

2

NUESTRA  
POLÍTICA  
**DE SALUD**

**#MEJOR**  
VARGAS LLERAS

## A TRANSFORMAR EL SISTEMA

El sector de la salud lleva años en crisis. Los usuarios sufren demoras para ser atendidos y se ven obligados a instaurar acciones de tutela para acceder a servicios, medicamentos o tratamientos. Así mismo, los hospitales están agobiados por el cúmulo de obligaciones pendientes ocasionadas por los retrasos en los pagos de los servicios prestados; además, el gasto descontrolado ha llevado a muchas EPS al borde de la insolvencia y el Gobierno tiene dificultades para asegurar una financiación que garantice la sostenibilidad del sistema.

Sin embargo, también son indudables los logros del sistema. Pasamos de una cobertura en el aseguramiento del 23,5 % de la población en 1990, al 98,5 % en 2017. Los recursos que los colombianos destinan de sus ingresos para pagar por medicamentos o tratamientos es de 14 %, el menor de todo el continente americano. Estos y muchos otros avances hacen que la política de salud sea una de las que más impacto tiene en la sociedad y, por ende, la más sensible para la población. Por esto, el sector salud será una de mis prioridades en el programa de gobierno.

No obstante, el panorama a corto y mediano plazo es preocupante. La población colombiana se está envejeciendo aceleradamente, lo que ha significado un aumento en el costo de los tratamientos de las enfermedades más recurrentes. En tan solo cinco años, este indicador creció 12 % y las enfermedades crónicas 7 %, lo que significa que cada vez más personas requieren de tratamientos y medicamentos más costosos. Esto afecta de manera considerable las finanzas del sistema de salud. Por esto, sentaremos las bases de un sistema efectivo y sostenible.

Frente a estas realidades, la respuesta del sistema es ineficiente. El sector ha crecido de manera desequilibrada. Hemos aumentado en 42 % el número de camas hospitalarias de alta complejidad en los últimos 6 años. Del total de camas para adultos, el 68 % son de alta complejidad, 28 % de baja complejidad y solamente el 4 % de mediana complejidad. Esto refleja una completa inversión en el proceso de prestación de servicio, pues la población debería fluir de manera ordenada desde los servicios básicos hasta los más complejos. Pero hoy sucede lo contrario: la puerta de entrada al sistema son las urgencias de los hospitales de alta complejidad. La congestión y el 'paseo de la muerte' hacen parte de la cotidianidad.

Además, esto hace que los pacientes sean atendidos de manera fragmentada, es decir, que no reciben los procedimientos ni medicamentos de forma oportuna, y las instituciones hospitalarias no puedan hacer un uso racional y eficiente de su tecnología. Como resultado, tardamos más de dos meses en diagnosticar un cáncer de seno y cuando nuestras mujeres



FOTO: REVISTA SEMANA

llegan al tratamiento, el estadio de su enfermedad es muy avanzado y sus probabilidades de recuperación muy bajas.

Por todas estas razones, mi programa de gobierno se enfocará en la transformación del sistema de salud, para que el ciudadano sea el centro de todos los actores involucrados. Haré que el sistema se adapte a las necesidades del paciente y sea sensible a sus problemas, como establece la Ley Estatutaria de la Salud. Esto implica grandes cambios institucionales y en los procesos de servicio, como implantar un nuevo modelo de atención en el que todos los involucrados actúen de manera integrada. También debemos tener un sistema de información con la capacidad de consolidar y proveer los datos de los usuarios; fortalecer y adaptar el sistema a las diferencias regionales con programas diseñados especialmente para enfrentar los problemas de salud pública específicos de cada región. Propongo un modelo donde las EPS, las IPS y la propia industria farmacéutica actúen de manera regulada bajo el comando de un Ministerio de Salud, que debe tener la capacidad para ejercer la rectoría.

En mi gobierno impulsaremos la prevención de la enfermedad a través de la implantación de un modelo de medicina familiar, para que cada colombiano tenga un médico responsable de su salud, con la capacidad de tener trazabilidad y acompañar su tratamiento y rehabilitación. Buscaré mejorar los resultados en salud con mayor disponibilidad de especialistas y un acceso más racional a medicamentos a precios más accesibles y dispensados de manera más eficiente. Por último, pero no menos importante: orientaremos las finanzas del sector hacia la racionalidad en el gasto con la introducción de estrategias que lleven a la corresponsabilidad del manejo de los recursos, seguimiento del consumo y la mayor transparencia en el uso de los dineros del sistema. Esa transformación implicará una profunda reingeniería del sector con la alineación de los incentivos y la introducción de mecanismos de pago que orienten el sistema hacia el logro de la eficiencia. En resumen, deberíamos de tener un sistema de salud sensible, pero también eficiente y sostenible.

