

Cuestión Salud

www.proesa.org.co

ISSN: 2256-5787

Publicación trimestral - Año 4 - Número 12. Cali, Agosto de 2016

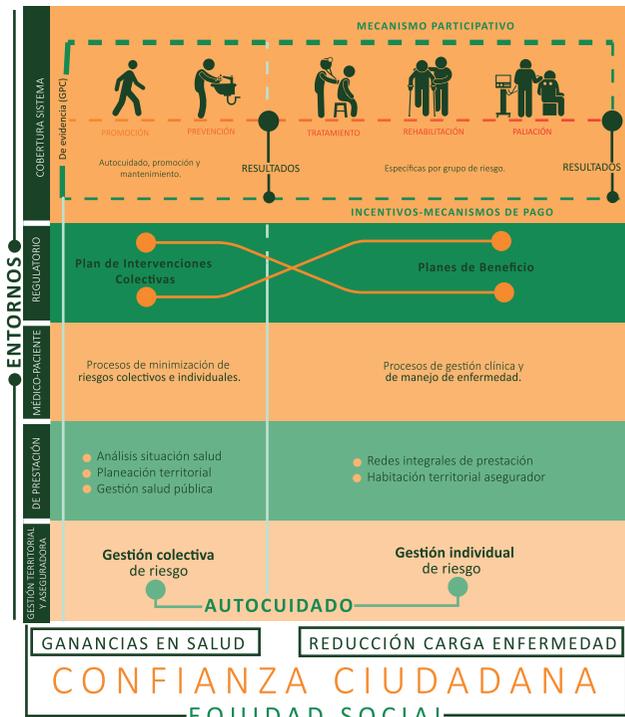
Modelo de Atención Integral en Salud.

A comienzos de este año, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en cabeza del *viceministro de salud pública y prestación de servicios Fernando Ruiz* lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), cuyo objetivo es centralizar la atención en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo, en su bienestar y su desarrollo. El rasgo novedoso de esta política es la atención primaria como su estrategia básica y un enfoque territorial de la salud. Bajo esta política, los gobernadores y alcaldes son los responsables y gestores primarios del desarrollo de acciones individuales y colectivas con la participación de redes de prestadores de servicios de salud.

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar la continuidad e integralidad en la atención de la población colombiana en condiciones de equidad. El MIAS cuenta con diez componentes operacionales: (1) la *caracterización de situación de salud* de la población y los grupos de riesgo, que son el insumo para la formulación de los Planes Territoriales de Salud, acorde al Plan Nacional de Salud Pública; (2) la definición de las *Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*, las cuales son la herramienta que define a los

agentes del sistema (territorio, asegurador y prestador) y de otros sectores, las condiciones para asegurar la integralidad en la atención en salud. En otras palabras, las RIAS son las unidades básicas de regulación a partir de las cuales se despliegan y definen los demás componentes del modelo; (3) *la implementación de la gestión integral del riesgo*, el cual comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de las acciones planificadas para los grupos de riesgo a partir de las RIAS; (4) *la delimitación territorial del MIAS* puesto que la operación del modelo debe tener en cuenta los ámbitos urbanos, rurales y dispersos, y al mismo tiempo lograr armonizar y encuadrar a nivel territorial las funciones de las entidades territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y las redes de prestadores con el fin de

garantizar la atención de la población del territorio; (5) requerimientos de las *redes integrales de prestadores de servicios de salud*



Fuente: MSPS, 2016. Política de atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente"

Contenido

- Modelo de Atención Integral en Salud
- Radiografía financiera
- Indicadores sectoriales
- Actualidad normativa
- Novedades PROESA

y su adaptación en el territorio; (6) la redefinición del rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica; (7) el fortalecimiento del recurso humano en salud basado en la formación y planificación, gestión y mejoramiento de las condiciones laborales a nivel nacional y territorial; (8) la redefinición de los esquemas de incentivos y pagos hacia los resultados esperados en salud; (9) requerimientos y procesos del sistemas de información necesarios para el funcionamiento del modelo y (10) el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

En este modelo el MSPS actúa como el regulador central en cuanto a la atención en salud y es responsable de la actualización de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica; la asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo y la evaluación de los resultados en salud lo cual afectará los esquemas de incentivos, la habilitación de las EAPB y las redes integrales de servicios de salud.

