31.022	34.889	39.793	49.074	48.593	15.203
CUENTAS POR PAGAR	53.458	53.483	61.681	88.151	103.268	93.096
PASIVOS ESTIMADOS	43.592	25.249	19.394	26.872	33.050	41.537
OTROS PASIVOS	11.714	10.480	8.073	14.381	8.877	45.917
TOTAL DEL PASIVO	139.786	124.100	128.941	178.477	193.788	195.754

TENDENCIA SALDO EJECUCIÓN PRESUPUESTAL NIVEL 3. 2012 - 2018 - Nacional



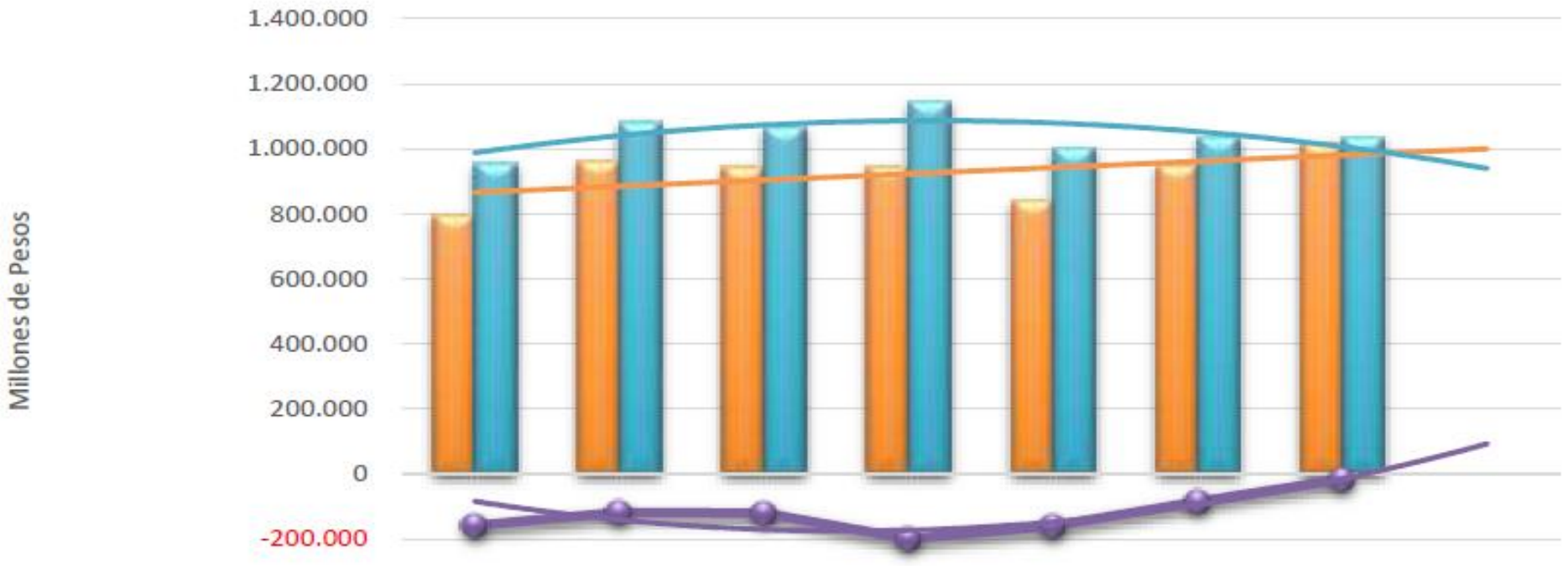
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos Recaudados	49.821	75.357	62.092	63.176	49.329	75.112	63.303
Gastos Comprometidos	73.860	90.236	79.540	77.566	58.506	81.947	76.044
Excedente/Déficit	-24.039	-14.879	-17.448	-14.390	-9.177	-6.835	-12.741

TENDENCIA SALDO DE PASIVO CORTE DICIEMBRE NIVEL 3. 2012 - 2018 - Nacional



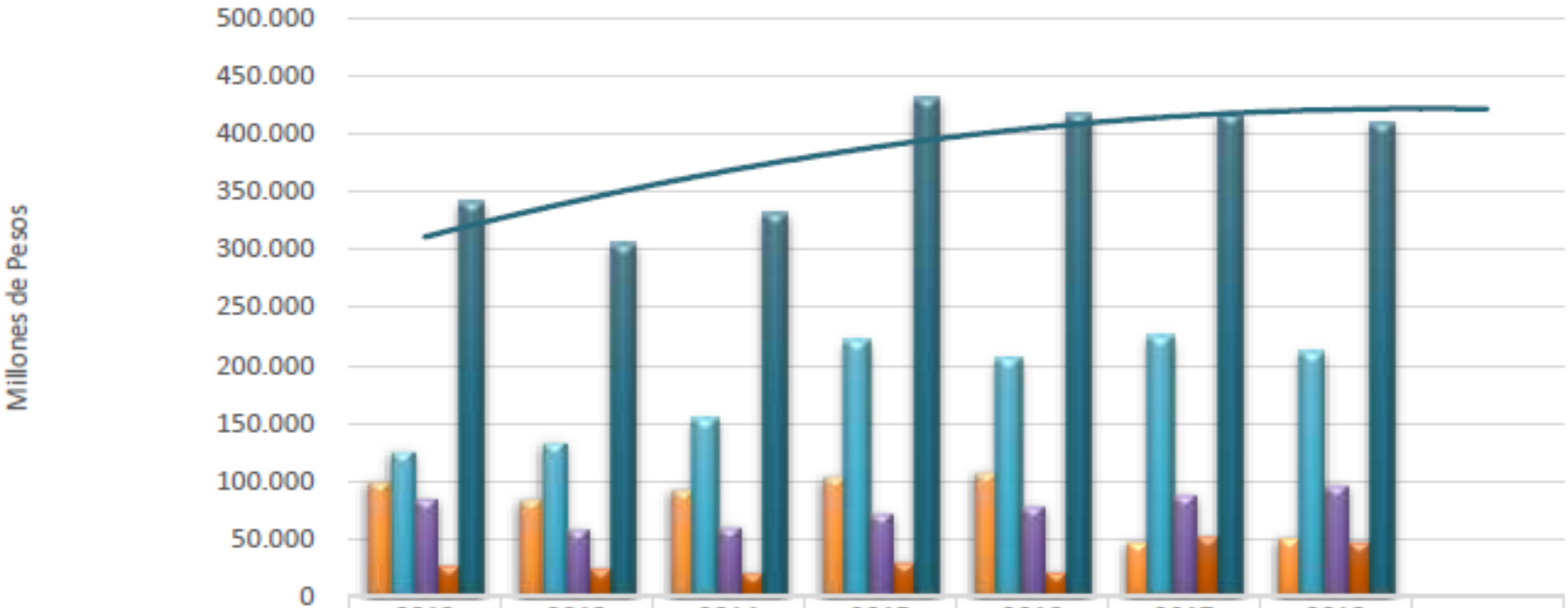
	2012 - 12	2013 - 12	2014 - 12	2015 - 12	2016 - 12	2017 - 12
SERVICIOS PERSONALES	28.930	20.791	22.783	17.888	14.977	215
CUENTAS POR PAGAR	12.015	20.739	25.937	21.600	22.586	27.923
PASIVOS ESTIMADOS	25.770	13.860	15.231	15.719	12.460	17.592
OTROS PASIVOS	0	0	0	0	0	0
TOTAL DEL PASIVO	66.715	55.390	63.951	55.206	50.023	45.730

-TENDENCIA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL ANUAL 70 ESES. 2012 - 2018 - Nacional



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos Recaudados	796.382	962.903	944.887	945.067	842.233	949.083	1.018.955
Gastos Comprometidos	955.227	1.081.638	1.066.710	1.145.680	1.002.754	1.035.595	1.036.100
Excedente/Déficit	-158.845	-118.735	-121.822	-200.613	-160.521	-86.511	-17.145

TENDENCIA SALDO DE PASIVO ANUAL 70 ESES. 2012 - 2018 - Nacional



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS PERSONALES	100.976	85.510	94.016	105.037	108.821	48.733	52.131
CUENTAS POR PAGAR	126.223	134.163	154.536	222.217	206.594	225.210	211.793
PASIVOS ESTIMADOS	85.913	59.562	60.868	73.160	79.321	89.040	97.193
OTROS PASIVOS	28.368	25.805	22.078	30.949	22.592	53.611	48.575
TOTAL DEL PASIVO	341.480	305.040	331.499	431.363	417.329	416.595	409.693

Recomendaciones del MHCP

47
67%

#	ALERTA	RECOMENDACIÓN
18	ALTA	Modificar su PSFF
29	MEDIA	Evaluar con el Departamento/ Distrito posible presentación de modificación de su PSFF
23	BAJA	Continuar con un monitoreo y seguimiento continuo al PSFF

Resultados ESE con PSFF viabilizado.

- ✓ Del total de las 70 ESE con PSFF viabilizado se observó que el déficit presupuestal disminuyó 86%, esto al comparar la vigencia 2014 frente a 2018. Situación justificada por el ajuste en el gasto incluido en los PSFF, que bajó de $1.066 millones en 2014 a $1.036 millones al cierre de 2018. Ahora si comparamos el ingreso, no existe variaciones significativas entre 2014 y 2017 (0.7%) Así las cosas, el anterior resultado es producto del ajuste en gastos más que el de un aumento importante en los ingresos, lo que evidencia que los problemas de liquidez en el Sistema persisten, solo que para evitar la parálisis las ESE se están adaptando.

- ✓ Se observa una tendencia de incremento de los pasivos, acompañado de una disminución en el déficit presupuestal, situación explicada por el aumento en la facturación, que no se traduce en aumento en el recaudo, por el no pago de las facturas por parte de las EPS y de las entidades territoriales vía glosas o por demoras en el flujo de recursos hacia la ESE; por lo tanto, las mismas ESE como los departamentos o distritos deberán realizar un mayor seguimiento a estos comportamientos para anticiparse al incumplimiento del PSFF. Es necesario tener especial cuidado con las acreencias relacionadas con los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, aseo, luz y energía eléctrica, y gas) que soportan buena parte del adecuado funcionamiento de las ESE, la calidad y continuidad de los servicios de salud, además de incidir en la sostenibilidad de las empresas o dependencias de servicios públicos que también atienden a toda la población del o los municipios de jurisdicción de las ESE y de las mismas entidades territoriales.

Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

rmarsalud
imiento que transforma

- ¿Porque Redes Integradas de Servicios de Salud?
- Conceptos básicos de RISS
- Reflexiones finales

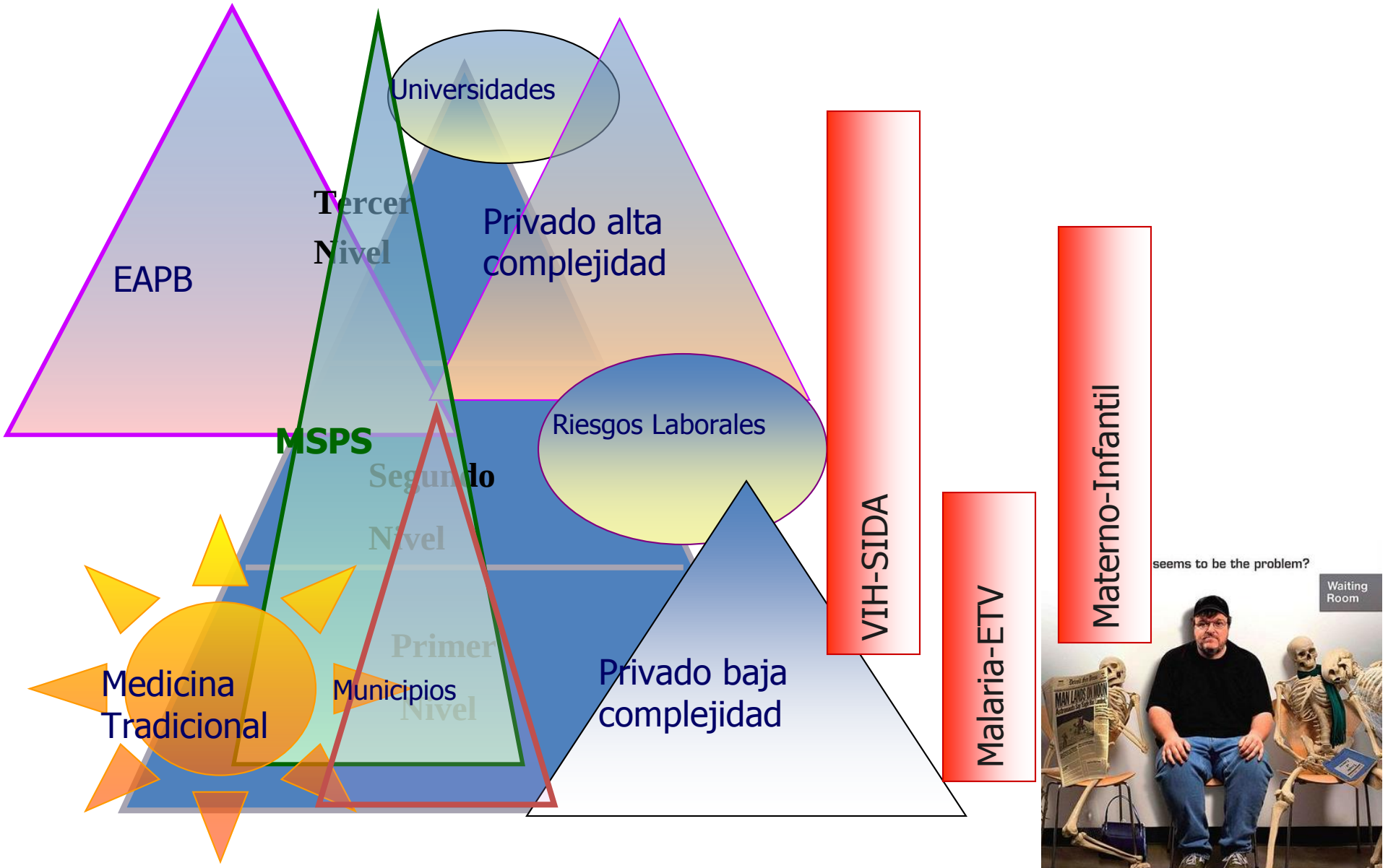
Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