Desde hace cinco meses, nos hemos venido reuniendo con un grupo de expertos del sector: médicos salubristas, economistas, administradores y profesionales de otras áreas, para analizar el funcionamiento del sistema, sus falencias y también sus logros, así como los problemas que a diario deben enfrentar millones de colombianos a la hora de ser atendidos.

Tras estudiar la evidencia disponible y realizar numerosos encuentros con ciudadanos, gremios, asociaciones médicas, de pacientes, y muchos otros actores del sistema, estructuramos las propuestas que se presentan a continuación y que fueron analizadas también desde el punto de vista financiero, de eficiencia y sostenibilidad.

Es claro que los resultados en salud de las personas también están relacionados con otros determinantes como el medioambiente, el saneamiento básico, la educación o la seguridad alimentaria, temas que serán abordados en próximos documentos.

**Germán Vargas Lleras**



FOTO: REVISTA SEMANA

# 6 ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES





- 1.** Mejorar y equiparar el sistema de salud para todos los colombianos.
- 2.** Implantar un modelo integral de atención que mejore la calidad de los servicios.
- 3.** Asegurar el recurso humano en salud necesario y suficiente.
- 4.** Recuperar la salud pública y orientarla a la prevención.
- 5.** Desarrollar una política farmacéutica que controle el gasto.
- 6.** Regulación efectiva del sistema de salud.

# ¿Qué haremos?

# 1

## MEJORAR Y EQUIPARAR EL SISTEMA DE SALUD PARA TODOS LOS COLOMBIANOS



Haremos realidad la unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado para que todos los colombianos estén bajo las mismas condiciones y beneficios:

-  Igualdad en la prestación de servicios de salud para todos los colombianos.
-  Ampliar de forma progresiva la licencia de maternidad en el Régimen Subsidiado y para las beneficiarias en el Contributivo.

# 2

## IMPLANTAR UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN QUE MEJORE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

En todo el territorio nacional pondremos en marcha un nuevo modelo de **medicina familiar**, centrado en el paciente y sus necesidades, que debe tener:

-  Servicios cerca al hogar o lugar de trabajo de los afiliados y beneficiarios.
-  Servicios básicos de primer nivel que solucionen la mayor parte de los problemas de la población.



“ACABAREMOS LAS CAUSAS DE TUTELAS EVITABLES, REDUCIÉNDOLAS PROGRESIVAMENTE EN UN 60 % CON UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, CENTRADO EN LA GENTE”.

“EL SISTEMA DE SALUD NO NECESITA MUCHOS MÁS HOSPITALES NI CAMAS, REQUIERE QUE LAS REDES SE ORGANICEN Y COMPITAN POR EL BUEN SERVICIO, NO POR LOS RECURSOS DEL SISTEMA”.



- 👉 Una oportuna entrega de medicamentos y asignación de citas médicas.
- 👉 Los hospitales y servicios de urgencias deben integrarse en redes con cobertura sobre los riesgos y enfermedades de los pacientes.
- 👉 Las EPS deberán garantizar que todos sus afiliados y beneficiarios tengan una consulta anual de prevención y evaluación en salud.

Organizaremos redes integrales de hospitales y servicios de primer nivel que estén coordinados y den una respuesta oportuna a los pacientes:

- 🌟 La cabeza de cada red será el hospital más cercano de la región.
- 🌟 Vamos a invertir prioritariamente para fortalecer los hospitales públicos de los 600 municipios de mayor ruralidad y los ubicados en departamentos que tienen una alta dispersión poblacional.

- 🌟 Frente a los problemas financieros y de eficiencia de los grandes hospitales públicos, fomentaremos Alianzas Público Privadas (APP) para generar mejores servicios para la comunidad.

- 🌟 Cubriremos el déficit de camas básicas hospitalarias con recursos públicos en aquellos lugares donde el sector privado no lo haga.

- 🌟 En los departamentos donde existan déficit de servicios de alta complejidad, respaldaremos la construcción y equipamiento de hospitales públicos.

- 🌟 Vamos a hacer que los hospitales públicos y privados se complementen en redes integrales para beneficio de los usuarios.

**Saldaremos la deuda histórica con las comunidades de Buenaventura y Quibdó, entre otros, construyéndoles sus hospitales.**

“QUIERO QUE EL MÉDICO FAMILIAR TENGA LA CAPACIDAD DE ATENDER LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE SU COMUNIDAD Y LOS ESPECIALISTAS PUEDAN DEDICARSE A LOS CASOS QUE REQUIEREN ALTA COMPLEJIDAD”.



