



Cuánto le cuesta a Colombia no invertir en prevención? La carga económica de las enfermedades crónicas

Lizbeth Acuña M
Directora Ejecutiva
Cuenta de Alto Costo

Noviembre 27 de 2018

Sistema de salud de Colombia



Funciones de la CAC

- Revisar y proponer mecanismos de ajuste por riesgo que técnicamente sean válidos y aplicables en el sistema de salud, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas de ellas basado en mediciones epidemiológicas, objetivas y técnicamente adecuadas que evidencien y reconozcan los ahorros alcanzados por Gestión de riesgos.
- Aplicar el mecanismo financiero de redistribución de riesgo, establecido por los Ministerios de Salud y Hacienda para procurar equilibrio entre las EAPB que operan en el Sistema.

Funciones de la CAC

- Diseñar procesos estables y técnicamente seguros para **censar los pacientes con patologías de Alto Costo**.
- Construir y ajustar un **sistema de información confiable** y única de patologías de alto costo, con flujo de información desde IPS, para el uso de todos los actores.
- **Elaborar estructuras de reporte de información**, unificadas, **basadas en evidencia** y consensados con todos los actores.

Funciones de la CAC

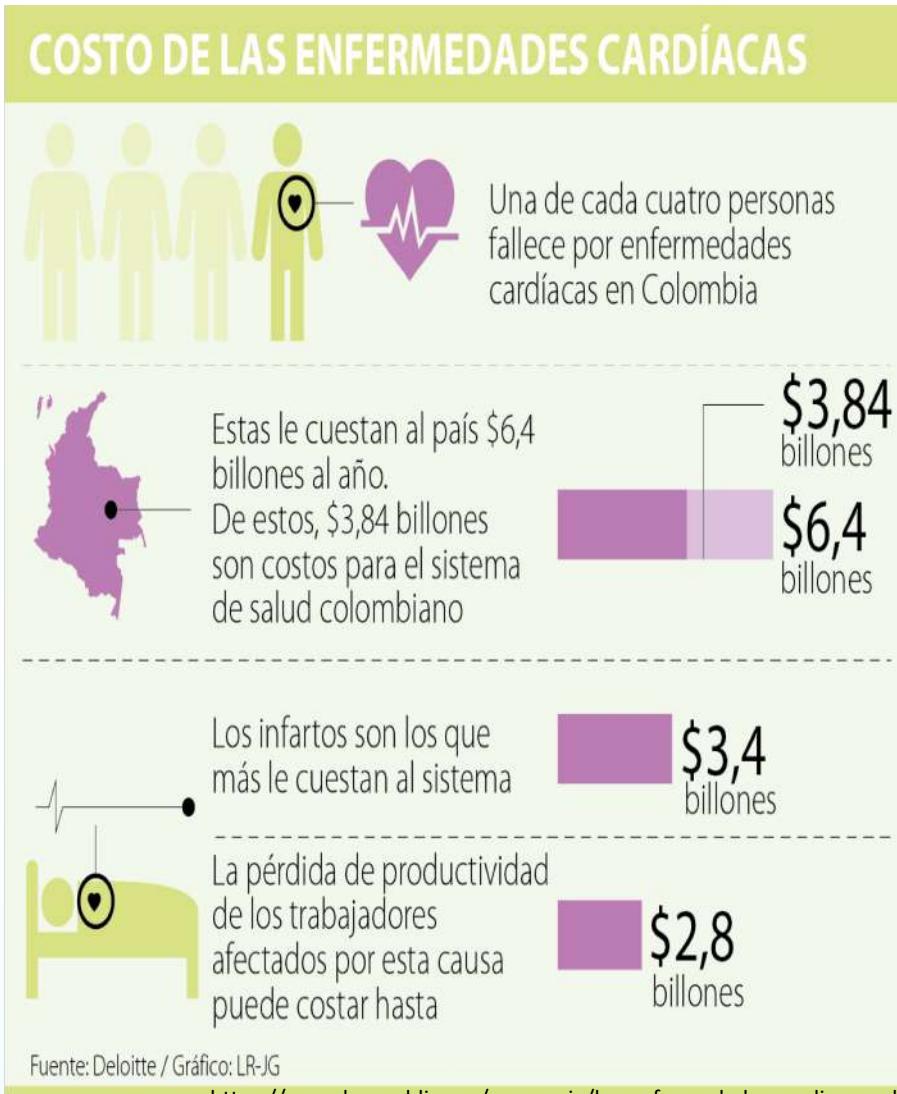
- Construir indicadores estandarizados y concertados con los actores del sistema que evalúen la gestión de riesgo
- Evaluar las EPS e IPS con los criterios de medición estandarizados y concertados.
- Elaborar anualmente el ranking para EPS e IPS según resultados en salud
- Aportar conocimiento técnico en la elaboración de GPC con enfoque de riesgo.

Funciones de la CAC

- **Aportar evidencia al Ministerio de Salud** mediante experiencias y revisión de la literatura, referente a la selección de patologías de alto costo, según criterios técnicos, evitando de esta manera la inclusión de patologías de alto costo de forma dinámica.
- **Contribuir en entregar mayor protección de salud a la población afiliada en general**, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados o seleccionados.

En el sistema de salud para
abordar las enfermedades
crónicas el alto costo
Con qué contamos?

Otras enfermedades de alto costo importantes y necesario identificar y controlar:

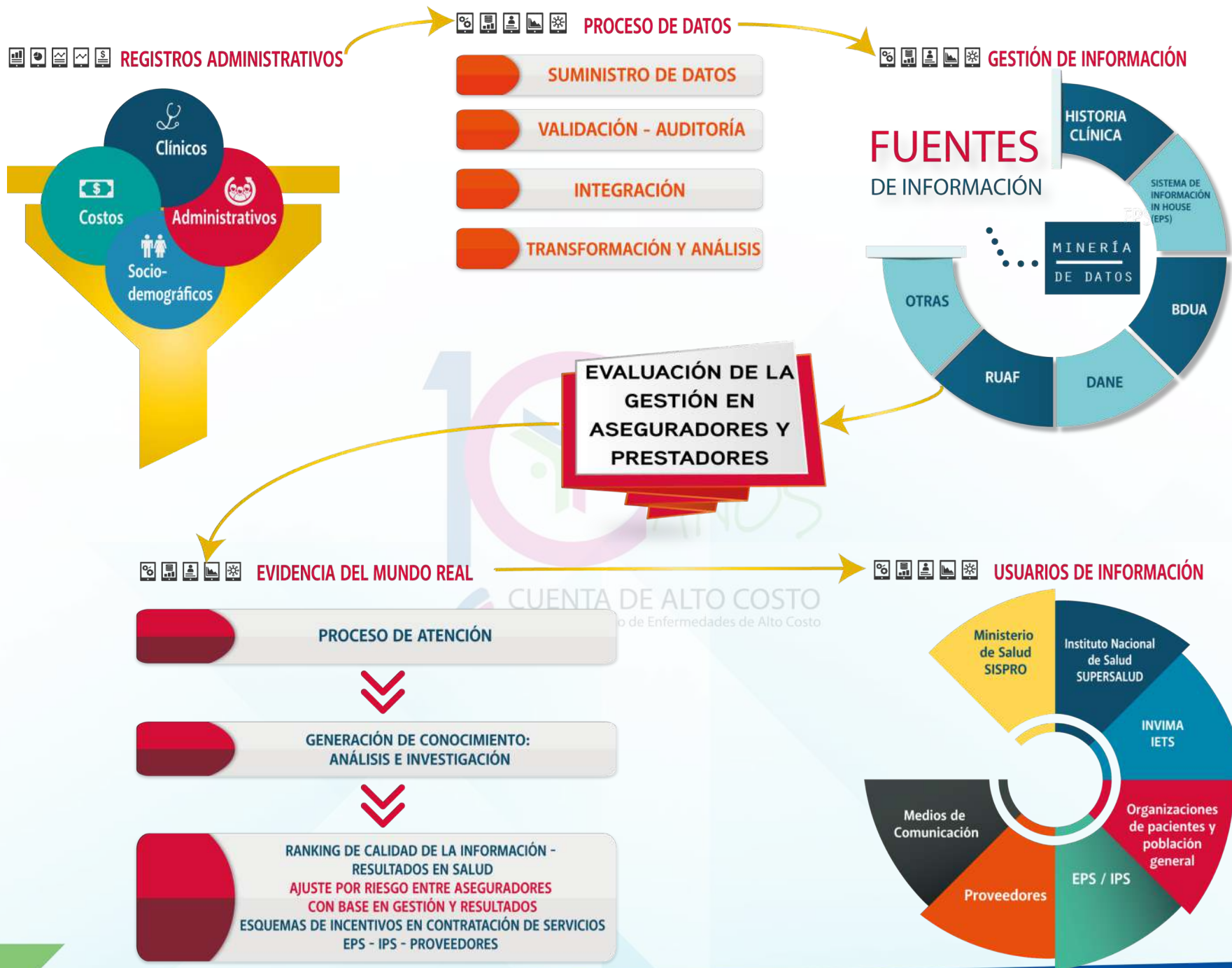


“Colombia como el tercer país de América Latina con mayor costo financiero por estas enfermedades”

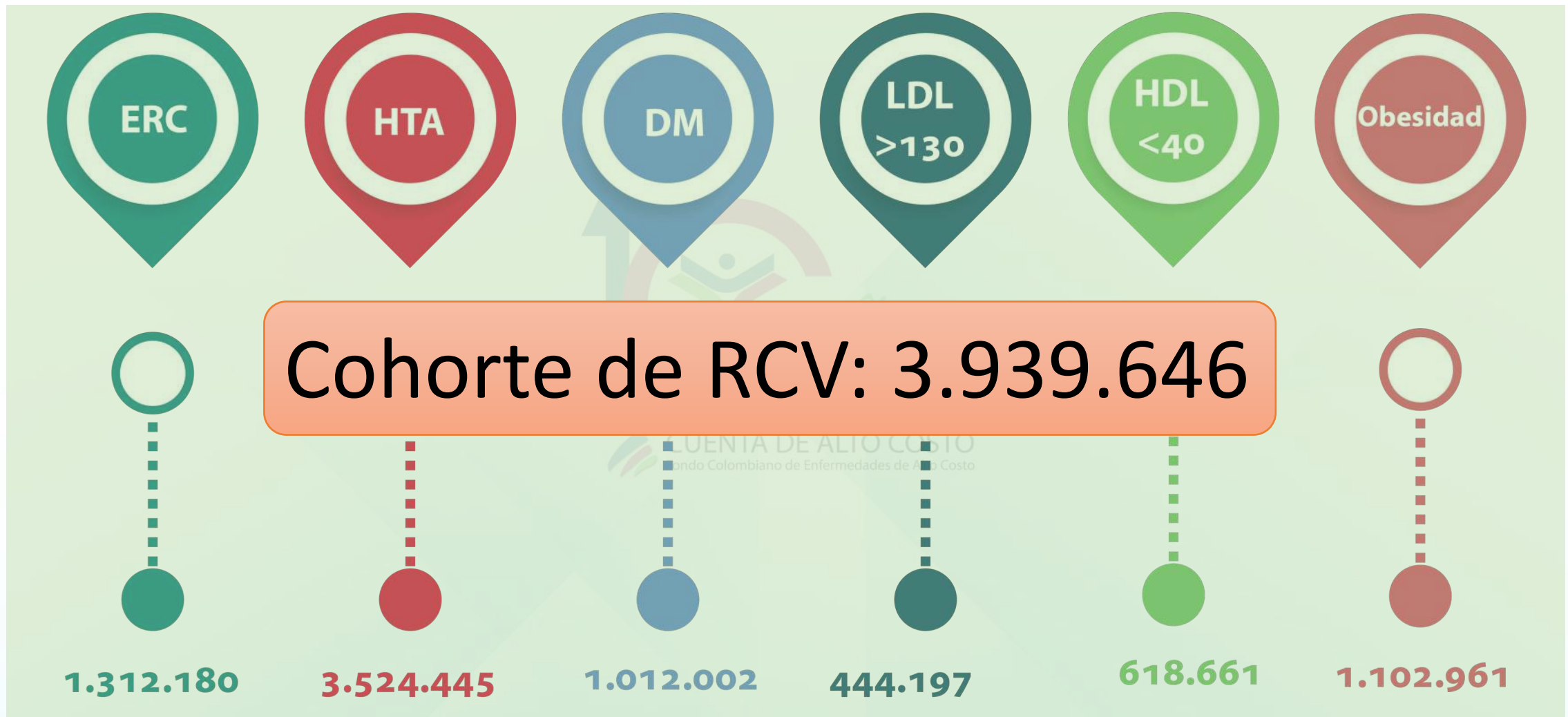
Según un estudio elaborado por la consultora Deloitte en nueve países de América Latina, las enfermedades cardiovasculares cuestan aproximadamente \$6,4 billones al año en Colombia, de los cuales, \$3,84 billones son asumidos por el sistema de salud.