rmarsalud
imiento que transforma

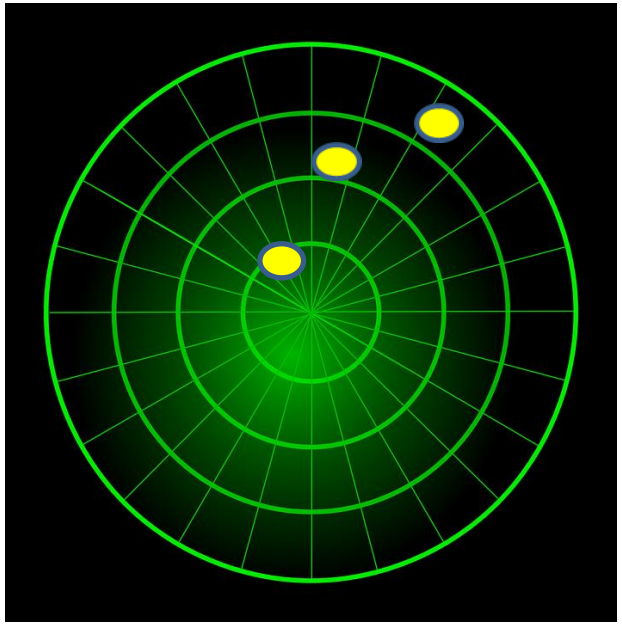
- ¿Porque Redes Integradas de Servicios de Salud?
- Conceptos básicos de RISS
- Reflexiones finales

SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A :
GERENTES DE EMPRESAS
SOCIALES DEL ESTADO

Fragmentación de Servicios de Salud



El modelo Biomédico y el fenómeno del radar



El paciente aparece

El paciente es “tratado”

El paciente es dado de “alta”

El paciente “desaparece del radar”

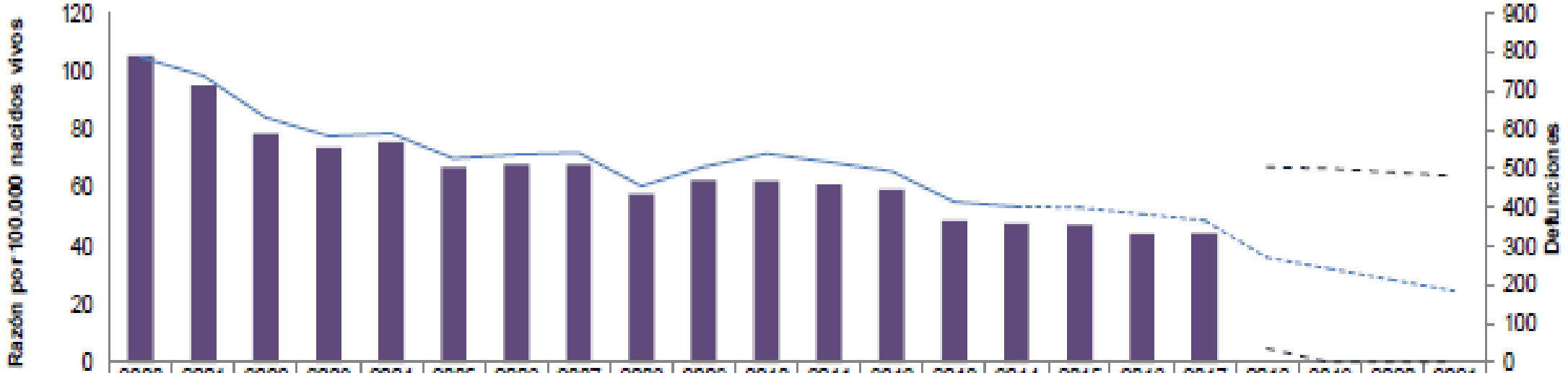
Adaptado Jesus Maria Fernández
País Vasco España

40

MODELO DE ATENCIÓN ACTUAL

- ✓Centrado en la atención episódica de eventos agudos.
- ✓ Organizado desde la oferta y por niveles de atención que fragmentan la prestación de servicios.
- ✓Basados en hospitales y atención por especialista con uso intensivo de tecnología cara.
- ✓Provisión de atención curativa mediante procesos fragmentados.
- ✓Falta de continuidad, calidad y seguridad del paciente.
- ✓Generador de exclusión y gran insatisfacción.

Gráfico 104. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005-2017, proyecciones 2018-2021

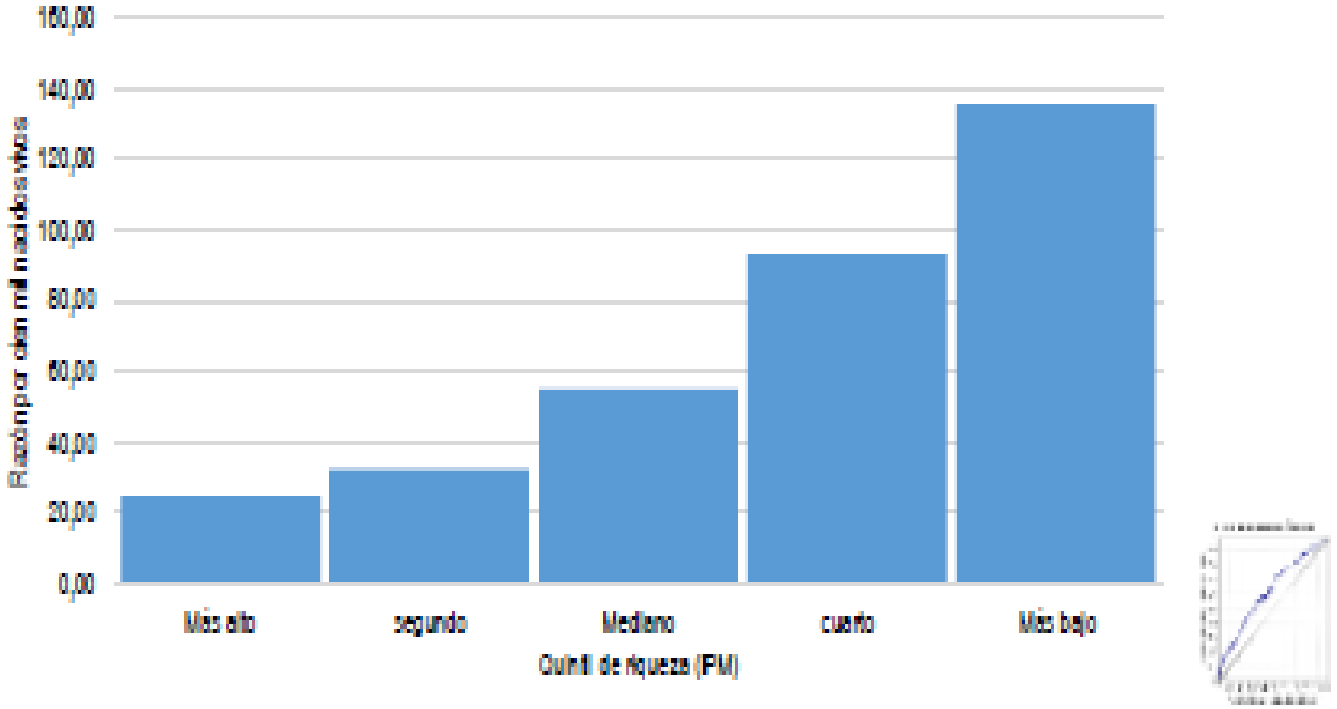


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Defunciones	790	714	591	553	569	505	510	511	434	471	469	458	446	364	359	355	332	335				
Razón	104,9	98,6	84,4	77,8	78,7	70,1	71,4	72,0	60,7	67,3	71,6	68,8	65,9	55,2	53,7	53,3	51,2	49,0	36,1	32,3	28,5	24,7
LI IC 95%																			4,9	0,0	0,0	0,0
LS IC95%																			67,4	66,6	65,5	64,2

En línea punteada se presentan las proyecciones de las razones de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

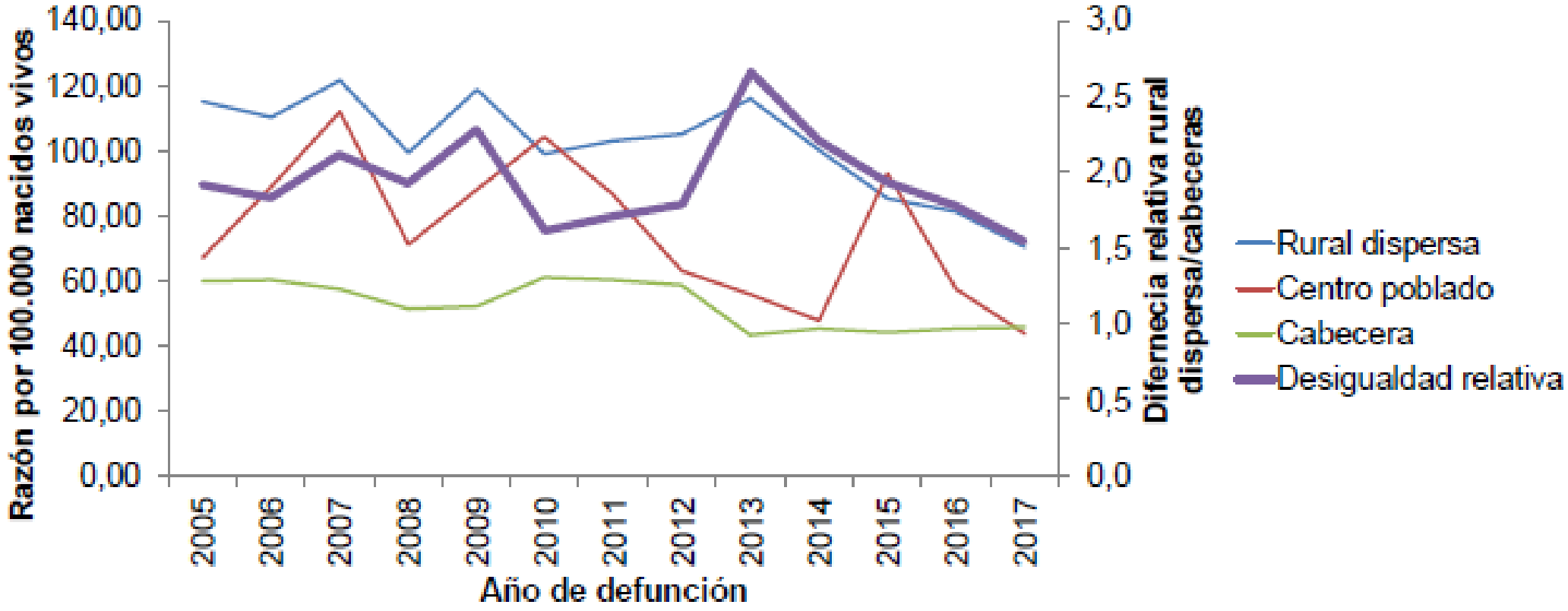
Gráfico 107. Desigualad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPSy los cálculos de IPM del DNP.