# 3 ASEGURAR EL RECURSO HUMANO EN SALUD **NECESARIO Y SUFICIENTE**

Garantizaremos que en los servicios básicos haya médicos generales capacitados EN MEDICINA FAMILIAR, enfermeras bien entrenadas con apoyo de médicos residentes y que en los hospitales exista suficiente disponibilidad de especialistas:



Con el apoyo del sector educativo vamos a formar a 5.000 nuevos especialistas en cuatro años: 2.000 en medicina de familia y 3.000 especialistas en aquellas áreas que hemos identificado presentan un déficit.





**Los médicos residentes tendrán una remuneración que hoy carecen.**




# 4 RECUPERAR LA SALUD PÚBLICA Y ORIENTARLA A LA PREVENCIÓN


La salud pública debe orientarse hacia los problemas que más aquejan a los colombianos: enfermedades crónicas, salud mental, enfermedades periodontales, accidentes y enfermedades infecciosas:

 Estructuraremos programas nacionales que integren la prevención con el adecuado manejo del paciente y el suministro de tratamientos y medicamentos.

 Habrá programas especiales para solucionar problemas

que aquejen a comunidades específicas: desnutrición en La Guajira; paludismo en la costa Pacífica o la enfermedad de Chagas en el sur oriente colombiano entre otros.


 Apoyaremos a los departamentos en la ejecución de programas nacionales o específicos de salud pública.

 Fortaleceremos al Instituto Nacional de Salud para que sea el responsable del diseño y de la vigilancia de los programas de salud pública.


# 5 DESARROLLAR UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA QUE CONTROLE EL COSTO

Nuestra política farmacéutica se centrará en controlar el costo de los medicamentos para ahorrarle dinero a los usuarios y al sistema.

Además, fortaleceremos la industria nacional de medicamentos.


 El control de precios y la centralización de compras nos


permitirá tener un mejor uso de los recursos: reducción del gasto progresivo para llegar al 30% en 4 años (0,5 billones en 2022).


 Orientaremos una política de ciencia y tecnología que fortalezca la producción nacional de nuevos medicamentos.


# 6 REGULACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD


Combatiremos la corrupción en el sistema de salud y garantizaremos el uso transparente de los recursos públicos. Con este fin:

 Consolidaremos la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) no solo como el banco de la salud, sino como el proveedor esencial de información y trazabilidad en el uso de los recursos.

 El Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y la ADRES, deberán actuar de manera preventiva y articulada para asegurar el buen uso de los recursos.

 Buscaremos la sostenibilidad del sistema y ajustaremos el gasto en salud.

 Es importante hacer un riguroso seguimiento a los convenios para que estos estén sustentados en incentivos de desempeño y resultados.

 Estimularemos programas y campañas para que la población haga un uso racional del sistema y de los servicios. Es claro y necesario entender de que el sistema de salud no tiene recursos ilimitados

“NO ME TEMBLARÁN LAS MANOS PARA PERSEGUIR Y SANCIONAR A QUIENES NO UTILICEN DE MANERA HONESTA LOS RECURSOS DEL SISTEMA”.





FOTO: REVISTA SEMANA

- 👉 Transformaremos el Ministerio de Salud en un regulador y organizador de los servicios, con capacidad para ejecutar programas de prevención a través de Secretarías Departamentales de Salud. Además, tendrá mayores funciones en la organización de las redes de servicios y los programas de salud pública.
- 👉 Queremos una Superintendencia de Salud que actúe de forma preventivamente y no solo cuando los problemas se presenten.
- 👉 También un Sistema de Salud coordinado, ordenado y más eficiente.

“COLOMBIA ENFRENTA UN ENVEJECIMIENTO DE SU POBLACIÓN Y DE LA CARGA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. LA SALUD PÚBLICA DEBE ORIENTARSE PARA ENFRENTAR ESTOS RETO”.



¿CÓMO LO  
**HAREMOS?**

# 1 MEJORAR Y EQUIPARAR EL SISTEMA DE SALUD PARA TODOS LOS COLOMBIANOS

Haremos realidad que los beneficios del Régimen Subsidiado sean iguales a los del Régimen Contributivo.



## DIAGNÓSTICO

La separación en dos regímenes ha generado desigualdad, falta de cobertura e ineficiencias:

- ⊛ Hoy tenemos 22,6 millones de colombianos en el Régimen Subsidiado y 21,4 millones en el Contributivo.
- ⊛ 2,4 millones de personas están afiliadas a regímenes especiales (Magisterio, Fuerzas Armadas, Congreso de la República).
- ⊛ La UPC real actual, ajustada por compensación es de \$788.376 en el Régimen Contributivo y \$697.364 en el Régimen Subsidiado. Esto significa que entre 2005 y 2016 hubo un incremento del 115 % en la UPC en el Contributivo y de 223 % en el Subsidiado.
- ⊛ El Contributivo es financiado por las cotizaciones e impuestos (93,9 %).
- ⊛ El Subsidiado se financiará así: 38,5 % a través del Sistema General de Participaciones, 25 % del Fosyga y 11,5 % de esfuerzo propio de los entes territoriales.