Supera en 12% el gasto promedio de los sistemas de salud de los países latinoamericanos en este tipo de enfermedades.

Los infartos le pueden costar al sistema de salud hasta \$3,4 billones, los problemas por insuficiencia cardíaca \$1,67 billones, la hipertensión \$764.198 millones y la fibrilación auricular \$764.198 millones.



Con que contamos??



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Con que contamos??



10.462



73.465



110

Mas 415.742 gestantes

menores de 18 meses hijos de madres infectadas con VIH

Con que contamos??



68.247



2.059



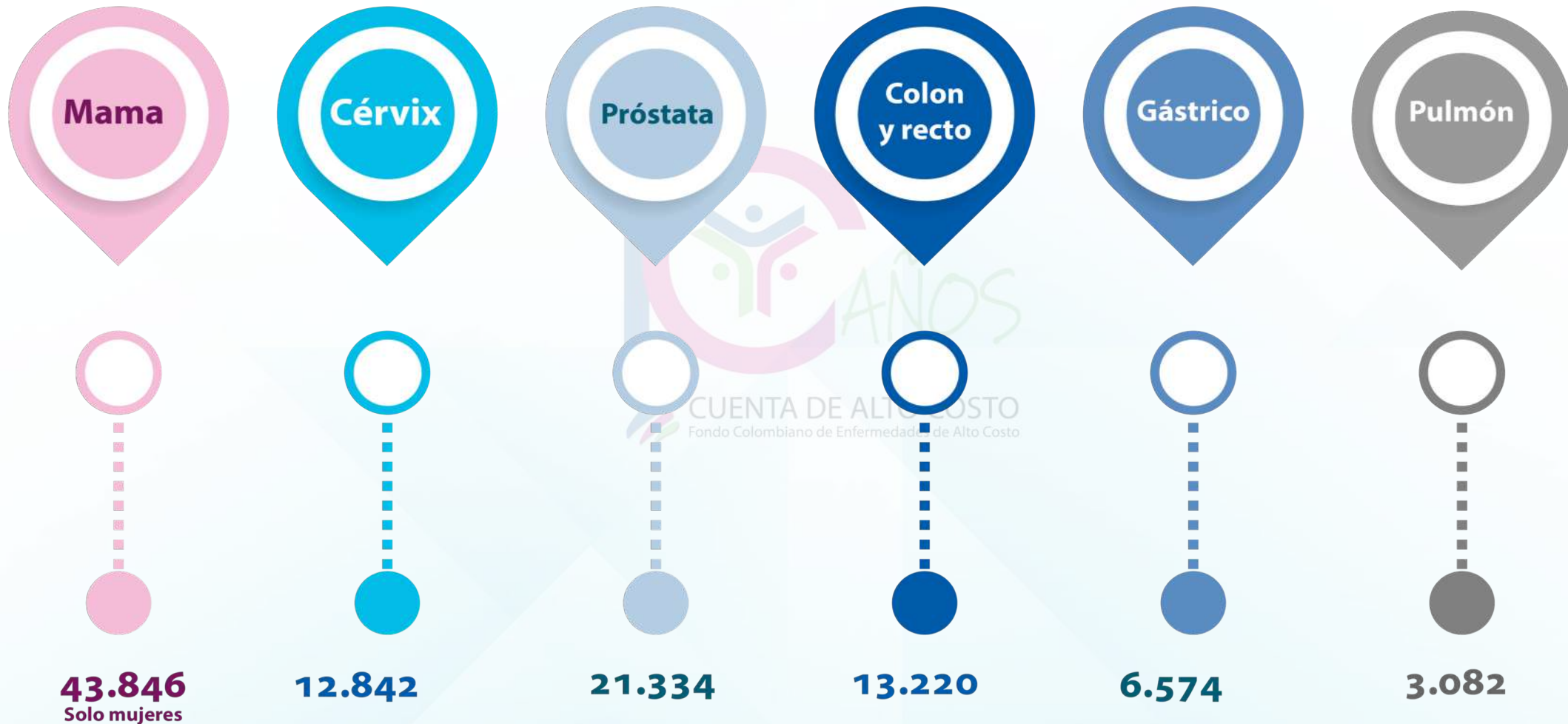
1.471

Mas 721 de otras coagulopatías

CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Con que contamos??