Consultado el 20 de abril de 2019.

Gráfico 105. Mortalidad materna según área, 2005-2017

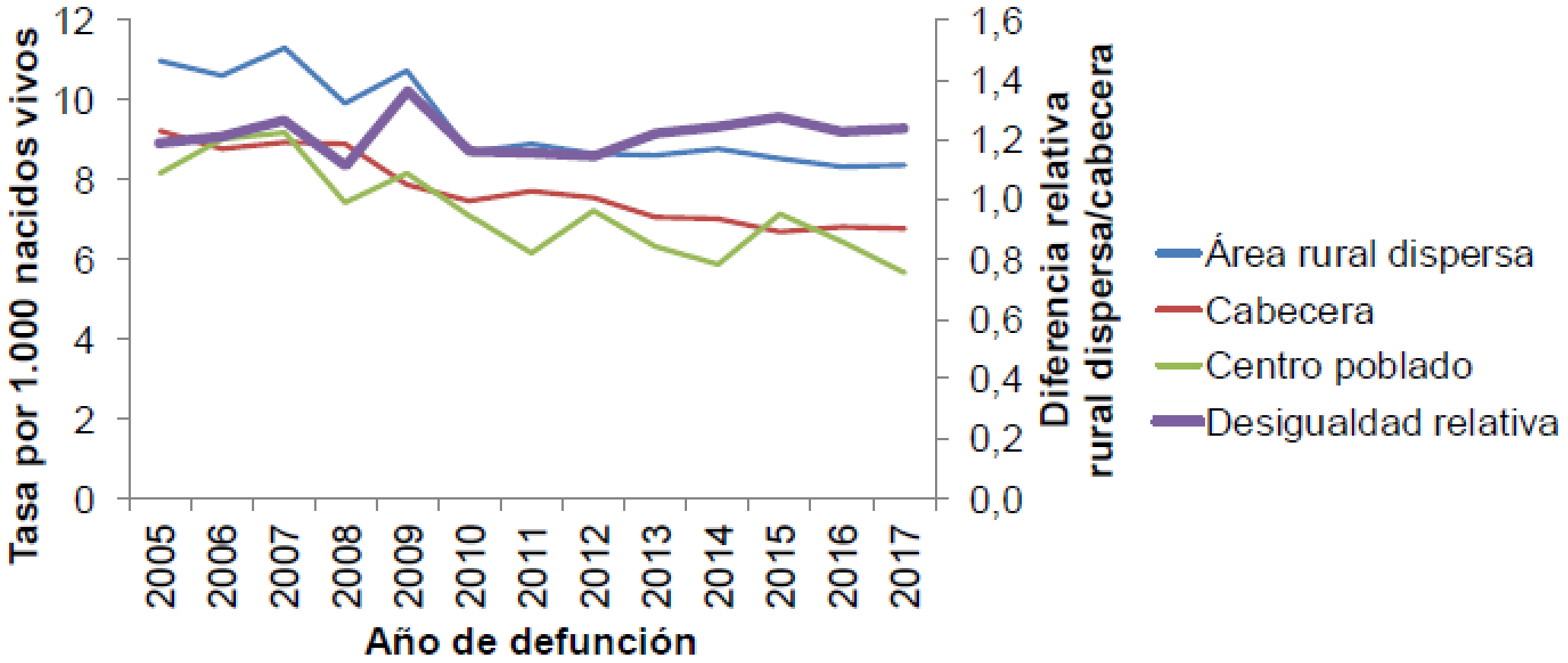


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

Mapa 28. Mortalidad materna según departamentos, 2017

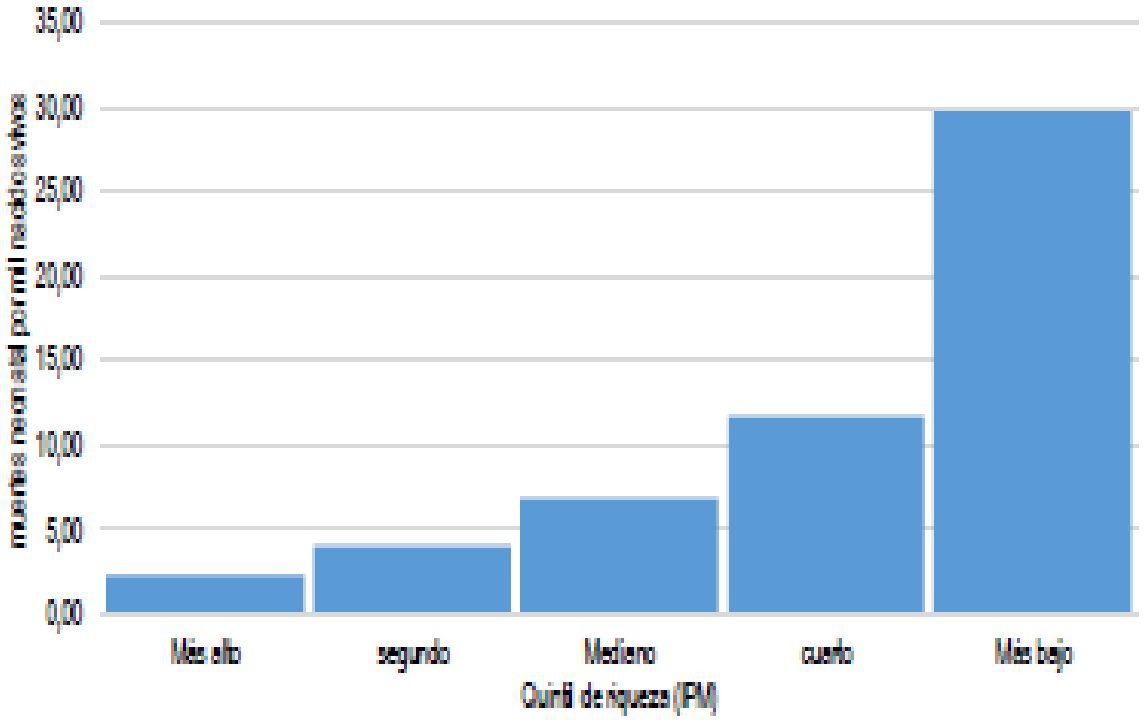
Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

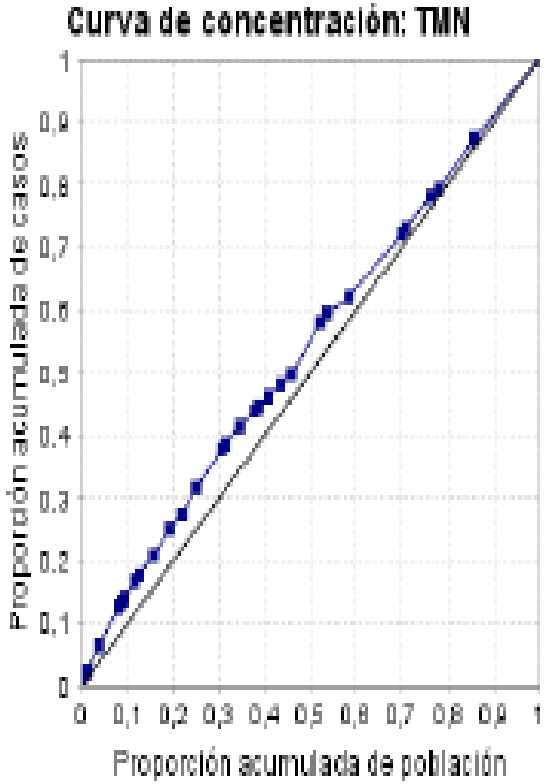
Gráfico 110. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Gráfico 112.Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017

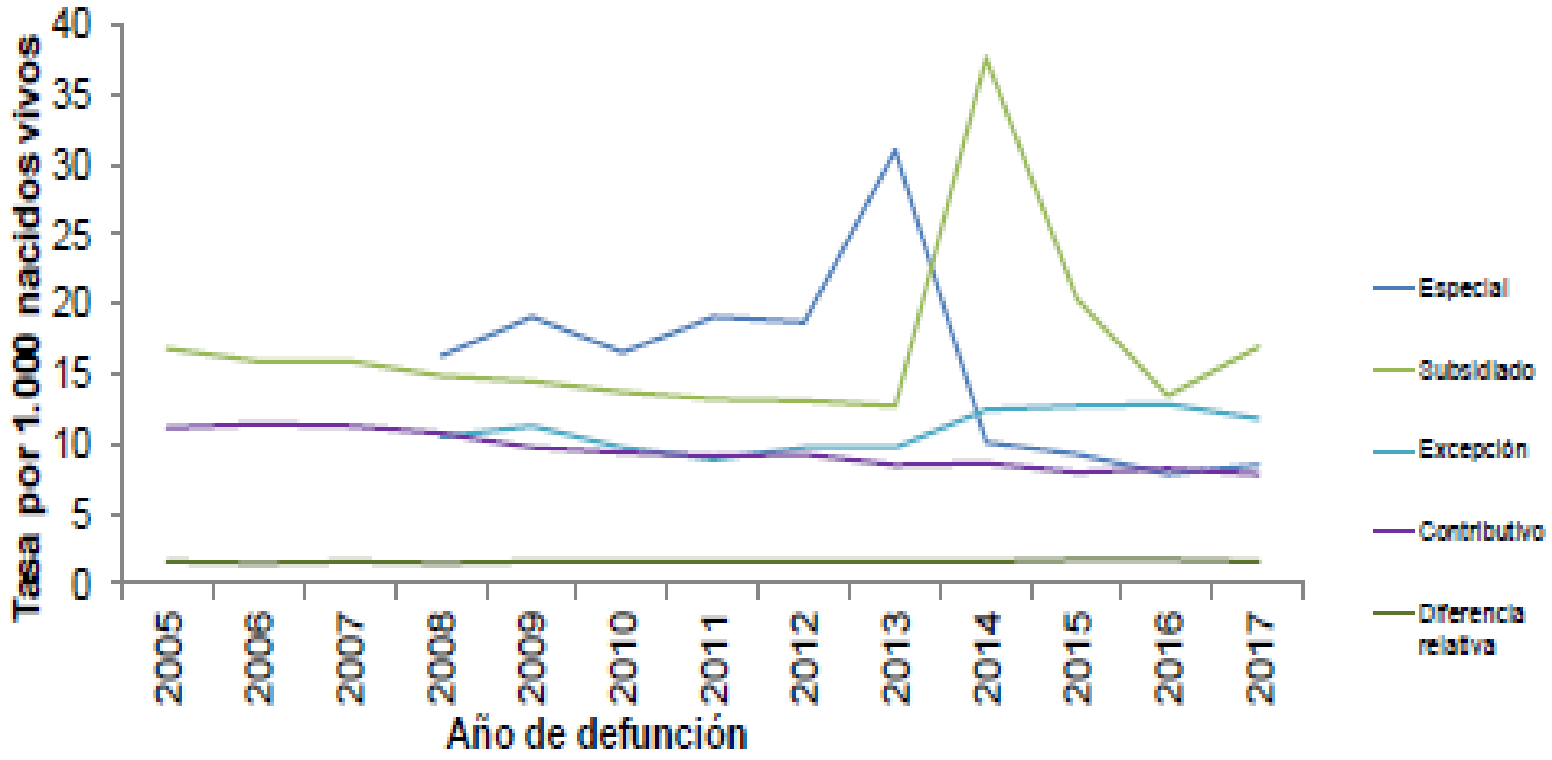




Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.