## PROPUESTA

- ⊛ El Régimen Subsidiado debe tener una cobertura nacional completa de servicios.
- ⊛ Integración entre operadores para la ejecución en ambos sistemas.
- ⊛ Redefinición del plan de beneficios a partir de la cobertura integral de enfermedades y procedimientos.
- ⊛ Libertad de competencia entre aseguradores de los regímenes Subsidiado y Contributivo.

- ⊛ Redefinición de los riesgos asegurables, diferenciando programas de salud pública en enfermedades poco prevalentes.
- ⊛ Las mujeres en el Régimen Subsidiado y las beneficiarias del Contributivo accederán de forma progresiva a la licencia de maternidad.



## IMPACTO

- ⊛ Mayor posibilidad de escogencia para los afiliados, cobertura nacional de atención y mayor competencia en el aseguramiento.



# 2

## IMPLANTAR UN MODELO **INTEGRAL** DE ATENCIÓN QUE MEJORE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Instauraremos un modelo preventivo de medicina familiar, centrado en el paciente y sus necesidades.

### A. MODELO DE PRESTACIÓN



#### DIAGNÓSTICO

⊛ No existe un modelo regulado de atención y cada asegurador define de manera autónoma cómo atender a su población.

familiar que esté centrado en los niveles básicos. “Cada colombiano adscrito a un médico familiar”

⊛ Diseñar e implementar rutas de atención que estén reguladas.

⊛ Construir e instaurar redes

territoriales (departamentales) de prestación.

⊛ Implantar una efectiva gestión de riesgo por parte de los aseguradores. Buscar que los aseguradores se dediquen a proteger la salud de los colombianos y no a hacer negocios con la plata de la salud.



#### PROPUESTA

⊛ Implantar un modelo de medicina



#### IMPACTO

⊛ Atención con calidad y mayor cobertura de la población.

⊛ Incremento de la efectividad y eficiencia de los agentes del sistema.

“VAMOS A TENER UN MINISTERIO DE SALUD CON PODER Y CAPACIDAD PARA REGIR EL SISTEMA”.



## B. MODELO DE ASEGURAMIENTO



### DIAGNÓSTICO

- ⊛ Tenemos un sistema de aseguramiento sin planeación ni rectoría central. En el nivel regional faltan estándares o criterios de calidad para los aseguradores.
- ⊛ En 2016, el costo del aseguramiento fue de 32,6 billones de pesos y el costo de los recobros No POS sumó 2,8 billones de pesos, a ello se debe sumar 1,1 billones de pesos de las prestaciones económicas (pago de incapacidades por maternidad).

- ⊛ La conformación de los hogares afiliados ha pasado de 2,2 beneficiarios por cotizante en 2009 a 1,8 beneficiarios por cotizante en 2016.
- ⊛ El gasto per cápita en salud de Colombia es USD 569; en México, es USD 677; en Chile, USD 1,137, y en España USD 2,658 (2014).



### PROPUESTA

- ⊛ Deberá haber una efectiva planeación y rectoría del Sistema desde el nivel nacional.
- ⊛ Implantación de mecanismos de planeación y seguimiento del sistema.
- ⊛ Territorialización del aseguramiento.
- ⊛ Reducción regulada del número de aseguradores.
- ⊛ Habilitación técnica de aseguradores.



### IMPACTO

- ⊛ Mejorar los niveles de calidad de servicios que reciben los colombianos y nivelar el aseguramiento.



FOTO: REVISTA SEMANA

“DEFINIREMOS UN SISTEMA DE OFERTA BASADO EN REDES QUE PLANEE EFECTIVAMENTE LA DEMANDA Y DESCONGESTIONE EL SISTEMA”.

## C. OFERTA DE SERVICIOS



FOTO: SHUTTERSTOCK



### DIAGNÓSTICO

- ⊛ No existen redes de hospitales y en los de primer nivel hay una baja capacidad para resolver los requerimientos de los pacientes, lo que causa altos costos y congestión en los servicios.
- ⊛ El país cuenta con cerca de 15.000 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). 13.500 son de naturaleza privada y 1.500 son públicas
- ⊛ 50.000 profesionales prestan servicios de manera independiente, de los cuales 32.000 lo hacen en consulta externa y 7.000 en procedimientos de diagnóstico.
- ⊛ En los últimos 6 años el número de IPS ha aumentado un 16 % y el número de profesionales independientes en 20 %.
- ⊛ Mientras las instituciones privadas han crecido 19 % durante los pasados 6 años, las IPS públicas han decrecido en 9 %.
- ⊛ El país dispone de 87,237 camas hospitalarias, de las cuales el 10 % (8.445) son de primer nivel, el 13 % (10.481) son de segundo nivel y el 11 % (9.130) son de tercer nivel. Esto significa que hay 51.181 camas sin clasificar.
- ⊛ En los últimos 6 años, las camas de alta complejidad se han incrementado e 42 %, las de mediana crecieron 23 % y las de baja se redujeron 11 %.