CÁNCER

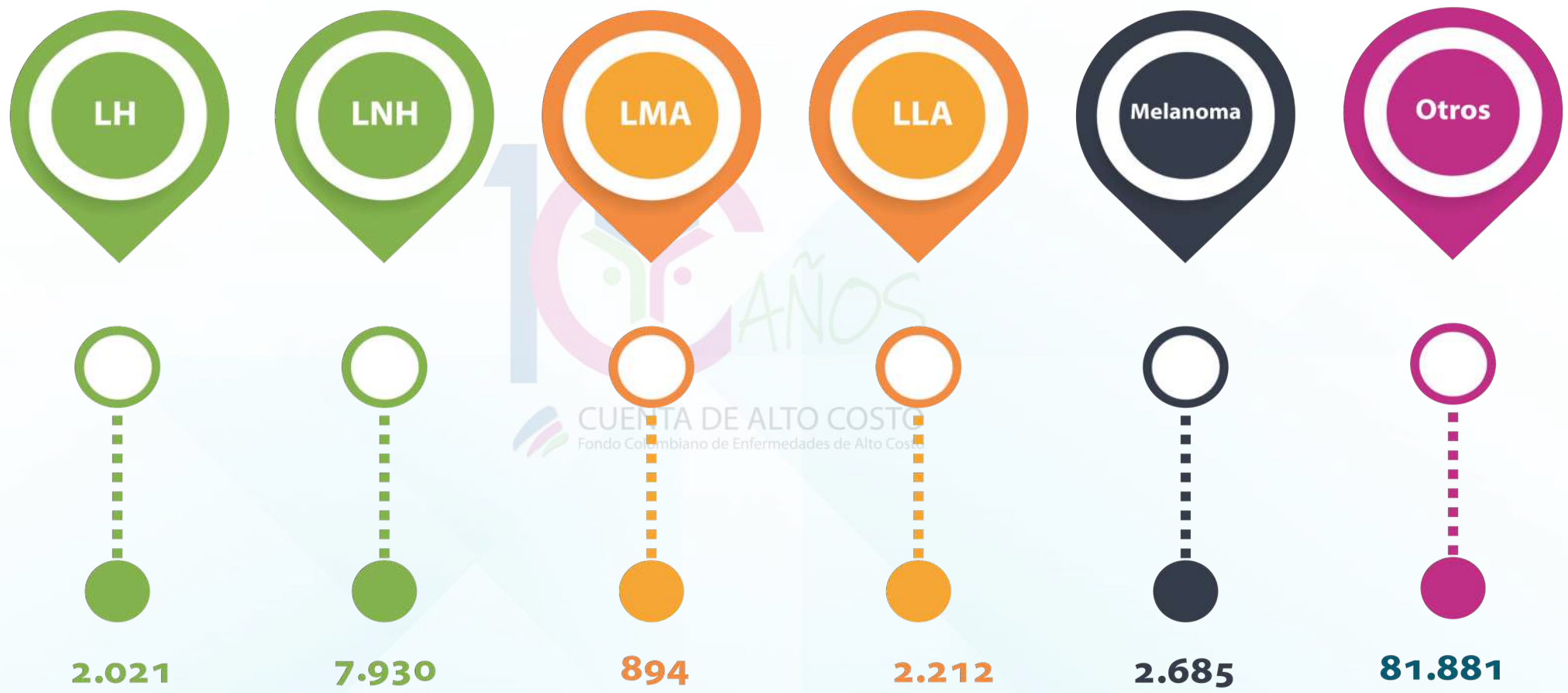


Fuente: Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán

Con que contamos??

CÁNCER



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Uso de Datos de la Vida Real (DVR)

COHORTES 26

Datos que se convierten en evidencia del mundo real



CÁNCER



IDENTIFICAMOS: MAGNITUD DEL RIESGO, TENDENCIA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
ASPECTOS PARA EVALUAR LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN LOS SISTEMAS DE SALUD (OMS)

Importancia de los registros en los sistema de salud

Constituye la base del sistema de información, para determinar el estado de salud, probar factores asociados con ella, conocer la utilización de recursos humanos y tecnológicos y evaluar la calidad de los servicios y acciones en salud.

- Son un medio de comunicación
- Medio de protección (aspectos médico - legales tanto del paciente, del dentro de salud o del cuerpo médico)
- Fuente de datos para la investigación, educación, la administración, la planificación y la evaluación de las acciones en salud.

Consideraciones de las EAC

1. Enfermedades que no tienen cura.
2. Enfermedades con deterioro progresivo.
3. Disminución gradual de la autonomía.
4. Riesgos de sufrir patologías interrelacionadas.
5. Importantes repercusiones económicas y sociales.



El acceso a la atención médica y sanitaria es una de las mas relevantes conquistas sociales desde la Revolución Industrial hasta nuestros días, y en consecuencia el elemento mas delicado de las políticas publicas.

Dependiendo de su evolución económica, social y política, cada país ha consolidado un sistema sanitario que trata de alcanzar, con mayor o menor éxito, un complejo equilibrio entre:

- Valores sociales.
- Criterios de cobertura, derivados de esos valores sociales.
- Criterios y mecanismos de financiación, coherentes tanto con los valores sociales como con los criterios de cobertura.
- Modelo de provisión acordes con los valores y recursos disponibles.
- Mecanismos de regulación.



Elementos clave para la gestión de enfermedades de alto costo

Políticas de cobertura

Políticas de acceso

Políticas de sistema de información para evaluación y monitoreo

Situación en Colombia de la Enfermedades de Alto Costo (EAC): Concentración de las EAC en Colombia por regiones, Gestión y gasto de las EAC



Prevalencia cruda de artritis reumatoide por 100 habitantes, por regiones

Regiones	Casos	Población DANE	Prevalencia
Atlántica	8.308	6.899.664	0,12
Bogotá	19.801	5.894.466	0,34
Central	21.526	7.580.711	0,28
Oriental	10.010	6.793.996	0,15
Pacífica	12.414	5.814.857	0,21
Otros	419	859.630	0,05
Total	72.478	33.843.324	0,21

Prevalencia mundial varía entre 0,3 % y 1,0 %, siendo más común en mujeres de países desarrollados (OMS)

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Lizbeth Acuña M

Indicadores de Gestión de la enfermedad por regiones

Regiones	Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.
Atlántica	29,5%	23,5%
Bogotá, D.C.	51,9%	13,5%
Central	50,6%	38,8%
Oriental	30,9%	11,1%
Otros	15,3%	8,4%
Pacífica	36,6%	15,5%
Total	43,2%	22,1%

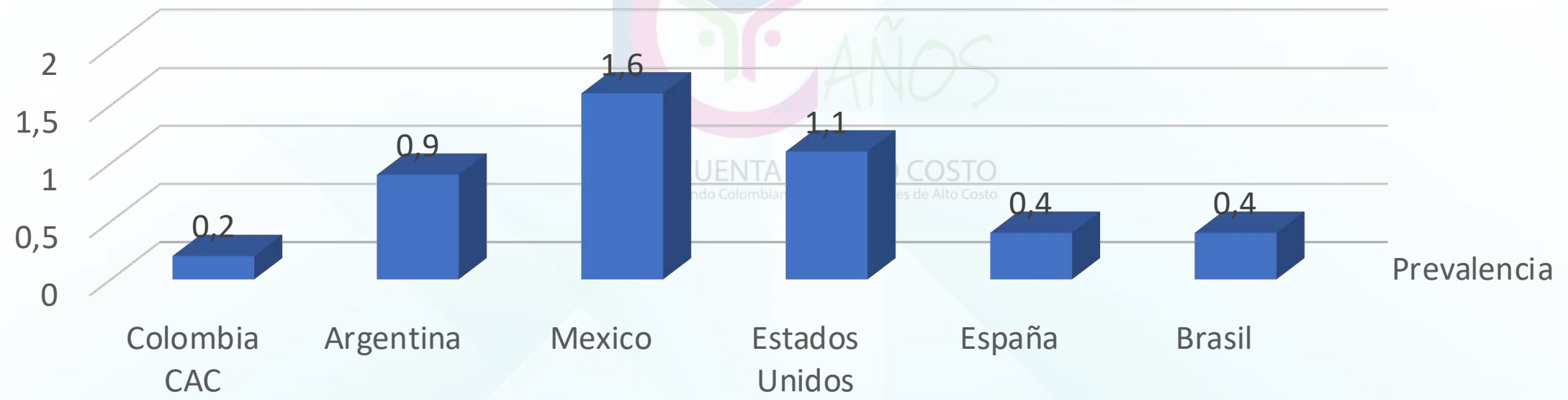
Meta colombiana	Meta colombiana
ALTO > 60 %	ALTO > 60 %
MEDIO > 50 a ≤ 60 %	MEDIO > 50 a ≤ 60 %
BAJO ≤ 50 %	BAJO ≤ 50 %

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Comparativo de prevalencia de artritis entre países x 100 personas

Colombia: Alta? Baja prevalencia?