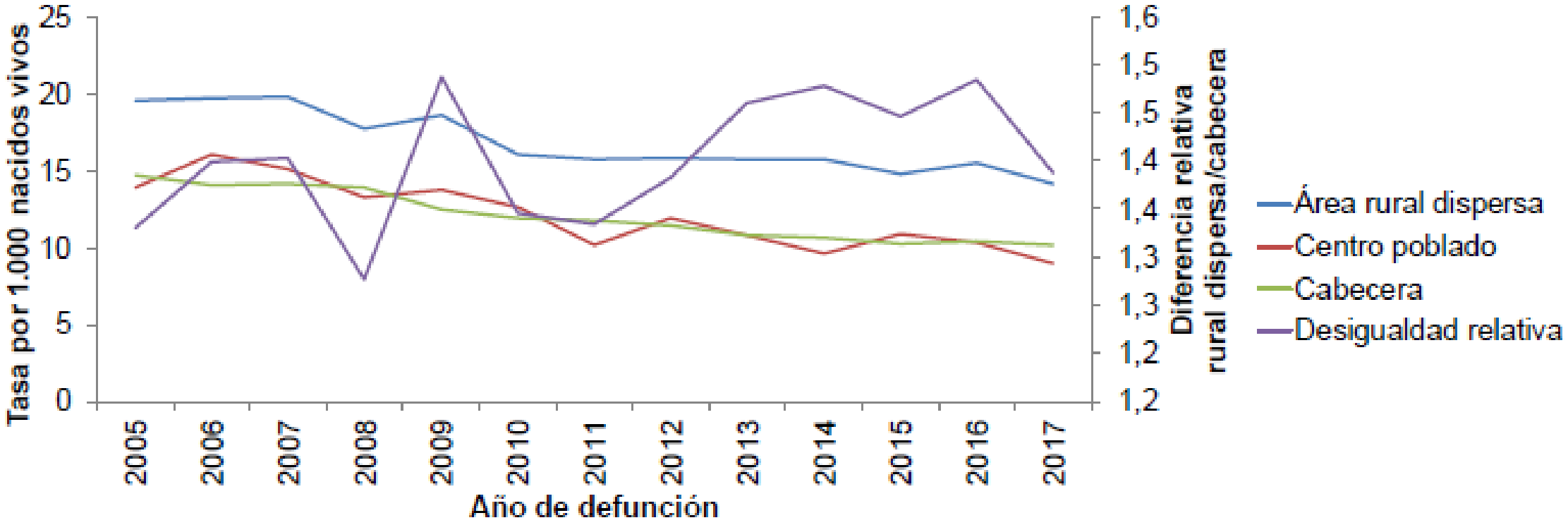
Consultado el 10 de junio de 2019.

Gráfico 117. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Gráfico 118. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Cobertura de aseguramiento **no es**

- *El acc… …ntre 1997 y… …del SGSS*
- *Region… …enor dispon…*
- *Existe… …de salud e…*
- *Por ot… …l de accede…*

Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Centro de estudios económicos regional del Banco de la República. 2014. p 20-29. Consultado: 6 de abril 2016. Disponible http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf

Caso cáncer de mama. Barreras de acceso

- *En general, los estudios plantean la existencia de un acceso inequitativo, siendo las mujeres de menores recursos económicos, las de bajo nivel educativo y las afiliadas al Régimen Subsidiado quienes experimentan un mayor volumen de barreras de acceso*
- *Las barreras impuestas por el asegurador están relacionadas con la contratación insuficiente de proveedores y prestadores (Contrato con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos), y con los trámites para acceder a la atención. La cancelación de contratos con las empresas prestadoras y no suplir estas instituciones, es una de las dificultades más importantes*

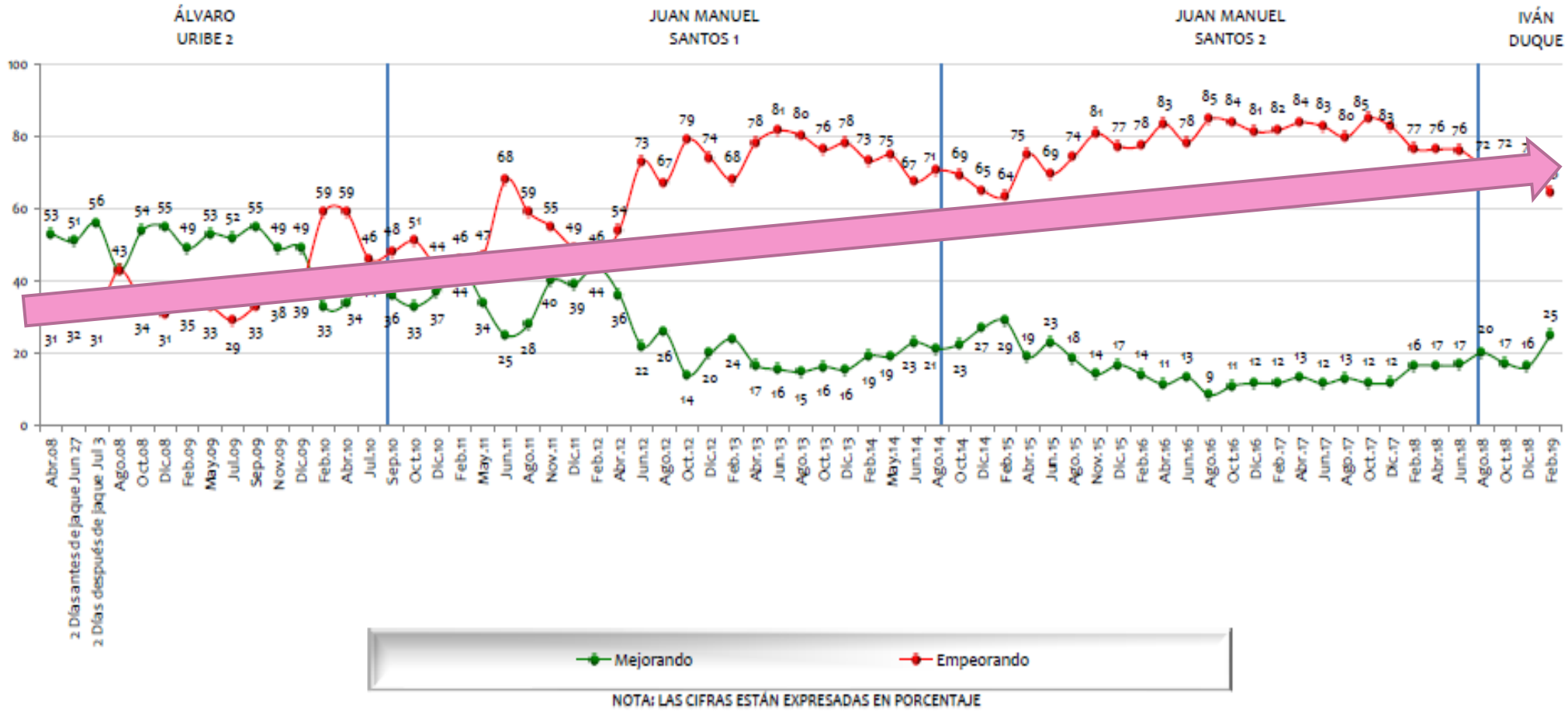
Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 304-313http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/16798/20779818

GALLUP POLL

Considera usted que___en Colombia está mejorando o está empeorando?

BASE: 600 ENCUESTADOS, ERROR 4%

Calidad y cubrimiento de la salud



NOTA: LAS CIFRAS ESTÁN EXPRESADAS EN PORCENTAJE

SGSSS: Dificultades

El Sistema está enfocado más a la enfermedad que a la salud

Alta carga de la enfermedad

Inequidades en salud, regionales y poblacionales

Fragmentación, desintegración en la atención

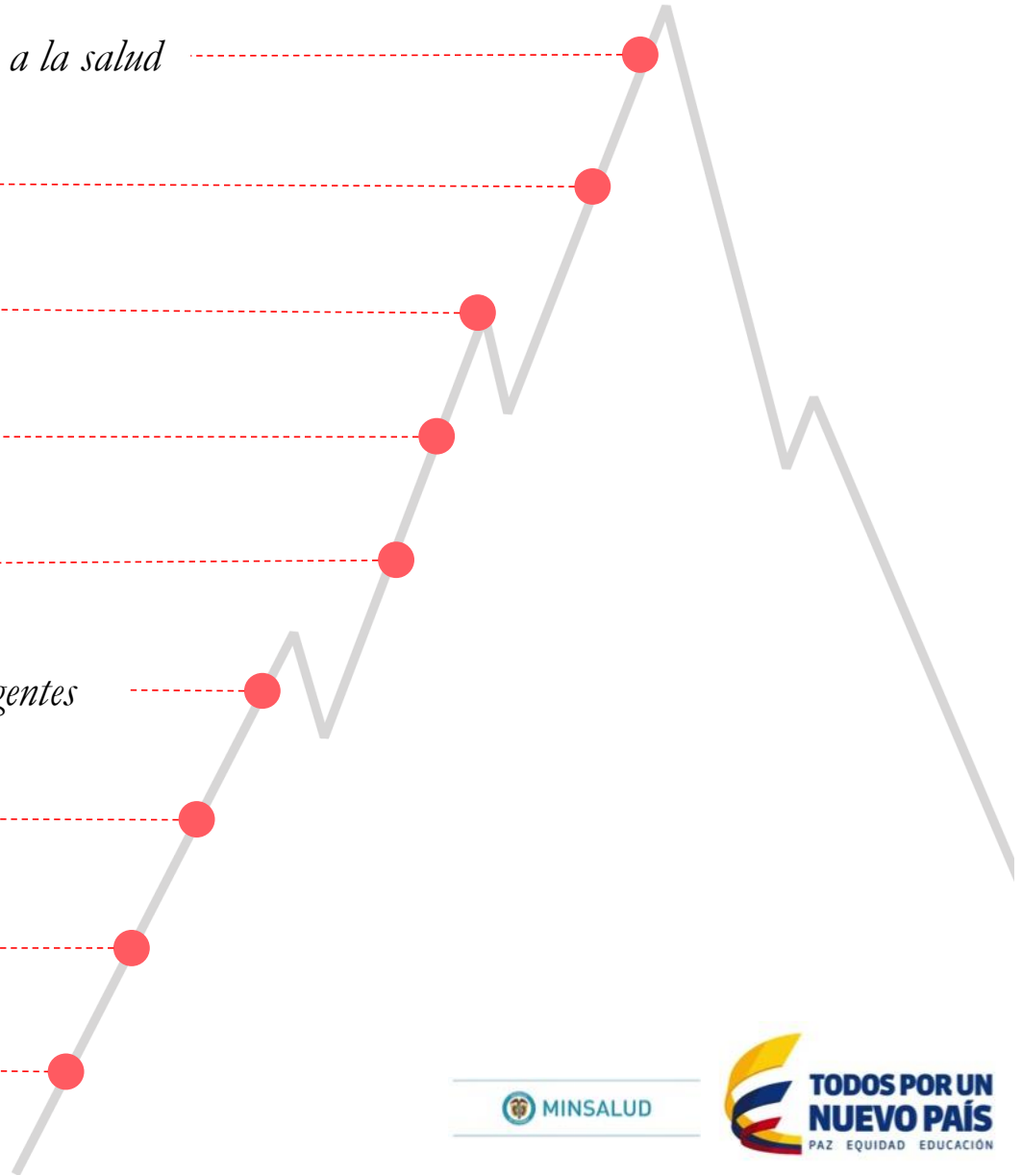
Poca resolutividad en los niveles primarios