## NÚMERO DE INSTITUCIONES POR GRUPO SERVICIO AÑO POR AÑO

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Diagnóstico</b>	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	1.530	1.487	1.507	1.556	1.601	1.517	1.541
	Atención extramural	135						
	Consulta externa	1.532	1.475	1.498	1.544	1.570	1.482	1.503
	Internación / Hospitalario	1.514	1.485	1.509	1.558	1.563	1.550	1.565
	Otros servicios	850	835	873	874	276	225	241
	Procesos					976	1.043	1.077
	Promoción y prevención	1.100	1.101	1.141	1.142	1.117	1.069	1.056
	Quirúrgicos	737	678	682	698	700	662	659
	Transporte asistencial	970	957	963	981	974	966	963
	Urgencias	1.225	1.195	1.198	1.205	1.200	1.189	1.179
	Total	4.032	3.931	3.984	4.026	3.991	3.886	3.857

## CONTEO DE INSTITUCIONES CON CAMAS POR GRUPO DE SERVICIO "INTERNACIÓN" Y POR NIVEL

		Camas adultos general						
	Complejidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Diagnóstico</b>	Alta	248	266	265	283	299	311	322
	Mediana	42	37	34	33	35	26	20
	Baja	1.010	975	999	1.021	995	943	935
	Total	3.310	3.289	3.310	3.350	3.343	3.295	3.293

## CONTEO DE INSTITUCIONES CON CAMAS POR GRUPO DE SERVICIO "INTERNACIÓN" Y POR NIVEL DE COMPLEJIDAD

		Camas adultos general						
	Complejidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Diagnóstico</b>	Alta	18.490	19.838	20.196	21.969	23.068	24.581	26.286
	Mediana	1.067	1.186	1.395	1.380	1.614	1.334	1.314
	Baja	12.215	10.848	11.272	11.580	10.991	10.902	10.927
	Total	33.782	33.883	34.875	36.492	37.687	38.832	40.543

## C. OFERTA DE SERVICIOS



### PROPUESTA

- ⊛ Definir un modelo de adscripción de la oferta al sistema de salud.
- ⊛ Integración de oferta en redes de prestación.
- ⊛ Generación de redes para la atención.
- ⊛ Redefinición de la habilitación de servicios hacia un modelo de atención.

- ⊛ Regulación de portafolio en prestadores públicos.
- ⊛ Organizar a los prestadores públicos por redes de atención.
- ⊛ Crear un estatuto de carrera de administradores públicos hospitalarios.

- ⊛ Regulación por mecanismos de pago integrado.



### IMPACTO

- ⊛ Efectividad en la atención de primer nivel
- ⊛ Eficiencia y descongestión del sistema, incrementando la disponibilidad.
- ⊛ Ahorro en costos.



## D. HOSPITALES

Redefiniremos el desempeño de los hospitales públicos para asegurar su eficiencia y para que tengan una capacidad de respuesta a los usuarios



### DIAGNÓSTICO

- ⊛ Los hospitales públicos son costosos e ineficientes en la producción de servicios.
- ⊛ No hay una planeación integrada de la oferta pública en el país.

- ⊛ criterios de inversión en los hospitales públicos del país.
- ⊛ Agrupar a los hospitales públicos en redes integradas de servicio de acuerdo al modelo de atención.
- ⊛ Generar un estatuto especial para los niveles de dirección de hospitales públicos con requerimientos y que haya un escalafón de gerentes.

nivel y estructurar un plan nacional para reestructurar la oferta de primer nivel.



### IMPACTO

- ⊛ Hacer más eficiente a los hospitales públicos, para que tengan una mayor y mejor capacidad de respuesta a los pacientes.



### PROPUESTA

- ⊛ Definir de manera centralizada los

- ⊛ Hacer un censo nacional de servicios de primer



FOTO: SHUTTERSTOCK

“CADA COLOMBIANO DEBE TENER LA CERTEZA DE QUE SU EPS TIENE UNA RED SUFICIENTE PARA ATENDERLO, EN CONDICIONES DE RESPETO Y CALIDAD”.

## E. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Construiremos un sistema de información integrado para el sector salud.