“Según grupo científico de la OMS en ginebra, dice que la prevalencia de AR presenta gran variabilidad en los países Y que en algunas regiones de Europa y estados unidos tiende a disminuir” Prevalencia estimada 1%



Fuente: Cuenta de Alto Costo



Prevalencia de Cáncer por regiones

Región	Casos*	Población DANE**	Prevalencia x 100.000 hab
Atlántica	27.255	10.506.651	259,4
Bogotá, D.C.	57.603	7.980.001	721,8
Central	69.893	10.703.266	653,0
Oriental	34.935	9.830.129	355,4
Otros	1.943	1.404.162	138,4
Pacífica	37.745	8.323.499	453,5
Total Nacional	229.374	48.747.708	470,5

Globocan prevalencia para Colombia a 1 año: 131,2; a 3 años: 335,2; a 5 años: 501,2***

*Casos: incluye todos los tipos de cáncer, todas las edades y ambos sexos Periodo: 02 de enero de 2016 a 01 de enero de 2017,

Población DANE año 2016, *Globocan, IARC, 2012, excluye cáncer de piel no melanoma

Indicadores de Gestión del cáncer (tipo solido) por regiones

Regiones	Proporción de casos estadificados	Proporción de casos notificados con cáncer in situ	Estadios tempranos (I y II)	Estadios avanzados (III y IV)	Oportunidad a diagnóstico (media días)	Oportunidad a tratamiento (media días)
Atlántica	65%	19%	59%	41%	50,7	69,2
Bogotá, D.C.	40%	24%	64%	36%	50,0	54,7
Central	53%	22%	52%	48%	51,3	61,3
Oriental	52%	19%	57%	43%	59,0	70,1
Otros	55%	17%	48%	52%	46,5	52,4
Pacífica	46%	25%	51%	49%	62,8	63,2
Total Nacional	49%	22%	56%	44%	53,9	62,5

Incluye solo tumores sólidos, todas la edades

En cáncer existen diferencias según el tipo de cáncer, sin embargo en los tumores sólidos la meta propuesta de estadificación es superar el 90%, obtener un porcentaje superior al 60% de estadificación en estadios tempranos , la oportunidad para confirmar diagnóstico es de 30 días y para obtener un tratamiento es de 30 días (tomado de promedio consensos CAC, Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer, Allgar VL, et al).

Prevalencia de ERC 5 por regiones

Región	Casos ERC5	Población DANE	Prevalencia x 100.000 Habitantes
Atlántico	7.474	10.647.346	70,2
Bogotá	5.981	8.080.734	74,0
Central	9.432	10.812.240	87,2
Oriental	7.216	9.917.496	72,8
Pacífica	6.802	8.410.059	80,9
Otros	504	1.423.734	35,4
Total Nacional	37.409	49.291.609	75,9

La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años (Fuente OMS).

Casos: Enfermedad renal crónica Estadio 5. Población DANE año 2017



Prevalencia de Diabetes Mellitus por regiones

Región	Casos DM	DANE	Prevalencia x 100 Habitantes
Bogota, D.C.	211.778	8.080.734	2,6
Atlantico	197.528	9.677.197	2,0
Central	294.013	10.812.240	2,7
Oriental	194.018	9.917.496	2,0
Pacífica	191.724	8.410.059	2,3
Otros	10.410	1.423.734	0,7
Total Nacional	1099471	49.291.609	2,2

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (Fuente OMS)

Casos DM: Diabetes Mellitus. Población DANE año 2016

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Prevalencia de HTA por regiones

Región	Casos HTA	DANE	Prevalencia x 100 Habitantes
Bogotá, D.C.	704.890	8.080.734	8,7
Atlántico	762.759	10.647.346	7,2
Central	1.037.742	10.812.240	9,6
Oriental	609.549	9.917.496	6,1
Pacífico	627.273	8.410.059	7,5
Otros	34.680	1.423.734	2,4
Total Nacional	3.776.893	49.291.609	7,7

Según el Sistema de Información de la Protección Social, Sispro, se estima que en Colombia, para el 2015, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS se encontraba en 7,23 (Fuente Ministerio de Salud, Colombia, Mayo, 2017)

Casos: Hipertensión Arterial Población DANE año 2016



Indicadores de Gestión ERC5 por regiones

Región	% adultos en diálisis peritoneal con albumina $\geq 3,5$	% adultos en diálisis peritoneal con fósforo $<6,0$	% adultos en diálisis peritoneal con hemoglobina >10	% adultos en diálisis peritoneal con KTV $>1,7$	% adultos en hemodiálisis con albumina ≥ 4	% adultos en hemodiálisis con catéter
Atlántica	66,3%	82,6%	79,0%	85,8%	64,0%	24,2%
Bogotá	74,6%	80,6%	86,8%	93,1%	57,1%	26,4%
Central	66,8%	81,0%	85,2%	89,0%	58,0%	32,2%
Oriental	66,1%	81,8%	85,7%	89,0%	58,9%	23,3%
Otros	66,3%	83,7%	77,2%	84,8%	54,9%	48,7%
Pacífica	64,1%	80,1%	82,3%	89,5%	56,3%	22,6%
Total nacional	67,4%	81,3%	83,7%	89,1%	58,9%	26,3%

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017



Indicadores de Gestión ERC5 por regiones

Región	% adultos en hemodiálisis con fósforo <6,0	% adultos en hemodiálisis con hemoglobina >10	% adultos en hemodiálisis con KTV >1,2	Captación DM	Captación HTA	Progresión ERC
Atlántica	88,5%	78,0%	94,3%	62,2%	35,9%	31,1%
Bogotá	79,1%	82,5%	94,9%	69,5%	35,6%	31,8%
Central	87,2%	81,8%	91,5%	77,0%	42,2%	34,4%
Oriental	86,7%	81,9%	95,1%	58,5%	26,2%	36,5%
Otros	69,5%	80,2%	87,0%	28,0%	12,8%	39,9%
Pacífica	86,1%	80,7%	91,6%	66,6%	32,1%	30,0%
Total nacional	85,5%	80,9%	93,3%	65,9%	34,1%	32,3%