Falla de Mercado / Incentivos negativos entre los agentes

Falla regulatoria

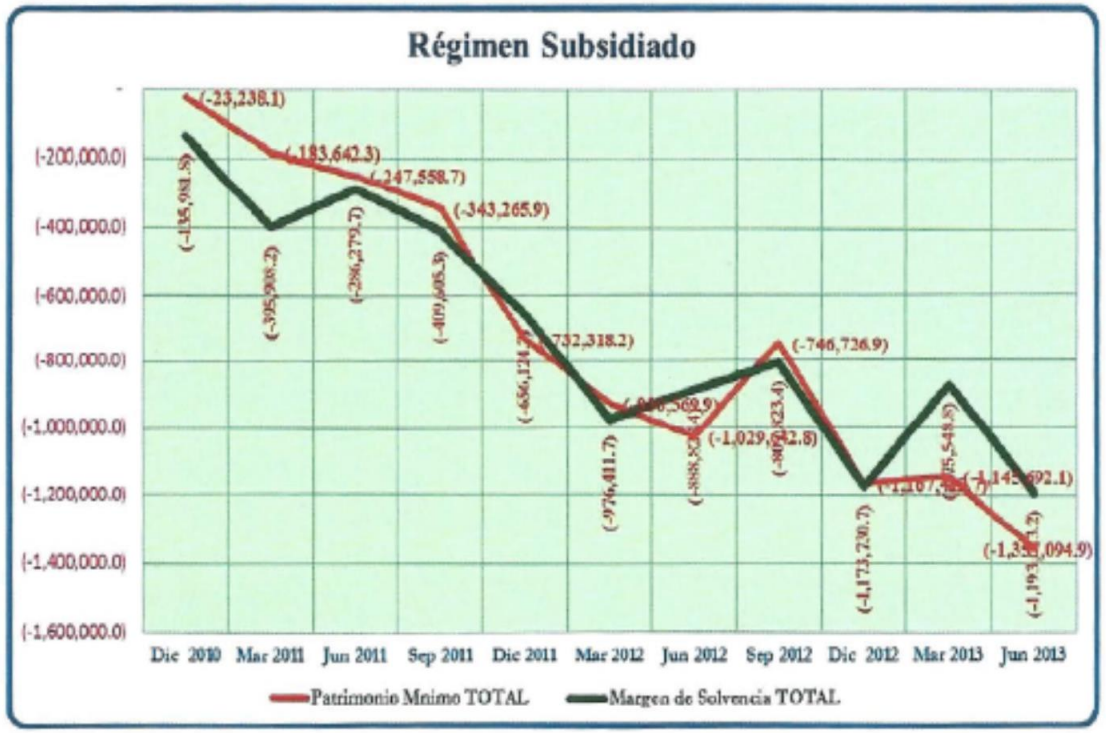
Desafíos de sostenibilidad financiera

Desconfianza y deshonestidad entre los agentes



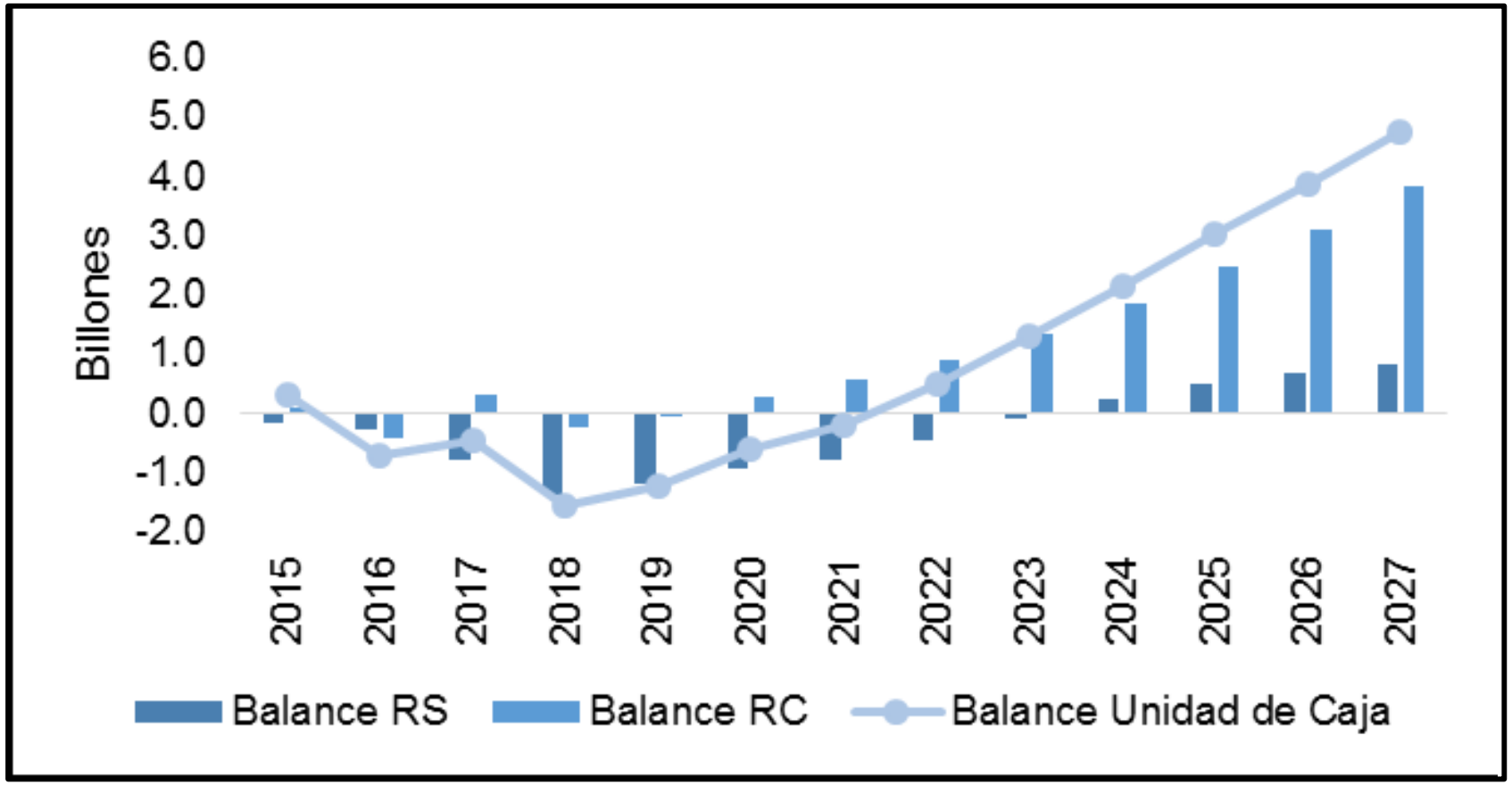
MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



DETERIORO PATRIMONIAL DE LAS EPS

Balance de Unidad de Caja por Régimen 2015-2027



Fuente: Cálculos propios MHCP - Viceministerio Técnico-DGPM-DGRESS.

Tabla 6. Resultado del indicador de Patrimonio Adecuado por tipo de Régimen - Cifras en miles de millones de $ [7]

No. EPS DIC-18	Tipo de Régimen	JUN-15	DIC-15	DIC-16(1)	DIC-17(2)	DIC-18(3)
12	EPS Contributivo	-1.610	-1.670	-1.174	-1.544	-1.188
22	EPS Subsidiado	-1.858	-2.088	-3.273	-3.911	-4.510
3	EPS con Contributivo y Subsidiado	-1.016	-885	-743	-1.084	-2.314
37	**TOTAL RESULTADO**	**-4.483**	**-4.643**	**-5.190**	**-6.539**	**-8.012**

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única - cálculos SNS.

Notas: (1): La medición a diciembre de 2016 no incluye la EAS Ferrocarriles de Colombia, ni a la EPS Cafesalud.
(2): La medición a diciembre de 2017 no incluye a la EAS Ferrocarriles de Colombia, ni los $1,2 Bill de Activo Intangible de Medimás.
(3): La medición a diciembre de 2018 no incluye el resultado de Salud Mía dado que al corte solo llevaba 4 meses de operación.

Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

rmarsalud
imiento que transforma

- ¿Porque Redes Integradas de Servicios de Salud?
- Conceptos básicos de RISS
- Reflexiones finales

SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A :
GERENTES DE EMPRESAS
SOCIALES DEL ESTADO

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO VS ACCESO EFECTIVO

Elementos

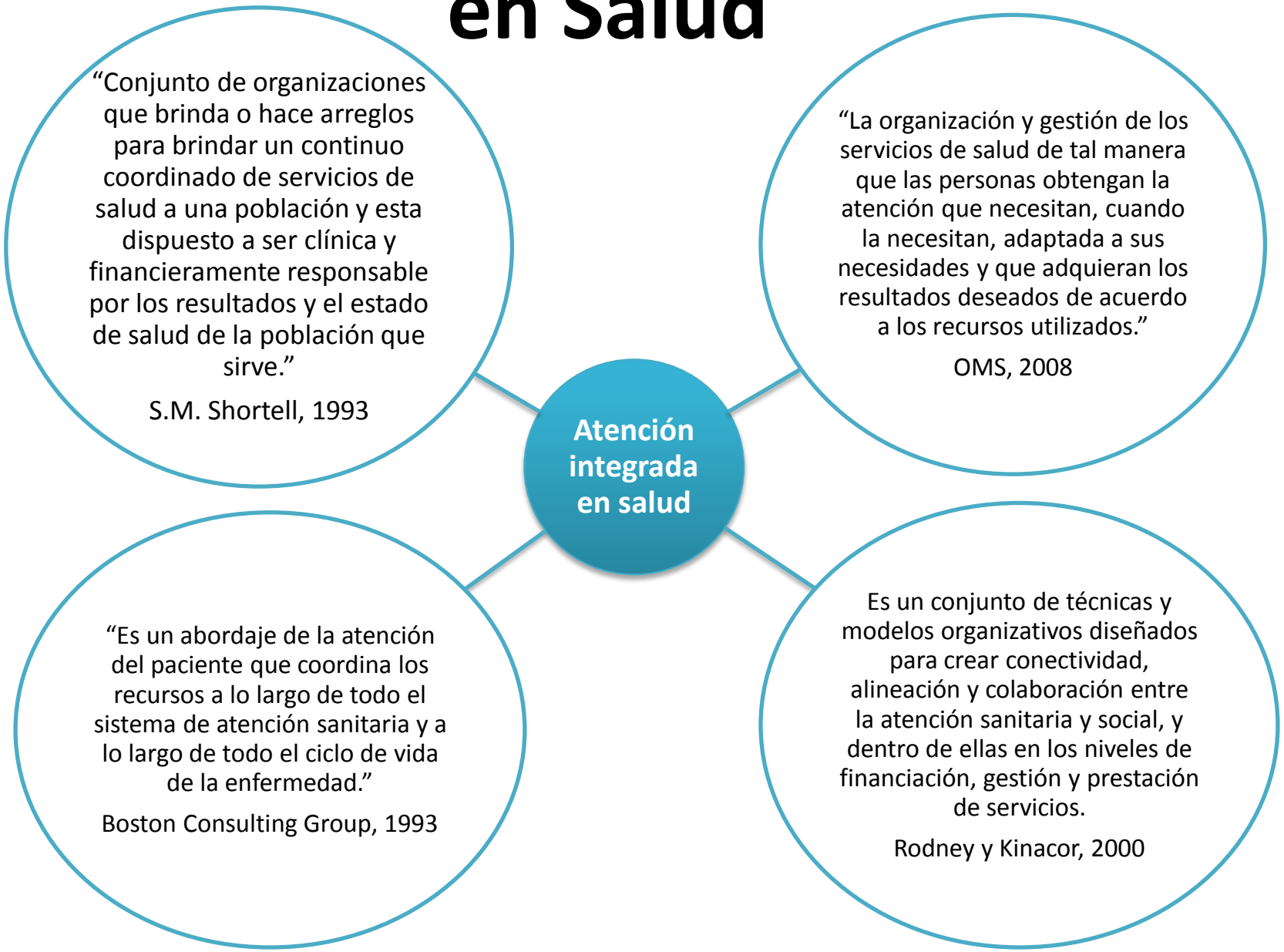
Pan American Health Organization

Regional Office of the World Health Organization

Las RISS en el marco de la APS

La OPS considera que las RISS son ***una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de servicios de salud*** contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial entre otros. (OPS, 2010)

Definiciones de Atención Integrada en Salud

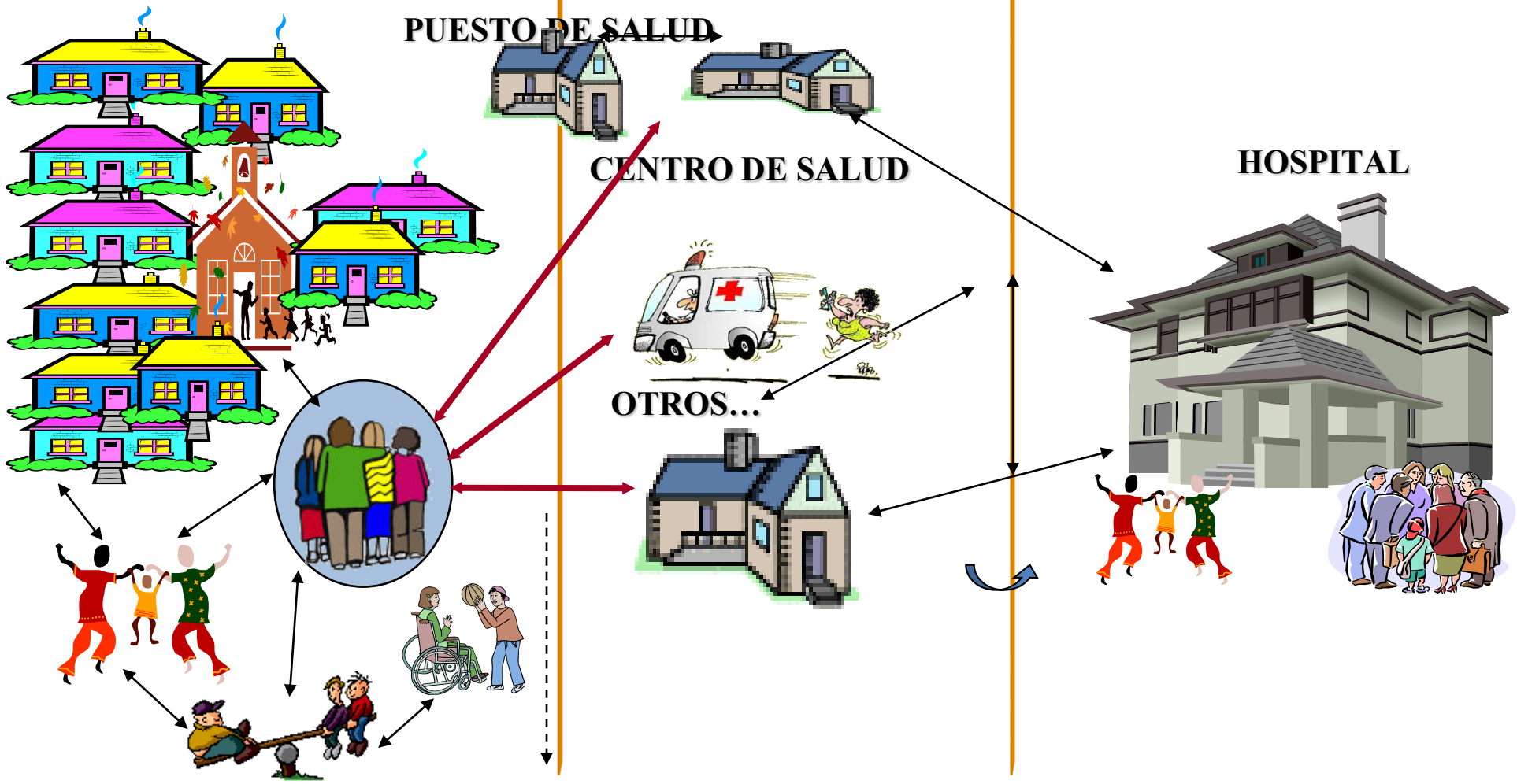


Nuevo modelo de atención

Cambio Modelo de Atención

OBJETIVO:

Lograr que cada persona y familia tenga un equipo básico y un lugar de atención cercano, que le permita sentirse protegido y acompañado en su proceso de mantenerse saludable, contando con equipos de apoyo y los mecanismos de derivación necesarios para enfrentar problemas de mayor resolutividad.