Implementación, ¿cómo vamos?

En el primer trimestre de este año se han promulgado la resolución de 7 rutas de atención, de redes integrales de atención, de prestadores primarios, un decreto de formas de pago y contratación, ajustes al sistema de información, regulación de la gestión integral del riesgo en salud y la formulación del decreto de habilitación técnica de EPS. Asimismo, se ha implementado un programa piloto en Guainía. En lo que sigue del año, se espera el diseño de rutas de atención para otras entidades territoriales: Guajira, Choco, Vaupés, San Andres, Cauca-Nariño, Bogotá y Medellín.

Radiografía financiera

(Esta sección es tomada de nuestra publicación del mismo nombre)

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La tabla 1 muestra información referente a los estados de resultados de 9 EPS del Régimen Contributivo (RC) que reportaron información al cuarto trimestre de 2014 y nuevamente para el mismo periodo de 2015.

Durante el 2015 la situación financiera de las EPS empeoró en comparación al 2014. La pérdida neta pasó de \$99.272 millones a \$615.317. Los ingresos totales crecieron un 17,7% jalonado por el incremento en los ingresos por UPC. Sin embargo, esto no fue suficiente para afrontar el crecimiento del 22,1% en los costos. Los gastos también presentaron un comportamiento alcista pasando de \$721.191 millones a \$972.802.

Estado de resultados acumulado			
Millones de pesos			
	A diciembre de 2015	A diciembre de 2014	VAR%
Ingresos UPC	\$ 8.095.393	\$ 7.180.411	12,70%
Ingresos Recobros al FOSYGA	\$ 1.565.492	\$ 1.215.054	28,80%
Demás ingresos	\$ 1.297.733	\$ 912.108	42,30%
Ingresos Totales	\$ 10.958.617	\$ 9.307.573	17,70%
Costos Totales	\$ 10.601.133	\$ 8.685.654	22,10%
Gastos Totales	\$ 972.802	\$ 721.191	34,90%
Utilidad Neta	(\$ 615.317)	(\$ 99.272)	

*El número de EPS incluídas en este análisis incluye sólo aquellas que reportaron información en los dos periodos. Las cifras no incluyen resultados de movilidad.

Fuente: Superintendencia Nacional de salud. Circular única. Cifras en millones de pesos ctes.

RÉGIMEN SUBSIDIARIO

La tabla 2 muestra información de 21 EPS privadas del Régimen Subsidiado que reportaron información al cuarto trimestre de los años 2014 y 2015.

Al igual que en el régimen contributivo, en el subsidiado la pérdida neta aumentó, pasando de \$228.890 millones a \$1.086.485. Este incremento se ocasionó por el gran crecimiento de los costos y gastos. Aunque los ingresos totales crecieron un 16%, no lograron compensar la variación del 21,4% en los costos.

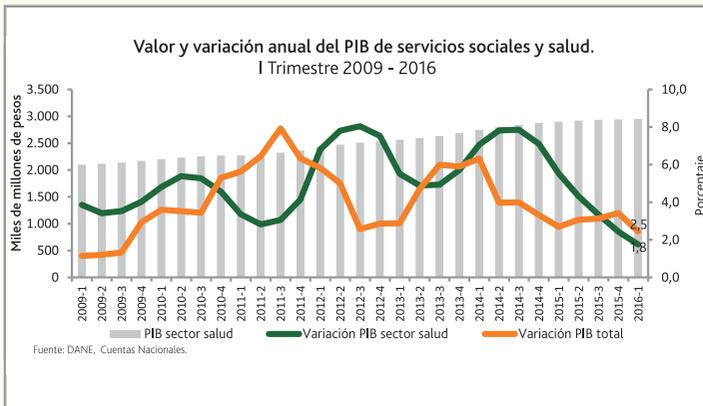
Estado de resultados acumulado			
Millones de pesos			
	A diciembre de 2015	A diciembre de 2014	VAR %
Ingresos UPC	\$ 8.997.827	\$ 7.346.266	22,50%
Ingresos Recobros al FOSYGA	\$ 35.550	\$ 32.082	10,80%
Demás ingresos	\$ 854.800	\$ 1.146.038	-25,40%
Ingresos Totales	\$ 9.888.178	\$ 8.524.385	16,00%
Costos Totales	\$ 9.788.211	\$ 8.065.217	21,40%
Gastos Totales	\$ 1.186.452	\$ 688.058	72,40%
Utilidad Neta	(\$ 1.086.485)	(\$ 228.890)	

**Este informe no tiene en cuenta los resultados de EPS en movilidad.

Fuente: Superintendencia Nacional de salud. Circular única. Cifras en millones de pesos ctes.