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Lizbeth Acuña M

Prevalencia de VIH/SIDA por 100 habitantes, por regiones

Regiones	Casos	Población DANE	Prevalencia
Atlántica	17.139	10.647.346	0,16
Bogotá. D.C	19.743	8.080.734	0,24
Central	21.177	10.812.240	0,20
Oriental	11.007	9.917.496	0,11
Pacífica	12.753	8.410.059	0,15
Otros	1.037	1.423.734	0,07
Total	82.856	49.291.609	0,17



Indicadores de Gestión VIH/SIDA por regiones

Regiones	Porcentaje de PVVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR	Porcentaje de cobertura de TAR indicada	Porcentaje de TAR en PVVIH gestantes
Atlántica	61,0%	96,0%	100,0%
Bogotá	66,5%	94,2%	94,5%
Central	62,7%	94,3%	95,3%
Oriental	57,0%	95,1%	100,0%
Otros	52,4%	87,6%	100,0%
Pacífica	63,7%	96,6%	86,4%
Total	63,1%	94,7%	96,8%

Meta colombiana		
ALTO >= 80 %	ALTO >= 95 %	ALTO >=100 %
MEDIO >= 70 a ≤ 80 %	MEDIO 85 a ≤ 94,9 %	MEDIO >=95 a < 100,0 %
BAJO ≤ 70 %	BAJO <85 %	BAJO <95 %

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Prevalencia de Hemofilia, por regiones

Región	Casos*	Población DANE**	Prevalencia x 100.000 hab
Atlántica	379	10.647.346	3,56
Bogotá, D.C.	516	8.080.734	6,39
Central	499	10.812.240	4,62
Oriental	395	9.917.496	3,98
Otros	43	1.423.734	3,02
Pacífica	338	8.410.059	4,02
Total Nacional	2170	49.291.609	4,40

Referente: Según la World Federation of Hemophilia:

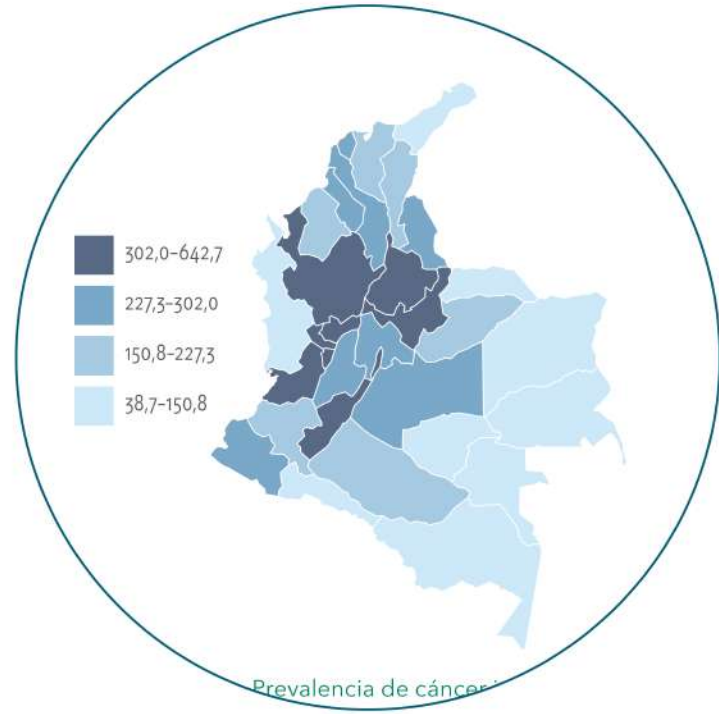
- Durante 2017 en el mundo se reportaron 184. 723 casos de los cuales 81% corresponden a hemofilia tipo A y 15% del tipo B.
- Aproximadamente 1 de cada 10,000 personas nace con ella.
- En América del sur la prevalencia de hemofilia oscila entre 3.0 a 9.3 por 100.000 varones según datos recolectados a 2010

*Casos: incluye todos los tipos de Hemofilia, **Población DANE año 2016

Indicadores de Gestión en hemofilia por regiones

Región	4. Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis	5. Proporción de pacientes evaluados por un equipo interdisciplinario	6.1 Promedio de atenciones por hematología en pacientes con hemofilia leve o moderada.	6.2 Promedio de atenciones por hematología en pacientes con hemofilia severa.
Atlántica	97,4%	45,9%	4,3	7,9
Bogotá	91,8%	39,7%	2,4	6,5
Central	94,9%	31,9%	3,0	5,9
Oriental	98,1%	26,3%	3,9	6,7
Otros	88,9%	18,6%	2,8	7,1
Pacífica	93,3%	23,7%	3,0	5,9
Total Nacional	94,9%	33,6%	3,2	6,6

¿Qué significa la información relevante para la toma de decisiones?



La información necesaria y suficiente



A cada nivel de gestión



Que sea veraz, oportuna, exacta y útil

Metodología cálculo para determinación del costo ECNT- EAC

1. Identificación de casos reportados y auditados.
2. Identificación de usuarios afiliados al SGSSS RC y RS fecha de corte.
3. Identificación valor UPC promedio por Régimen: contributivo y subsidiado.
4. Determinación de contenidos del plan de beneficios por enfermedad según mínimos Guías Práctica Clínica.
5. Identificación y cuantificación de contenidos- reporte del costo desde perspectiva del pagador(paga a IPS) -reporte desde las perspectiva del prestador (cobra a EPS).

Casos identificados y auditados con diagnostico confirmado de enfermedades crónicas - EAC

Enfermedad	Casos
Cáncer	199.423
VIH/SIDA	79.335
ERC TRR Estadio 5	33.508
ERC 1 a 5	1.259.004
DM	199.262
DM + HTA	434.643
HTA	1.872.486
Hemofilias y otras coagulopatias	3.968
Artritis reumatoide	63.125
TOTAL	4.148.722

Población afiliada al SGSSS y UPC asignada, por régimen

Régimen	Numero de personas afiliadas*
Contributivo	21,986,181
Subsidiado	21,648,012
TOTAL	43,634,193

UPC 2017	Valor promedio
Contributivo 2017	\$746,046.00
% UPC Contributivo Admon	8%
Subsidiado 2017	\$667,429.20
% UPC Subsidiado Admon	10%

*población afiliada junio 30 de 2017-BDUA

Recursos de UPC para PBS según régimen.