COMUNIDAD-
FAMILIA-USUARIO
ATENCION
AMBULATORIA
ATENCION
CERRADA
PUESTO DE SALUD
CENTRO DE SALUD
HOSPITAL
OTROS…

EBAS

- Medicina General
- Enfermera Profesional
- Auxiliar de Enfermería
- Auxiliar de Higiene Oral
- Atención Primaria(5)
- Técnicos en Farmacia
- ETC…

(700FAMILIAS)

Equipo de Apoyo

- Trabajo Social
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Farmacia
- Nutrición
- Enfermería
- Microbiología
- Odontología
- Psicología
- Fisioterapia
- ETC…

- Entre 7 a 10 EBAS

SEGÚN LAS NECESIDADES

Las funciones del Hospital en la Red

- Sus acciones deben generar impacto sanitario y valor agregado.
- Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención.
- Crear espacios de interlocución y participación
- Analizar la eficiencia y calidad de la atención de los servicios que provee.

Adaptado DR. Ruales OPS

A que se enfrentan los hospitales?

- Ultimo recurso
- Presión por incorporar nuevas tecnologías y medicamentos
- Pacientes con más información, altas expectativas y mas longevos
- Manejo de residuos/material contaminado y cambio climático.
- Recursos financieros insuficientes, demandas crecientes.
- Escasez de Recursos humanos calificados y distribución inequitativa.
- Persisten las dificultades para la gestión, múltiples “Feudos”, inadecuada administración del personal.
- Falta de programas de incentivos que estimulen la productividad con calidad y el trabajo en Red.

Adaptado DR. Ruales OPS

Algunos énfasis que no pueden posponerse

- Compartir y analizar en conjunto información sobre las características y la situación de salud de la población adscrita a la red.
- Adoptar el modelo de atención de la Red acorde con los principios de la APS.
- Precisar la oferta de la Red, a partir de las necesidades y características de la población.
- Desarrollar procesos de educación medica continua en conjunto con primer nivel y otros recursos de la Red.
- Desarrollar acciones que permitan el desarrollo de la calidad de la atención y la seguridad del paciente

ADSCRIPCIÓN

La red tiene a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales están identificados y asignados a su responsabilidad.

CONSENSOS

CARACTERISTICAS DE LA RISS

- Redes de servicios: El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas **pueden acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria,** en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de las personas.
- Los componentes de la red son, **instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas**, organizadas por niveles de atención y **localizadas con criterios de necesidad territorial.**

CONSENSOS

ORDENAR LOS SERVICIOS EXISTENTES:

- Redistribuir flujos y permitir un mejor acceso de los pacientes.
- Evitar duplicidades y mejorar la eficiencia global
- Es necesario transformar la «**Competencia**» entre prestadores por **cooperación y coordinación.**
- **Crear Incentivos hacia cooperación**
- **Revisar Hospitales auto gestionados en RED**