### DIAGNÓSTICO

Las EPS tienen un desarrollo aceptable susceptible de mejorarse. La mayor carencia está en el Régimen Subsidiado de Salud, lo que exige la intervención estatal.

para medicamentos y dispositivos (estándares nacionales semánticos).

Estándarizar la interacción entre historias clínicas (HIS) y el sistema administrativo (ERP)

Definición de conjuntos mínimos de información para reportes (Asistencial-Paciente, Epidemiológico, Prestacional,

de Gestión de Riesgo, Operativo, Financiero y de Vigilancia).

Implantar metodologías que permitan agrupar eventos clínicos (Case Mix, DRG).



### IMPACTO

Soporte epidemiológico.

Eficiencia y transparencia.

Mejoramiento de la calidad del servicio al ciudadano.



### PROPUESTA

Definición de códigos nacionales

# 3 ASEGURAR EL RECURSO HUMANO EN SALUD NECESARIO Y SUFICIENTE

## RECURSO HUMANO

Diseñaremos un sistema de planeación que permita contar con los especialistas, profesionales y técnicos requeridos en el sistema de salud.



## DIAGNÓSTICO

Se estima que en el mercado laboral colombiano trabajan alrededor de 90.000 médicos, de los cuales 23.315 son especialistas. La de mayor demanda son: Medicina Interna 14 %, Pediatría 13 %, Anestesiología 13 %, Ginecología

y Obstetricia 9 % y Cirugía General 8 %

55,6 % de las IPS de alta y mediana complejidad han tenido que cerrar o posponer su servicios a consecuencia del déficit en la disponibilidad de médicos especialistas en su ciudad.

Las causas son: insuficiencia de cupos en los programas de formación y falta de incentivos para especializarse o para trabajar en ciertas regiones.

Se estima que para dar plena

cobertura, Colombia debe contar con 39.000 médicos especialistas. Hoy tenemos un déficit de 16.000 especialistas, con mayor frecuencia en las especialidades quirúrgicas y diagnósticas.

Para 2016 ya se requerían 4.148 médicos con especialidad en Medicina Familiar.

“COLOMBIA REQUIERE 36.000 ESPECIALISTAS. EN LA ACTUALIDAD CONTAMOS CON 23.000”.



### PROPUESTA

- ⊛ Política para asegurar disponibilidad y calidad del recurso humano.
- ⊛ Estandarizar las diferentes denominaciones de especialidades médicas.
- ⊛ Fortalecimiento de hospitales universitarios.
- ⊛ Catastro nacional de cupos de especialidad médica y definición de requerimientos mínimos de cupos.
- ⊛ Fortalecimiento de programas de medicina familiar.
- ⊛ Reconocimiento de programas de formación.
- ⊛ Política de Residencias médicas.

- ⊛ Implantación de examen nacional para el ingreso a especialidad médica.
- ⊛ Definición de condiciones de remuneración y reconocimiento.

- ⊛ Regulación sobre la certificación de competencias (profesionales y técnicos).



### IMPACTO

- ⊛ Disponibilidad suficiente del recurso demandado en cada área de especialidad.



# 4 RECUPERAR LA SALUD PÚBLICA Y ORIENTARLA A LA PREVENCIÓN

Estructuraremos una política de salud pública enfocada en la prevención y el mantenimiento de la salud.



## DIAGNÓSTICO

- ⊛ La política actual no permite diseñar acciones desde el nivel nacional ni reorientar recursos hacia ciertos territorios críticos o frente a las prioridades.
- ⊛ La expectativa de vida en Colombia es 74,18 años, 77,8 mujeres y 70,7 hombres. El estándar de países similares al nuestro es 4,8 años superior.
- ⊛ Un colombiano en promedio padece de enfermedades crónicas 17,4 años como consecuencia de algún tipo de dolencia, (diabetes, hipertensión, etc.). Esto es 3 veces

más que en países desarrollados.

- ⊛ Carga de enfermedad 2015: 43 % enfermedades crónicas, 29 % salud mental, 9 % materno infantil y congénitas, 8 % accidentales y lesiones, 8 % dentales y 3 % infecciosas.
- ⊛ La carga de enfermedad está determinada por enfermedades crónicas como cardiovasculares, trastornos mentales y cáncer.
- ⊛ La enfermedad crónica es preponderante en el centro del país (Eje Cafetero, Bogotá, Cundinamarca, Santanderes). Las enfermedades perinatales y la desnutrición son críticas en la

región Pacífica, la Amazonia, Orinoquía y La Guajira.

- ⊛ Las enfermedades infecciosas (Dengue y Paludismo) aún son relevantes en más de 150 municipios críticos.
- ⊛ Las lesiones derivadas de la violencia y homicidios todavía son relevantes en el Meta, Antioquia, Nariño y Putumayo.
- ⊛ Los accidentes motorizados han venido creciendo. En 2016 se produjeron 6.884 muertes, de las cuales, 81 % eran hombres, de esos, 48 % eran menores de 35 años. 47 % de las muertes por accidentes de motocicletas.