Distribución UPC	Total recursos
UPC Contributivo	\$16,915,534,459,387.20
UPC Contributivo PBS	\$15,562,291,702,636.20*
UPC Subsidiado	\$14,448,515,330,750.40
UPC Subsidiado PBS	\$13,003,663,797,675.40*
UPC PyP régimen contributivo	\$512,832,069,061.20*
Total Recursos de UPC	\$31,364,049,790,137.60
Total Recursos UPC para PBS	\$28,565,955,500,311.60*

Costo anual estimado para Enfermedades crónicas - EAC

Enfermedad	Costo Anual estimado	% UPC
ERC (estadios 1 a 5)	\$5,231,799,961,824	18.31%
HTA y/o DM	\$8,235,701,933,856	28.83%
VIH	\$471,534,553,980	1.65%
Cáncer	\$6,127,693,654,068	21.45%
Hemofilia	\$213,445,131,804	0.75%
Artritis	\$229,038,002,448	0.80%
Total	\$20,509,213,237,980	71.80%

*Sin incluir complicaciones e intervenciones No PBS

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

Contamos con 26 cohortes conformadas por **4.148.722** personas identificadas y monitoreadas todo el sistema de salud que representan el **9.5%** de la población y que **consume aproximadamente el 72%** de los recursos de la UPC, siendo la cohorte **mas costosa la de riesgo cardiovascular (29%) (HTA y DM) y el 18.3% (ERC)**

Para revisar...

A veces no es coherente lo que se asigna(UPC), con lo que se tiene que hacer(GPC-RIA) y lo que se hace(atenciones identificadas).

- Ejemplo: Diabetes

Utilización de recursos



Utilización de recursos entre 1 de enero y 31 de diciembre

Recurso	% uso	Promedio de uso
Cita de nutrición	25.31	1.53
Cita medica	64.34	4.34
Cita de medicina interna	30.49	2.28
Cita de endocrinología	4.47	2.15
Oftalmología	22.45	1.53
HA1c	70.19	1.98
Glucemias	70.45	2.40
EKG	44.09	1.27
Albuminuria	73.09	1.80
Creatinina	73.09	1.80
Colesterol	65.47	1.43
HDL	63.40	1.39
LDL	18.10	1.31
Uroanálisis	49.96	2.91

% uso calculado como total de pacientes con al menos 1 atención en un año/11.353 pacientes

Promedio de uso entendido como total de atenciones en un año/Total de pacientes con al menos 1 atención.

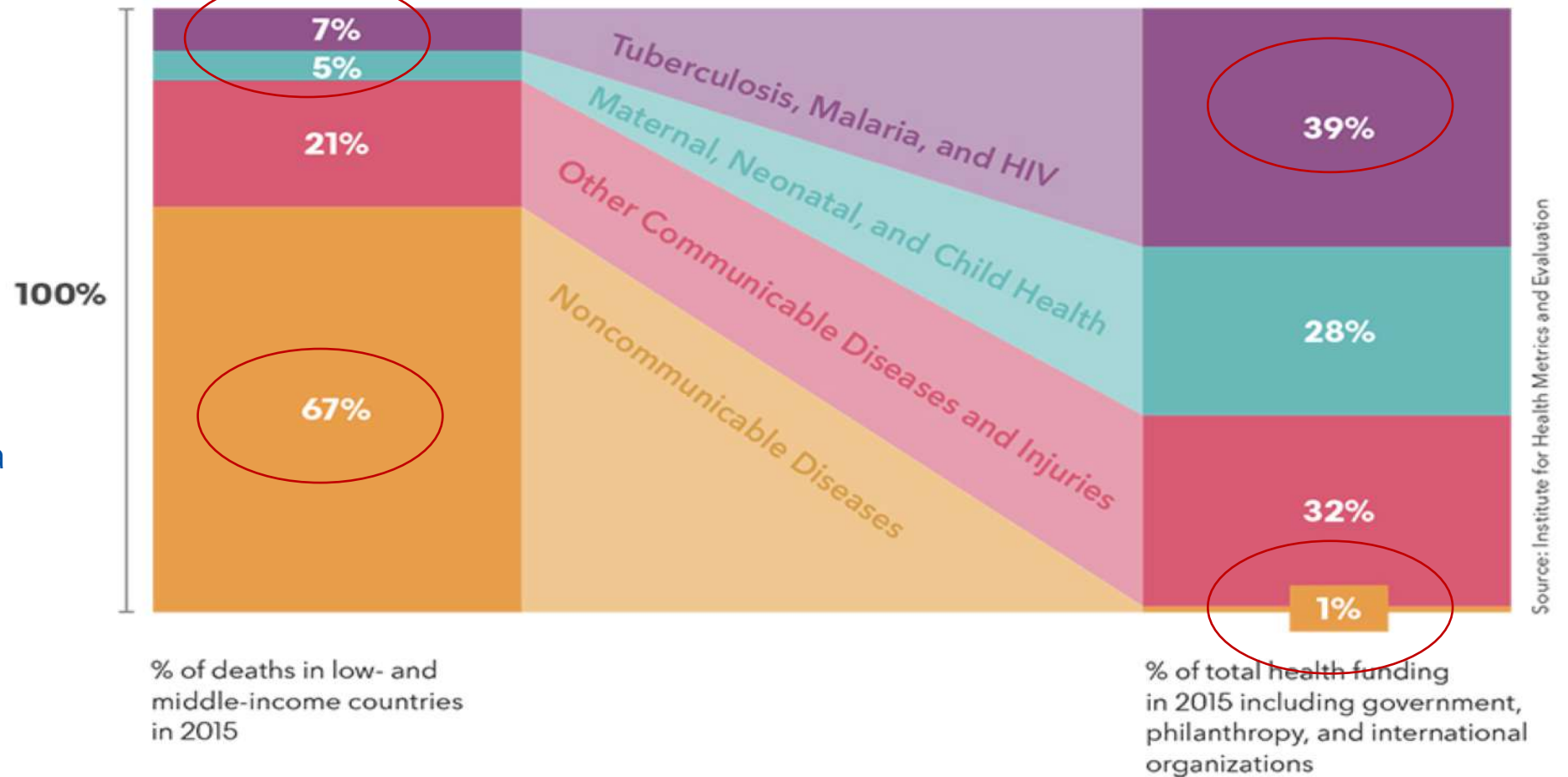
% Esperado por GPC =100%

Diferencia entre la carga de la enfermedad y los recursos asignados para la prevención

Que se requiere para revertir la brecha?