“Redes” o Redes Integradas de Servicios de Salud

Redes de Servicios de Salud

≠

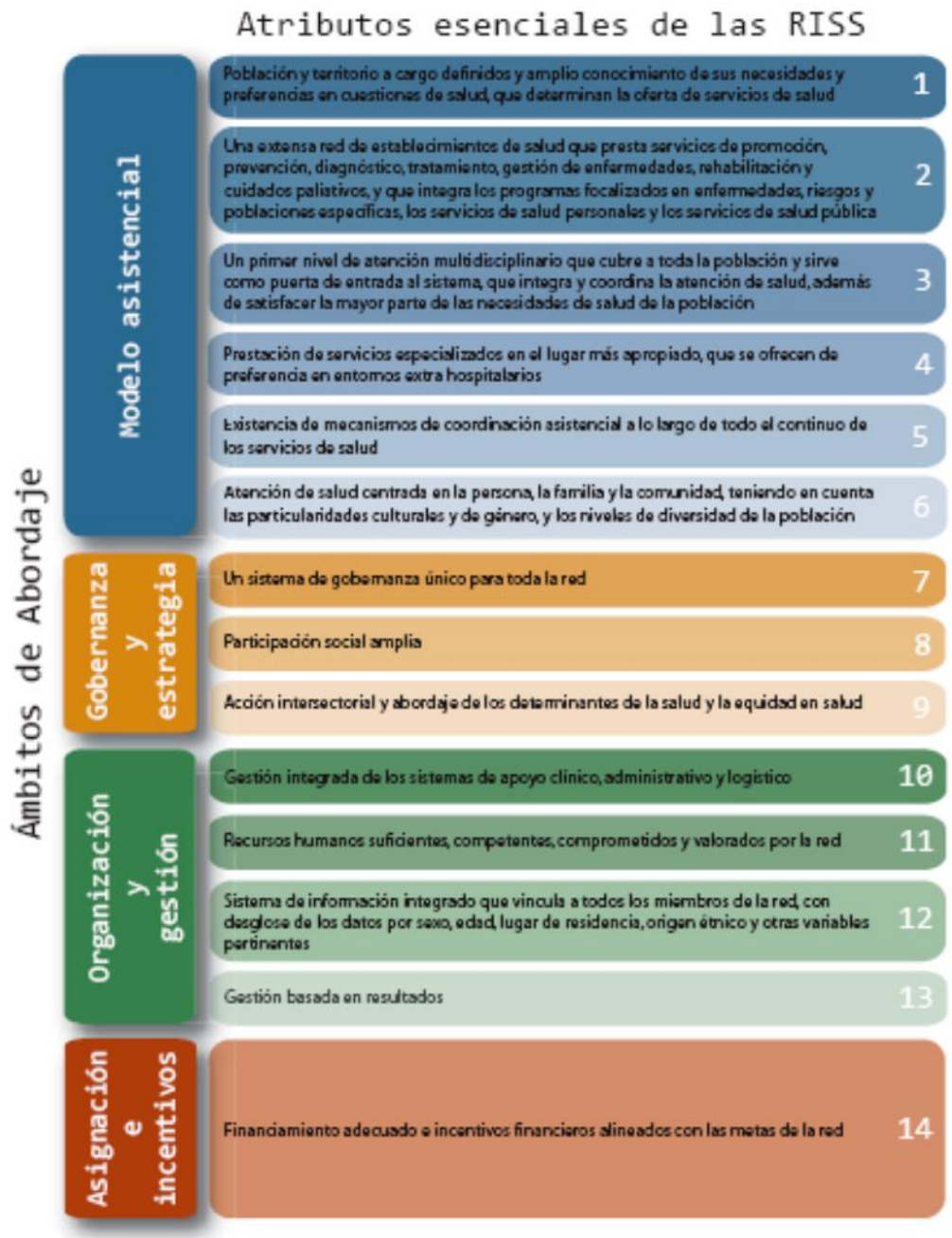
Redes Integradas de Servicios de Salud

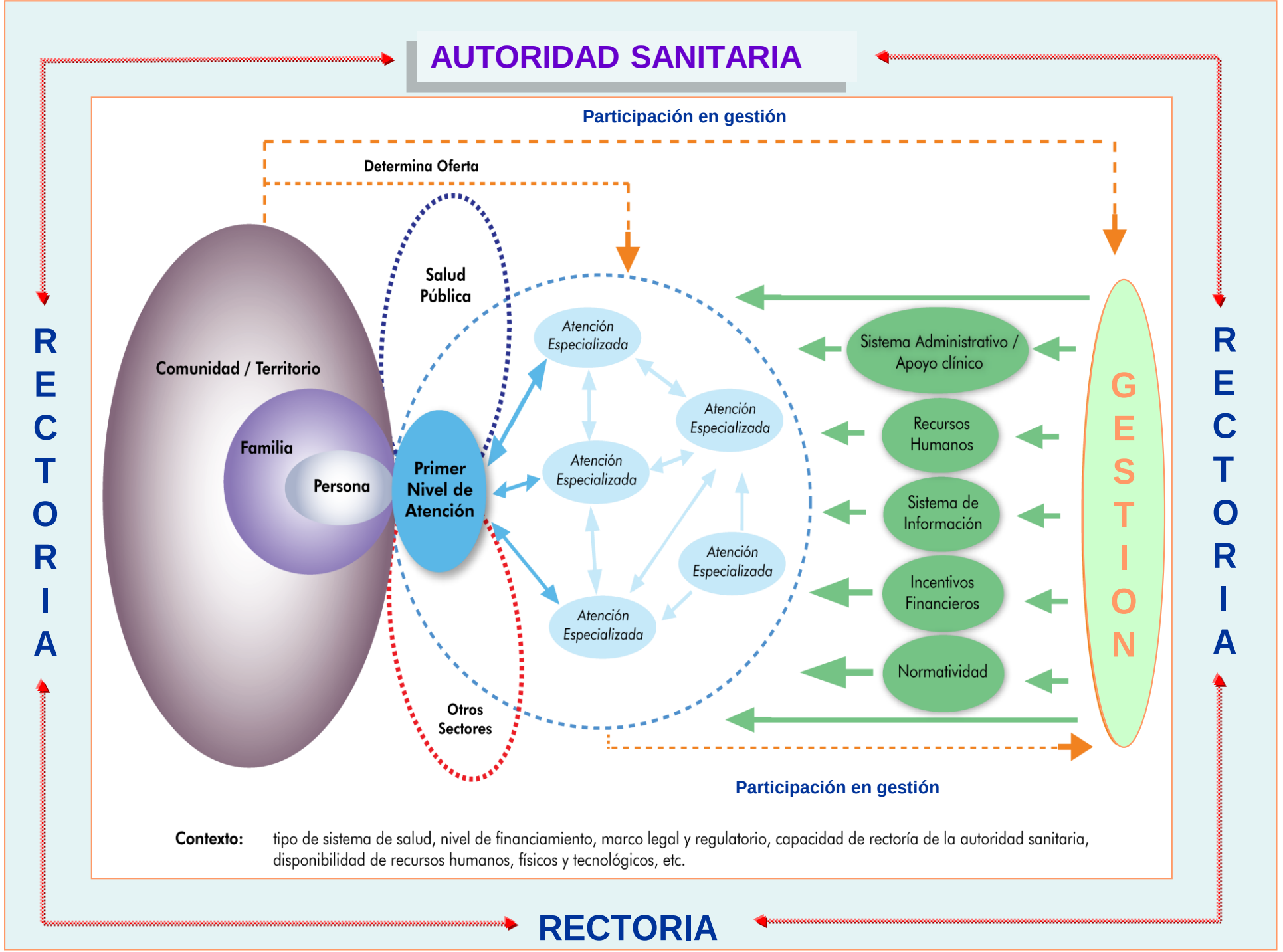
Los componentes de las RISS

Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de abordaje de las RISS

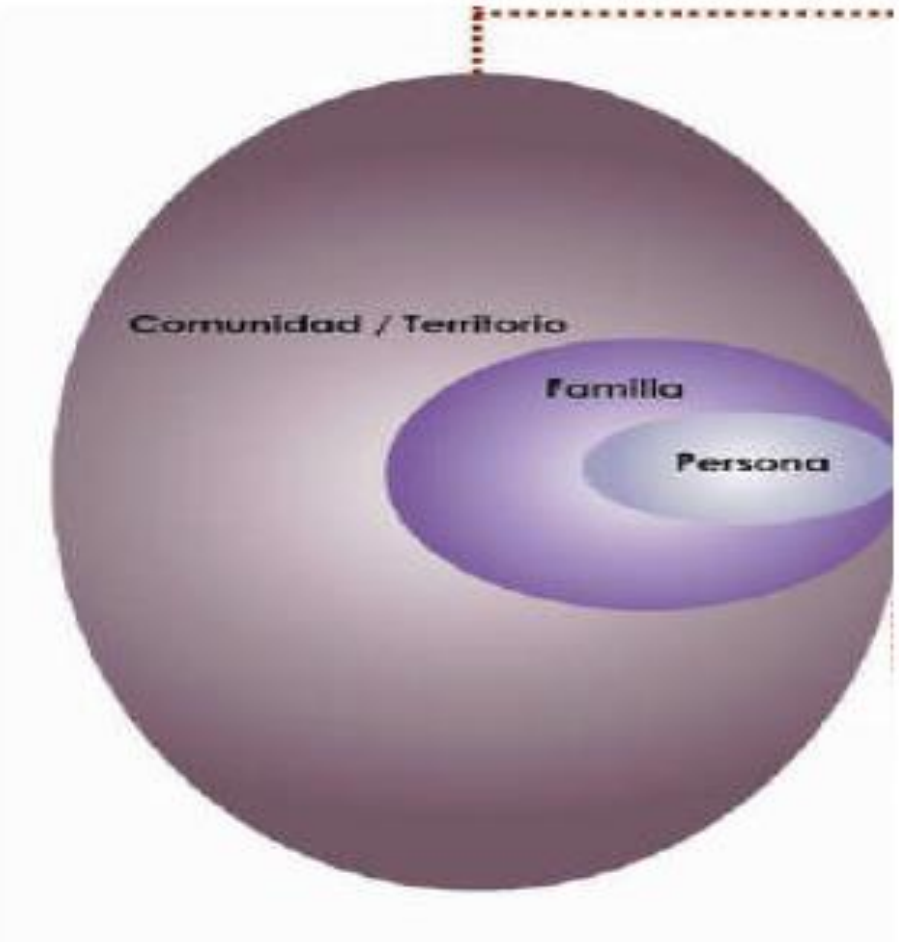
- **Modelo asistencial**: Se refiere a la forma como se planifican, se organizan y se prestan servicios de salud en un territorio poblacional claramente establecido. Estos servicios deben ser integrales, oportunos, coordinados, eficientes, suficientes, centrados en la persona, la familia y la comunidad
- **Gobernanza y estrategia:** Aborda la conformación de una forma de gobierno de la Red de tipo corporativo, que puede tener diversos órganos coordinados y alineados, con amplia participación social y comprometidos activamente en la intervención sobre determinantes de la salud relevantes en el territorio
- **Organización y gestión:** Explora la coordinación y alineación de todos los recursos disponibles en la Red, buscando que sean suficientes y estén en las mejores condiciones para adelantar una gestión basada en resultados, contando con sistemas integrados de información
- **Sistema de asignación e incentivos:** Plantea la necesidad de un financiamiento adecuado y suficiente y que la asignación de estos recursos contribuya con la mayor coordinación posible de los servicios de salud y con las metas globales de la Red


Atributos esenciales de las RISS
Ámbitos de Abordaje
Modelo asistencial
Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud
1
Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública
2
Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población
3
Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
4
Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
5
Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población
6
Gobernanza y estrategia
Un sistema de gobernanza único para toda la red
7
Participación social amplia
8
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud
9
Organización y gestión
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
10
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
11
Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
12
Gestión basada en resultados
13
Asignación e incentivos
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red
14

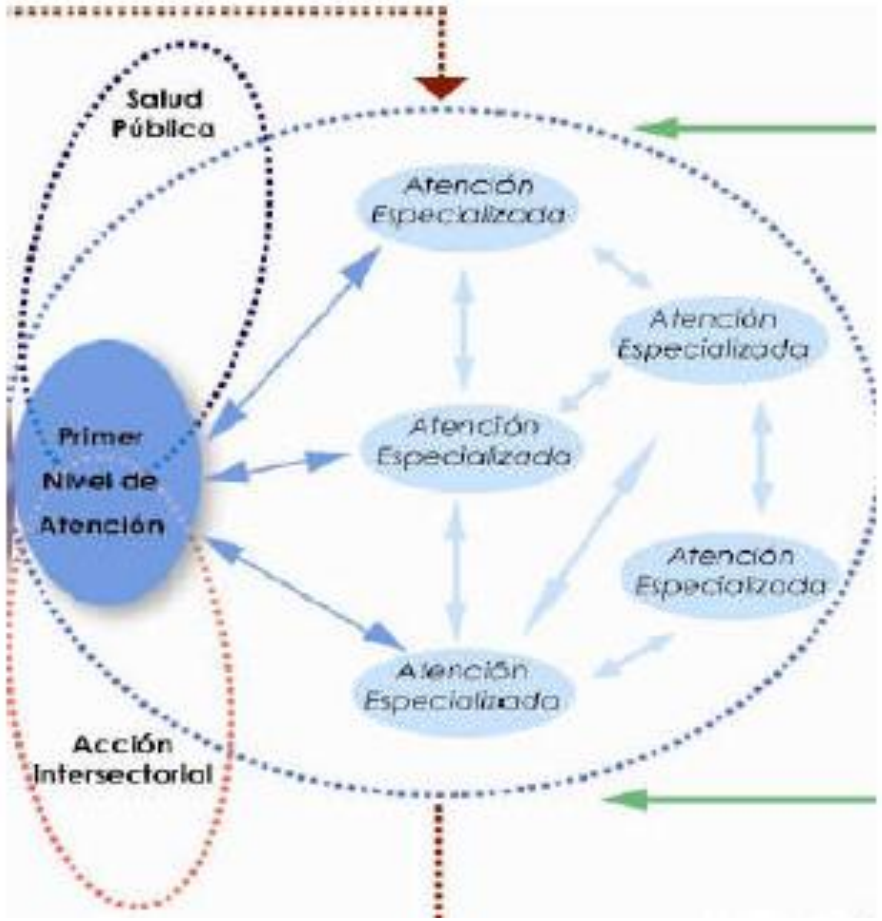

AUTORIDAD SANITARIA
Participación en gestión
Determina Oferta
Salud Pública
Comunidad / Territorio
Familia
Persona
Primer Nivel de Atención
Atención Especializada
Atención Especializada
Atención Especializada
Atención Especializada
Otros Sectores
Sistema Administrativo / Apoyo clínico
Recursos Humanos
Sistema de Información
Incentivos Financieros
Normatividad
GESTION
Participación en gestión
Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.
RECTORIA
RECTORIA
RECTORIA

Modelo Asistencial: *Población y Territorio*

- Amplio conocimiento de las necesidades y preferencias
- Proveer servicios integrales y equitativos
- Desarrollar acciones de Salud Pública
- Promover acción intersectorial
  ► Determinantes sociales de la salud

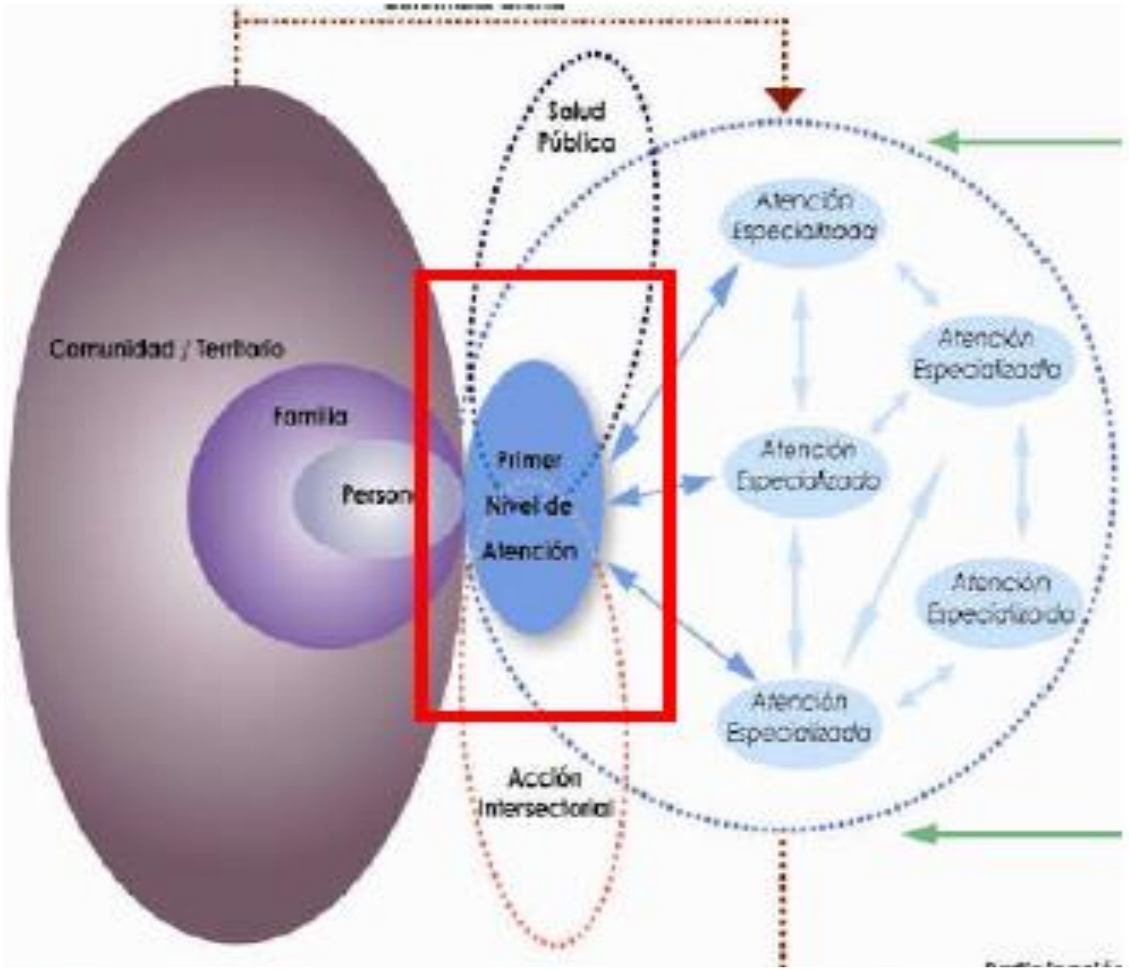


Modelo Asistencial: *Extensa Red de Servicios*



- Servicios integrales
- Servicios integrados
- Disponibilidad de centros, servicios y recursos acordes con las necesidades de la poblacion.

Modelo Asistencial: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario



- Palabra clave: multidisciplinario,
- Equipos con responsabilidad sobre toda la población,
- Puerta de Entrada y coordinación en toda la red,
- Integración operativa de programas focalizados,
- Integra acciones intersectoriales y de Salud Pública.