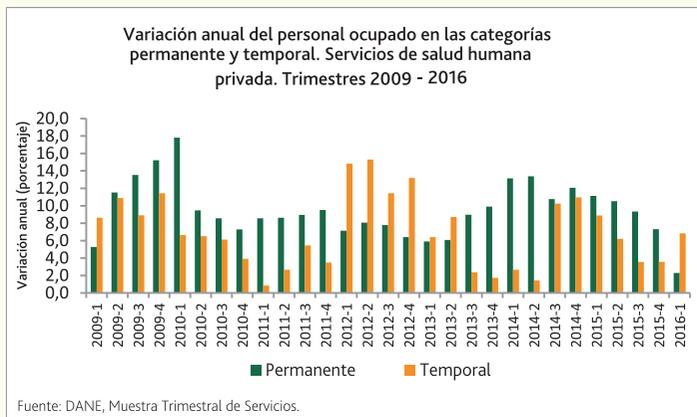
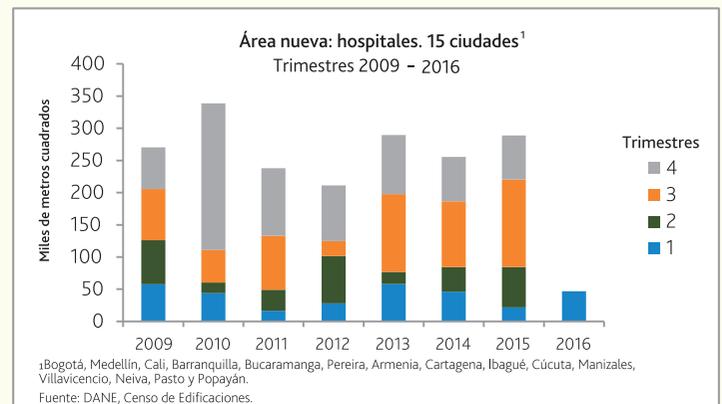
Indicadores sectoriales

¿Cómo van los principales indicadores del sector? A continuación resumimos el comportamiento de las principales variables publicadas por el DANE.



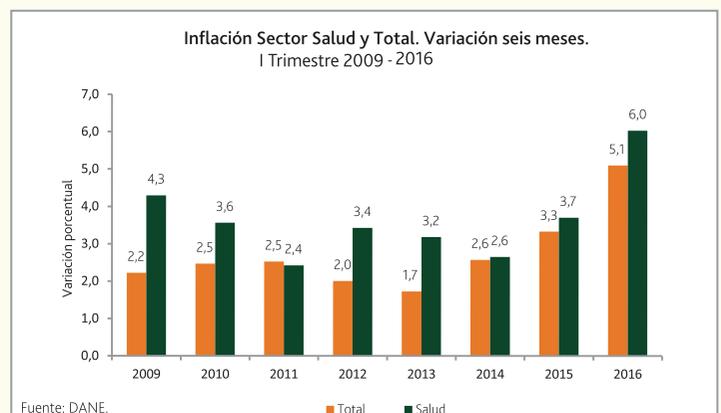
Construcción: Durante el primer trimestre del 2016, el área nueva destinada a hospitales alcanzó los 47 mil metros cuadrados, lo que representa un incremento del 116% con respecto al mismo periodo del año anterior (22 mil metros cuadrados).

Valor agregado: En el primer trimestre del 2016, el PIB del sector de salud creció 1,8%, superior al crecimiento del sector servicios (1,7%), pero inferior al crecimiento de la economía (2,5%) frente al mismo periodo del año anterior.



Inflación: En el primer semestre del 2016, se registró una inflación del 6,0% en el gasto en salud, superior al nivel general de precios de la economía (5,1%), y a la registrada para los demás grupos de gasto, con excepción del rubro correspondiente a alimentos (8,4%).