1. Campañas de concienciación
2. Apoyo a la recopilación de datos: más completa y precisa
3. Evaluación de las intervenciones del programa para el desempeño

Noncommunicable diseases account for **67% of deaths** in low- and middle-income countries but only **1% of health funding** addresses them





INFORME Consumen el 75% de los recursos

España podría ahorrar más de 8.000 millones al año con una mejor atención a los crónicos

- Cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas y respi
- Un informe advierte de que, sin cambios, el gasto

Devoran cuatro enfermedades el presupuesto del IMSS

Se trata de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer de mama y colón; un diabético en descontrol cuesta 38 mil 338 pesos al año; un diabético controlado representa un gasto 80% menor

16/01/2018 20:45 LAURA TORIBIO

Cuatro enfermedades crónico degenerativas se comen el 70% del presupuesto del IMSS destinado a las enfermedades, lo que constituye una de las principales cargas que debe enfrentar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que este viernes cumple 75 años de existencia.

Las enfermedades **cardiovasculares, la diabetes, el cáncer de mama y de colón** son los cuatro males que en este momento amenazan las finanzas del Instituto.

**Te puede interesar:
Crean en UNAM
aparato que detecta
diabetes mediante
sudor y lágrimas**

De acuerdo con datos del IMSS, **tratar a un diabético en descontrol le cuesta 38 mil 338 pesos al año**, y con su **insuficiencia renal crónica** el gasto sube a **152 mil 453 pesos**. Además, el paciente sólo tiene una esperanza de vida de 62 años.

En contraste **un diabético controlado representa un gasto 80% menor**, evita padecer insuficiencia renal y da a la persona una esperanza de vida de 75 años.

Actualmente la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas son personas **mayores de 60 años, población que genera 75% de las consultas** en el IMSS.

**Te puede interesar:
Bullying repercute
en obesidad,
diabetes y derrames**

Se estima que tan sólo las **enfermedades crónicas no transmisibles** constituyen **81.8% de las consultas** en el primer nivel de atención, 15% en el segundo nivel y 3.2% en el tercer nivel.

1. Trabajar en la población con Factores de riesgo

INDICADORES	2014	2015	2016
Control HTA	56%	60,9%	67,9%
Toma de Hemoglobina glicosilada	39,7%	33,4%	43,5%
DM controlados (quienes tiene HA1)	52,1%	50,6%	52,1%
Toma de LDL	No se medía	32,7%	38,2%
Control de LDL	No se medía	39,8%	40,2%
Toma de creatinina	No se medía	59,3%	61,9%
Toma de albuminuria	No se medía	23,4%	28,4%
Control IMC	No se medía	26,1%	27,8%



2. Identificar y prevenir la mortalidad prematura

Debemos actuar en todas las cohortes

- Según la OMS, la mortalidad prematura se define como: aquellas muertes en personas de 30 a 69 años de edad por enfermedades cardiovasculares tumores malignos diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas.
- Sin embargo, es necesario prevenir la mortalidad prematura en todas las cohortes no incluidas: Artritis, hemofilia, hepatitis C, VIH, etc.

3. Orientar y contribuir a cumplir las metas en tres componentes medibles

- Disminuir la **magnitud de las enfermedades**, de los factores de riesgo y no solo en la mortalidad prematura
- La **brecha absoluta**
- **Equidad**



Rol y compromiso de todos en todo el territorio nacional



Se ha contribuido a la meta orientada en magnitud para la prevención de mortalidad prematura en cáncer invasivo, desde el aseguramiento:

2015: 42x100.000 afiliados (7.667 casos fallecidos)

2016:41.7x100.000 afiliados (8.397 casos fallecidos)

Disminución en magnitud 1%

La meta a 5 años es disminución de por lo menos el 9%

Se ha contribuido a la meta orientada en magnitud para la prevención de mortalidad prematura en ERC5, desde el aseguramiento:

En ERC 5 la mortalidad prematura en Bogotá

- 2012 7.6 x 100.000 afiliados
- 2016 5.6 x 100.000 afiliados

Se ha logrado una disminución del 26% en 4 años

Que hacer?

- Asignar recursos para la **promoción de la salud y prevención primaria** de la enfermedad.
- La UPC esta calculada para prevención secundaria y terciaria mas no para prevención primaria. Esta asignada para Se deben aclarar y contemplar los conceptos, los recursos y las responsabilidades gubernamentales, de los administradores de los recursos (EPS-IPS-ET) y los ejecutores (IPS-profesionales).

Que hacer?

- Asignar recursos para la **promoción de la salud y prevención primaria** de la enfermedad.
- La UPC esta calculada para prevención secundaria y terciaria mas no para prevención primaria. Esta asignada para Se deben aclarar y contemplar los conceptos, los recursos y las responsabilidades gubernamentales, de los administradores de los recursos (EPS-IPS-ET) y los ejecutores (IPS-profesionales).



Revisión y mejora de asignación de recursos?

- Análisis exhaustivo de la **metodología** de cálculo de la unidad de pago por capitación.
- Identificar escenarios de modelamiento que pueda no solo estimar sino predecir el gasto en el sistema de salud para una asignación de recursos con base en los datos de morbilidad atendida contemplando rangos ajustados a las proyecciones de tendencia y comportamiento de esta morbilidad pero también por resultados de gestión (ver indicadores por regiones) no solo concentración sino gestión.
- Revisar los cálculos de las estimaciones para Colombia de las enfermedades crónicas. (brecha grande), partiendo de la morbilidad atendida en nuestro sistema de salud. (uso de datos de la vida real)

- Para la asignación de recursos no se tienen en cuenta los casos atendidos en el sistema (no se ajusta por morbilidad) y si se tuvieran se realizaría su planificación calculando estimaciones a partir de lo que se tiene.
- Para la evaluación de indicadores de cobertura, (usamos las estimaciones) y por eso buscamos siempre mas enfermos para decir que estamos cumpliendo y que los datos que tenemos si son verdaderos porque la estimación se parece a lo que identificamos. **Entonces queremos mas enfermos o queremos mas sanos?**
- Para la evaluación de indicadores de impacto, buscamos mas sanos para decir que hemos evitado tantos casos.

Reflexiones

- Seguir los datos
- Cualquier inversión en el alivio de las enfermedades crónicas hoy en día podría potencialmente ofrecer enormes beneficios para años y generaciones futuras.
- Debemos examinar los datos, los tipos de intervenciones disponibles y el costo de implementación.
- “una onza de prevención vale una libra de cura”

Reflexión

Ampliar la cobertura en el PBS debe contemplar, si ésta corresponde con la morbilidad, con el costo de lo que se incluye y con los recursos asignados. De lo contrario, el acceso no es efectivo.

“Yo nunca adivino. Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se ajusten a las teorías, en lugar de ajustar las teorías a los hechos”.

Arthur Conan Doyle





Muchas gracias

www.cuentadealtocosto.org