## PROPUESTA

- El Ministerio de Salud estructurará programas nacionales, dará la asistencia técnica para su implantación, hará seguimiento a su ejecución y evaluará su efectividad.
- Las secretarías departamentales serán los órganos de coordinación

territorial de los programas, con funciones de coordinación, seguimiento y evaluación.

### PROGRAMA:

- Implantar la ruta de ingreso y tránsito de los pacientes al Sistema de Salud.
- Diseñar y poner en marcha programas nacionales de

prevención y manejo de enfermedades.



## IMPACTO

- Reducción de las enfermedades que representan mayores riesgos para la salud pública.
- Disminución en procedimientos de alto costo.

# CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Invertiremos en ciencia y tecnología para estimular la industria nacional de medicamentos.



## DIAGNÓSTICO

- La industria nacional de medicamentos está rezagada, lo que debilita el mercado institucional y encarece los medicamentos.

que genera mayor competitividad de la industria nacional.

- Negociaciones de licencias voluntarias con innovadores acordando precios (como en Brasil).
- Plan nacional del aprovechamiento de los hemoderivados.
- Fortaleceremos el Instituto Nacional Cancerológico e implementaremos un programa de células madre autólogo y alogénico.
- El G obierno promoverá el

Banco Nacional de HLA.

- Proyectos de preparados magistrales y medicina tradicional.



## PROPUESTA

- Estimular la industria de genéricos de alta frecuencia y mediano costo.
- Declarar los medicamentos en su conjunto exentos de IVA y no solo por el principio activo, lo



## IMPACTO

- Reducción de costos de los medicamentos y apoyo a la industria nacional.

# 5 DESARROLLAR UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA QUE CONTROLE EL GASTO

Nuestra política farmacéutica asegurará el suministro de medicamentos a precios accesibles y permitirá un mejor manejo de los recursos. Implementar una política de genéricos como apoyo a la industria nacional.



## DIAGNÓSTICO

La política farmacéutica ha dado buenos resultados a través de modelos regulatorios efectivos que controlan el gasto y los incentivos de los agentes.

anual a través de la confirmación diagnóstica y concentración de red.

Los pacientes de altos ingresos tendrán que contribuir con un copago y esto representará un ahorro del 3 % anual.



- ⊛ Cambiar precios del canal institucional. Se implementará igualmente en el canal comercial.
- ⊛ Programa de educación en el manejo de uso racional de medicamentos.

## IMPACTO

Disponibilidad de medicamentos a menores costos (ahorros de hasta un 80 %).



## PROPUESTA

- ⊛ Definir los mecanismos de ingreso de los medicamentos al sistema.
- ⊛ Implementar mecanismos de negociación y compra centralizada que repercutirá en un 5 % de ahorro anual sobre un monto de \$1.8 billones.
- ⊛ Igualmente se ahorrará un 2 %



# 6 REGULACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD

## A. GOBERNANZA

Diseñaremos mecanismos de gobierno para asegurar la institucionalidad del sistema y su correcto funcionamiento.



### DIAGNÓSTICOS

⊛ Bajo las condiciones actuales del sistema único de salud, es necesaria una reestructuración de las principales instituciones públicas del sector.



### PROPUESTAS

- ⊛ Crear un Estatuto Orgánico del Sistema Nacional de Salud.
- ⊛ Regular grupos y conglomerados en el sistema.
- ⊛ Regular la integración vertical y horizontal.
- ⊛ Implantación de

estatuto orgánico para directivos de organizaciones de salud.

- ⊛ Robustecer el Ministerio de Salud y facultarlo para que ejerza mayor gobernanza sobre los actores del sistema.
- ⊛ Fortalecimiento de las secretarías departamentales de salud.
- ⊛ Reestructurar la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza mayor control sobre sus vigilados .
- ⊛ Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud.



### IMPACTO

⊛ Debe existir un Gobierno eficiente y transparente del sistema.




“EL SISTEMA DE SALUD DEBE SER EJEMPLO DE EFICIENCIA, CALIDAD Y EXCELENTE MANEJO DE LOS RECURSOS”.



# QUÉ LOGRAREMOS

- ➡ Generar un sistema único donde todos los colombianos tengan acceso a los mismos servicios de salud.
- ➡ Instaurar un modelo de medicina familiar centrado en el paciente.
- ➡ Hacer que cada mujer colombiana tenga el derecho a una licencia de maternidad.
- ➡ Implantar un modelo integral de atención de acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud.
- ➡ Fortalecer la red pública de servicios para el nivel básico de atención en más de 600 municipios rurales y de áreas dispersas.
- ➡ Invertir en la integración de sistemas de información.
- ➡ Construir hospitales públicos requeridos, por ejemplo en Quibdó y Buenaventura.
- ➡ Reducir en 5 % la tasa de embarazo adolescente a nivel nacional, del 19 % a 14 %.
- ➡ Disminuir en 50 % la tasa de mortalidad materna en los departamentos críticos (La Guajira, Guainía, Chocó, Vaupés y Vichada).
- ➡ Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años en un 30 % (12 % a 8,5 %).
- ➡ Todos los departamentos del país deben tener implementadas redes integrales de atención.
- ➡ El 100 % de los departamentos deberán tener sistemas integrados de atención de urgencias, incluyendo tanto los hospitales públicos como los privados.

## SANEAMIENTO **GENERAL DEL SISTEMA**

-  Cartera hospitalaria Régimen Contributivo.
-  Cartera Hospitalaria Régimen Subsidiado.
-  Proyección necesidades de financiamiento adicional del aseguramiento a siniestralidad del 92 %.

## INVERSIÓN **REQUERIDA (ANUAL)**

	<b>ESTATAL</b>
Presupuesto actual del sector	40 billones
Financiación adicional Régimen Subsidiado	1,7 billones
Formación 2.000 Médicos familiares	34 mil millones
Financiación de afiliadas a Régimen Subsidiado y beneficiarias de Contributivo	1,3 billones
Asistencia técnica e inversión tecnológica	55 mil millones
Recuperación infraestructura de primer nivel	200 mil millones
Diseño e implantación de interfaces aseguramiento, HIS y Agrupadores Pago	40 mil millones
Construcción de hospitales	100 mil millones
Cartera morosa hospitalaria Régimen Contributivo Nota externa 200917	4,3 billones
Cartera hospitalaria Régimen Subsidiado Nota externa 200917	2,4 billones
Necesidades de financiamiento adicional del aseguramiento a siniestralidad del 92 % Saneamiento	4,1 billones



## CRECIMIENTO **EN CAMAS DE ADULTOS**

COMPLEJIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alta	18.490	19.838	20.196	21.969	23.068	24.581	26.286
Mediana	1.067	1.186	1.395	1.380	1.614	1.334	1.314
Baja	12.215	10.848	11.272	11.580	10.991	10.902	10.927
<b>Total</b>	<b>31.772</b>	<b>31.872</b>	<b>32.863</b>	<b>34.929</b>	<b>35.673</b>	<b>36.817</b>	<b>38.527</b>

## PRESTADORES

CATEGORÍA	2007	2009	2016	2017
Instituciones - IPS	6.565	8.542	10.146	10.433
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	233	385	1.631	1.870
Profesional Independiente	24.885	30.134	31.843	36.371
Transporte Especial de Pacientes	101	175	337	350
<b>Total</b>	<b>31.784</b>	<b>39.236</b>	<b>43.957</b>	<b>49.024</b>

## CAPACIDAD INSTALADA **POR TIPO 2017**

TIPO DE CAMA	2017
Camas pediátricas	10.069
Camas adultos	39.469
Camas obstetricia	7.363
Camas intermedio neonatal	1.873
Camas intensivo neonatal	1.874
Camas intermedio pediátrico	494
Camas intensivo pediátrico	847
Camas intermedio adulto	2.828
Camas intensivo adulto	5.127
Camas quemados adulto	126
Camas quemados pediátrico	88
Camas psiquiatría	6.847
Camas agudo mental	833
Camas intermedio mental	250
Camas farmacodependencia	2.195
Camas institucion paciente crónico	1.274
Camas salud mental	294
Camas trasplante progenitores hematopoyéticos	100
Camas cuidado básico neonatal	1.286
<b>SUB TOTAL</b>	<b>83.237</b>
Salas quirófano	2.956
Salas partos	1.298
Salas procedimientos	2.503
Sillas quimioterapia	1.919
Sillas hemodiálisis	4.413
Ambulancias básica	3.565
Ambulancias medicada	889
<b>TOTAL</b>	<b>100.780</b>

FUENTE: REPS, MINSALUD, Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 14 de noviembre de 2017 (10:32 a. m.)



“MI PROGRAMA  
DE GOBIERNO SE ENFOCA  
EN LA TRANSFORMACIÓN DEL  
SISTEMA DE SALUD, PARA QUE  
SE CENTRE EN RESOLVER LAS  
NECESIDADES DEL PACIENTE  
Y PONGA FIN A LAS PENURIAS  
QUE A DIARIO SUFREN MILES  
Y MILES DE PACIENTES POR  
LA FALTA DE ATENCIÓN”.