Empleo: Según la MTS trimestre en el tercer trimestre del 2016, el volumen de personal ocupado del sector salud humana privada creció 3,4% frente al mismo trimestre del año anterior, crecimiento significativamente superior al total nacional (0,9%) registrado en la Gran Encuesta Integrada de Hogares. Para el mismo periodo: el empleo permanente en el sector salud humana privada creció 2,3% respecto al mismo trimestre del año 2015, mientras que el empleo temporal varió un 6,8%.



Actualidad Normativa

El 8 de junio de 2016 el MSPS expidió la Resolución 2361 de 2016, la cual se encargó de fijar los lineamientos para la remisión de información por parte de las entidades territoriales y otras beneficiarias del nivel territorial, frente a la ejecución de los recursos asignados por el Ministerio a través del mecanismo de transferencia o asignación directa. Además estableció las directrices para efectuar el seguimiento y supervisión a dichos recursos.

La resolución 2158 del 27 de mayo de 2016 amplió el plazo para el inicio de prescripción no POS en línea. A partir del 1 de septiembre de este año, tal como lo estableció la resolución 1328 del 18 de abril de 2016, los pacientes que requieran tecnologías en salud o servicios no cubiertos por el POS podrán acceder a estos sin la autorización previa de la EPS. Para lograr lo anterior, el MSPS desarrolló una aplicación virtual en la cual los profesionales de la salud, inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS), podrán prescribir y registrar las solicitudes para los pacientes que así lo requieran. Es importante señalar que, las exclusiones del POS también se podrán prescribir a través de esta misma aplicación.

La resolución 1441 del 22 de abril de 2016 estableció los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), como componente de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). En ese sentido, determinó la organización, gestión, seguimiento y evaluación de las RIPSS. Es importante resaltar que, de acuerdo con el estándar de conformación y organización un prestador puede hacer parte de una o más redes, de conformidad con su disponibilidad, suficiencia y capacidad instalada.

Novedades PROESA

Publicaciones recientes Revistas científicas

Barrier to access or cost share? Coinsurance and dental-care utilization in Colombia.
 Autores: Lucas Higuera y Sergio Prada.
***Applied Health Economics and Health Policy*, 14 (3)(2016).**

Documentos PROESA

Medición de gasto de bolsillo en salud usando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia. Autores: Sergio Prada, Mayra Sarria y Ramiro Guerrero.
 Documento PROESA #9.

Noticias PROESA

- Ramiro Guerrero Carvajal, director de PROESA, recibió la distinción especial de "servicios distinguidos" de las manos de Luis Carlos Villegas, Ministro de Defensa Nacional por su participación en el proyecto de transformación estratégica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- Sergio I. Prada, Investigador de PROESA participó como representante de Colombia en la inauguración del Campus Global para el estudio de Cobertura Universal en Salud del instituto HIRA del Gobierno de Corea del Sur el día 29 de Marzo de 2016 en la sede central de HIRA (Health Insurance Review & Assessment Service) del gobierno de Corea del Sur, en la ciudad de Wonju.
- PROESA, estuvo presente el pasado 8, 9 y 10 de Junio en la 23ª versión del Foro Farmacéutico de la ANDI en Cartagena, Colombia. Ramiro Guerrero expuso "Reflexiones sobre la reglamentación del Plan Nacional de Desarrollo" y sus implicaciones en la regulación de las tecnologías de salud a la puerta de entrada en Colombia.

Blog PROESA

- Trastornos por consumo de alcohol y trastornos psiquiátricos en Colombia. Abril de 2016
- Los diferentes usos del Ajuste por Riesgo. Mayo de 2016
- Tecnología al ataque. Mayo de 2016
- Envejecimiento: El rol del cuidador. Junio de 2016.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Comité Editorial:	Asistente Editorial:
Ramiro Guerrero	Andrea Jaramillo
Sergio Prada	Diseño y
Yuri Takeuchi	diagramación:
Victoria E. Soto	Natalia Caicedo C.
Redacción: PROESA	
Ana Melissa Pérez	
Johan Sebastian Loaiza	
Michelle Arabella Escobar	



Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
 Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
 Calle 18 No - 122-135,
 Universidad Icesi - Oficina B 102
 Telefono: +57(2) 321-20-92
 Cali - Colombia
www.proesa.org.co

Encuentranos en



@centro_proesa



www.facebook.com/ProesaCali

Vea todas nuestras publicaciones en:
www.proesa.org.co