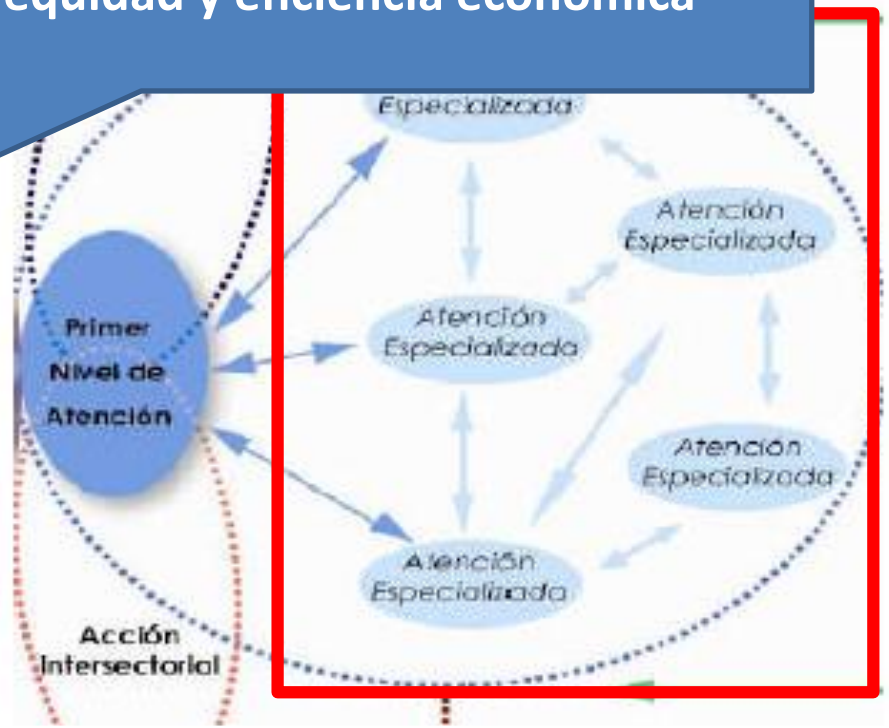
Modelo Asistencial:

Servicios especializad
preferentemente en

Atención apropiada:

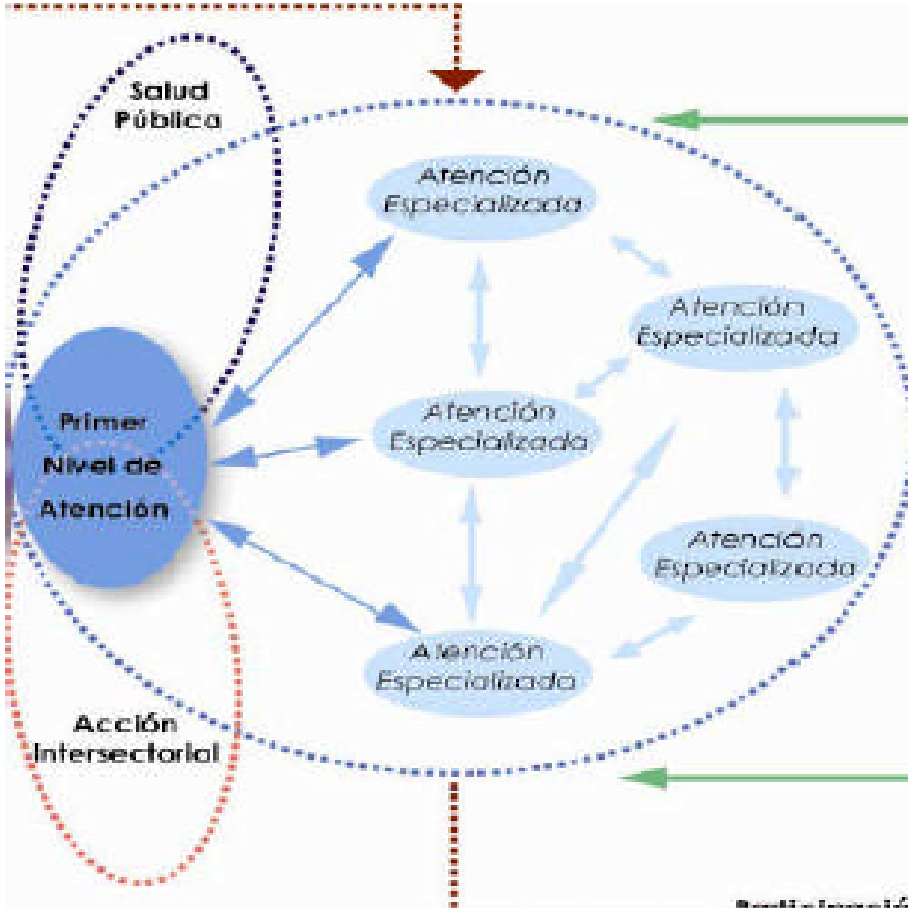
- **Ajustada a todas las necesidades de la población.**
- **Intervenciones seguras, efectivas y basadas en la mejor evidencia científica.**
- **Organizada y con asignación de recursos según criterios de equidad y eficiencia económica**

- ✓El concepto de aten
  apropiada
- ✓Servicios especializados en entornos extrahospitalarios.
- ✓Hospitales para agudos y cuidados intensivos



Modelo Asistencial: Mecanismos de Coordinación Asistencial

- Mecanismos de coordinación a todo lo largo de la red que pueden incluir:
  - Normalización de procesos
    - Guías de practica clínica
    - Protocolos de Atención
  - Adaptación mutua
    - Grupos de trabajo
    - Gestión de casos
    - Diseños organizacionales matriciales.
  - Sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia



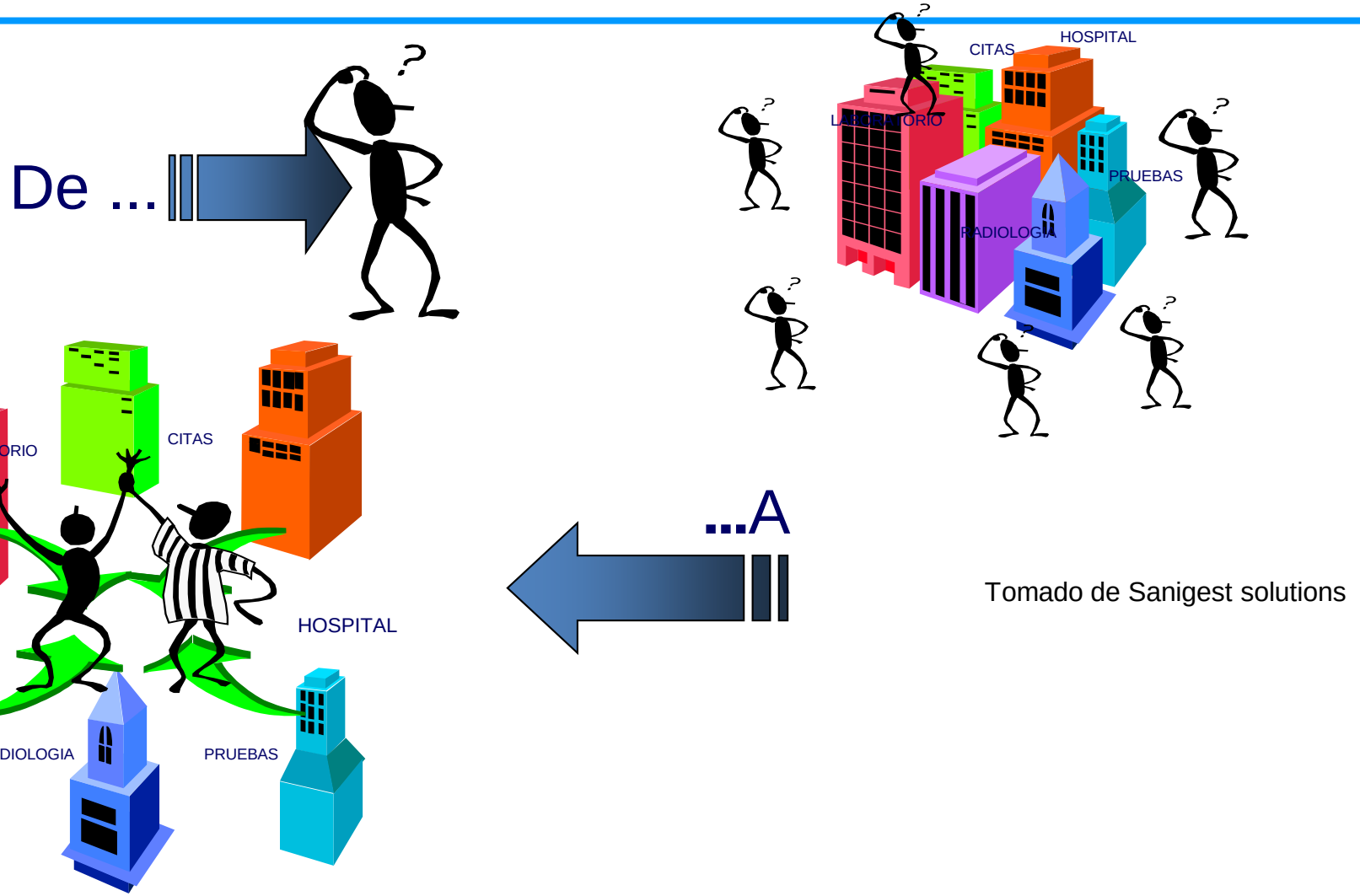
Modelos asociativos: de ESES a Redes Integradas de Servicios de Salud

rmarsalud
cimiento que transforma

- ¿Porque Redes Integradas de Servicios de Salud?
- Conceptos básicos de RISS
- Reflexiones finales

SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A :
GERENTES DE EMPRESAS
SOCIALES DEL ESTADO

EL RETO… REDEFINIR TODOS LOS PROCESOS Y FUNCIONES DE LOS PRESTADORES….



Tomado de Sanigest solutions

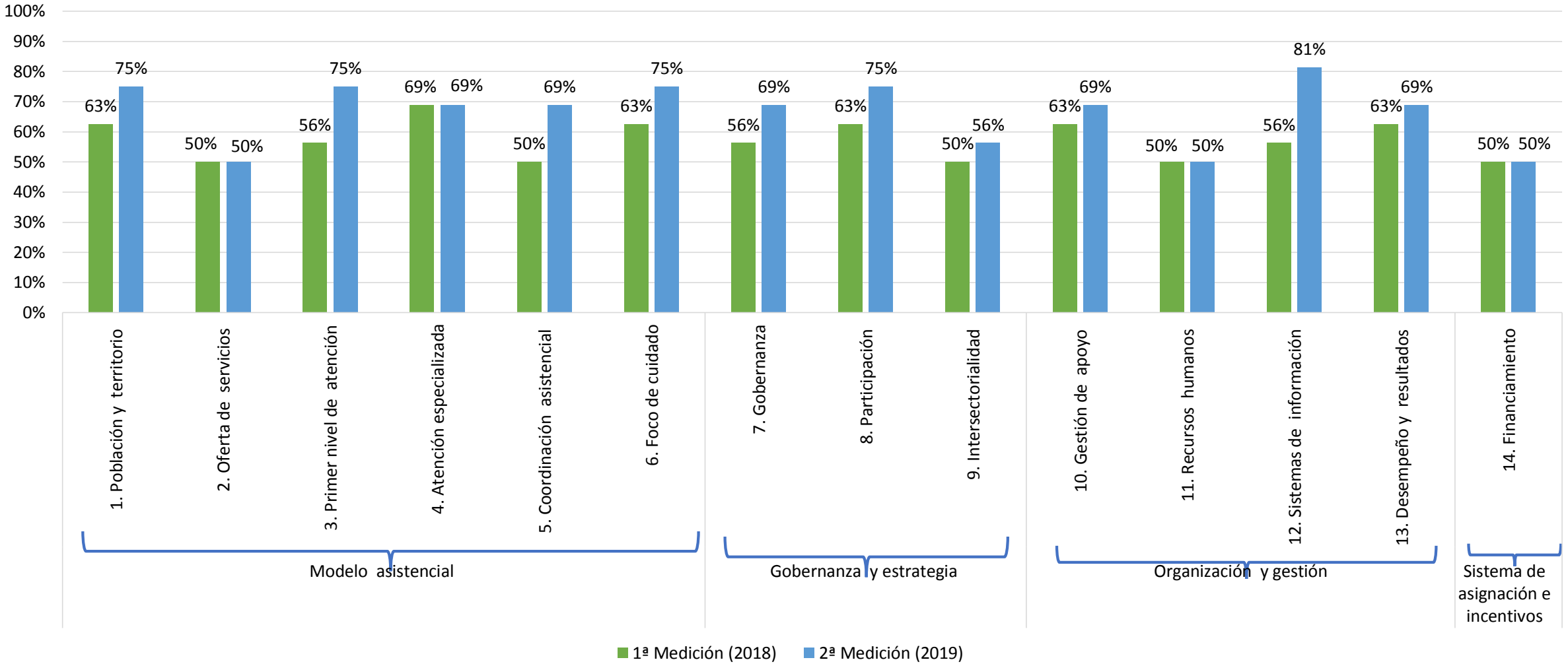
Beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

- Mejoran la accesibilidad al sistema de salud
- Reducen la atención inapropiada
- Reducen la fragmentación de los servicios de salud
- Mejoran la efectividad clínica de los servicios
- Evitan la duplicación de infraestructura y servicios
- Reducen los costos de producción y de transacción
- Responden mejor a las necesidades y expectativas de salud de las personas/comunidades

Fuente: OPS, 2010

Resultados

Gráfico 3. Promedio de integración por ámbito y atributo de la Red Integrada de Servicios de Salud del Distrito Capital, según periodo de medición (2018-2019).



FINALMENTE…

Diseñar redes tecnológicas es un desafío… tejer redes humanas en salud es un imperativo ético

CONFERENCIA

SEMINARIO 2020
CAPACITACIÓN PARA ASPIRANTES A:
GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

GRACIAS

Luis Alberto Martinez Saldarriaga

Director AESA
director@aesa.org.co
@Luis_AMartinezS

AESA
Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia