



Foto: Mauricio Olaya

10

SALUD

---

**Autora:** Teresa Tono Ramírez.



## DATOS DESTACADOS\*

### Perfil epidemiológico

- El departamento de Santander presenta una razón de mortalidad materna de 36,8, que es la quinta menor del país y está muy por debajo del promedio nacional (65,6). No obstante, Santander presenta oportunidades frente a Quindío y Tolima, con razones de mortalidad materna que corresponden casi a la mitad de lo reportado por el departamento (18,8 y 19,1, respectivamente).
- Santander presenta oportunidades de mejora en vacunación triple viral y vacunación pentavalente, pues según el Índice Departamental de Competitividad 2022, en estos indicadores registra las posiciones 28 y 25, respectivamente, entre los 33 territorios evaluados.

### Infraestructura

- De acuerdo con el IDC 2020-2021, el departamento de Santander se encontraba en la posición 14 del *ranking* en

camas especializadas. Mientras que en Atlántico se reportan 135 camas de servicios especializados por cada cien mil habitantes, en Santander en 2020 se reportaron 69 camas por cada cien mil habitantes.

- Al inicio de la pandemia por COVID-19, el departamento de Santander contaba con 1991 camas hospitalarias y 251 camas de UCI, según el REPS reportado y descargado el 12 de abril de 2020.

### Personal médico

- El departamento de Santander presenta un total de 5,3 médicos generales y 2,2 médicos especializados por cada diez mil habitantes en 2018 lo que, por ejemplo, contrasta con lo reportado por Bogotá en este mismo periodo (8,7 generales y 3,7 especializados).

### Principales recomendaciones

1. Garantizar el personal médico y de enfermería necesario para atender las principales condiciones crónicas.
2. Fortalecer el programa de atención reproductiva con el objetivo específico de disminuir la morbilidad materna extrema.
3. Mantener el aumento de la infraestructura de prestación de servicios, particularmente en la capacidad de atención de alta complejidad.

\* Las fuentes de los datos mencionados en esta sección se encuentran a lo largo del capítulo.

## Perfil de Santander en materia de Salud

Tema	Indicador	Valor Santander	Ranking en Colombia	Mejor en Colombia	Fuente
Perfil epidemiológico	Mortalidad materna	36,8	4 entre 33	Quindío (18,8)	INS (2021)
	Vacunación triple viral	90,27%	28 entre 33	Varios departamentos (100%)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)
	Vacunación pentavalente	88,25%	25 entre 33	Varios departamentos (100%)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)
Infraestructura y acceso	Camas de servicios especializados	69,18	14 entre 33	Atlántico (134,91)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)
	Controles prenatales	90,19%	7 entre 33	Caldas (93,50%)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)
Personal médico	Médicos generales	5,34	6 entre 33	Bogotá, D.C (8,68)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)
	Médicos especialistas	2,18	7 entre 33	Bogotá, D.C (5,68)	Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021)



## INTRODUCCIÓN

La Organización para la Excelencia de la Salud (OES), en asociación con los especialistas del Observatorio de la Salud de la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL), revisaron la información sobre las condiciones de salud de la población de Santander y, a partir de este, en alianza con los expertos en salud pública de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) se actualizó el perfil epidemiológico del departamento de Santander. Así mismo, se recopiló y sintetizó la información existente en fuentes secundarias, tanto del nivel departamental, como nacional e internacionales, sobre las condiciones operativas del sistema de salud del departamento, lo que permitió identificar los determinantes de sus resultados y las oportunidades de mejora, particularmente en cuanto a su eficiencia y competitividad. También se enfatizó la identificación del efecto de las condiciones del sector salud sobre las mujeres y las poblaciones especiales, como la población desplazada.

Entre otras fuentes, se revisó el *Informe nacional de competitividad 2020 - 2021 Capítulo de salud* del Consejo Privado de Competitividad; la *Evaluación del perfil de signos vitales de atención primaria en salud para Colombia* del Banco Mundial y el Ministerio de Salud y Protección Social; el *External Assessment of Quality of Care in the Health Sector in Colombia* del Banco Mundial, IFC y el Ministerio de Salud y Protección Social; la *Encuesta nacional de calidad de vida (ECV) 2019* del DANE; el *Plan Regional de Competitividad*, el *Plan Nacional de Desarrollo* y los *Planes de Desarrollo del Departamento de Santander*. Se revisaron también los análisis realizados en el entorno académico, tal como *Bardey, D. y Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. Revista Desarrollo y Sociedad*, y *Bonet, J., Guzmán, K. y Hahn, L. (2017). La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Bogotá: Banco de la República.





# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Aunque Santander presenta una posición destacada en el *ranking* general del IDC 2020-2021 (4 de 33), debe mencionarse que en el pilar de salud registra la posición 11 entre los 33 entes territoriales analizados. Adicionalmente, al analizar la evolución 2018-2020, se identifica una tendencia sostenida a la baja. Por lo anterior, se hace imperativo, entonces, el análisis de las variables que generan este resultado.

## Variables

El pilar de salud del IDC 2020-2021 está compuesto por tres subpilares: cobertura, resultados y calidad.

- El primer subpilar hace referencia a variables relacionadas con la cobertura en vacunación y con el acceso a controles prenatales (porcentaje de nacidos vivos que tuvieron acceso a más de dos controles durante su gestación), así como a la inversión en salud pública per cápita en el

departamento, variable que proviene de los gastos de inversión reportados en el Formulario Único Territorial (FUT) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP).

- De otro lado, el subpilar de resultados en salud incluye las variables de mortalidad infantil y expectativa de vida al nacer.
- Finalmente, el subpilar de calidad en salud utiliza variables relacionadas con las camas en unidades de cuidados intensivos, los médicos generales y especialistas, y la comunidad de la salud. Este último indicador evalúa el total de personal utilizado en el sistema de salud del departamento, incluyendo enfermería, gerentes de salud y el recurso humano auxiliar de medicina.

Los resultados por departamento en el año 2020, por variable, para el pilar de salud del IDC 2020-2021 se encuentran en la tabla 1, a continuación:

**Tabla 1.** IDC 2020-2021. Pilar de salud.  
Ranking departamental por variable en orden ascendente por resultado total.

Variables	Vacunación triple viral	Vacunación DTP	Controles prenatales	Inversión en salud pública	Cobertura	Mortalidad infantil	Expectativa de vida	Resultados en salud
Departamento	SAL-1-1	SAL-1-2	SAL-1-3	SAL-1-4	SAL-1	SAL-2-1	SAL-2-2	SAL-2
Bogotá D.C.	30	28	12	17	30	5	1	1
Valle del Cauca	9	7	5	13	4	10	2	4
Caldas	15	9	1	33	13	2	10	6
Risaralda	13	14	7	30	16	17	8	8
Atlántico	1	5	13	18	5	24	7	13
Antioquia	17	15	8	12	15	3	3	3
Quindío	7	11	2	25	7	15	9	9
Cesar	1	8	16	27	9	22	15	16
Boyacá	14	1	10	20	10	8	5	5
Sucre	1	1	19	29	8	13	14	12
Santander	28	25	6	28	27	1	6	2
Bolívar	20	23	15	15	18	20	16	15
Tolima	8	13	9	31	11	6	17	11
Huila	18	18	3	24	17	12	19	14
Archipiélago de San Andrés	31	19	4	3	6	25	11	19

Variables	Vacunación triple viral	Vacunación DTP	Controles prenatales	Inversión en salud pública	Cobertura	Mortalidad infantil	Expectativa de vida	Resultados en salud
Departamento	SAL-1-1	SAL-1-2	SAL-1-3	SAL-1-4	SAL-1	SAL-2-1	SAL-2-2	SAL-2
Magdalena	22	20	22	32	22	19	3	7
Meta	21	22	21	14	20	7	24	20
Cundinamarca	10	10	11	23	12	9	12	10
Arauca	1	1	26	7	2	18	25	26
Caquetá	24	27	24	8	26	11	33	27
Norte de Santander	25	17	20	19	21	14	21	18
Putumayo	11	12	23	11	14	21	22	21
Nariño	29	29	18	22	31	16	20	17
La Guajira	12	21	28	16	23	29	13	23
Cauca	23	16	17	26	19	23	23	24
Guaviare	1	6	29	4	1	28	26	29
Córdoba	27	26	14	21	28	26	18	22
Casanare	26	24	25	9	25	4	31	25
Guainía	1	1	33	2	3	30	26	30
Amazonas	32	31	30	1	24	32	26	32
Chocó	19	30	27	10	29	33	32	33
Vaupés	33	32	32	5	33	27	26	28
Vichada	16	33	31	6	32	31	26	31

**Fuente:** Índice Departamental de Competitividad IDC 2020-2021. Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021).



Foto: Pablo Reinel González

Continuación de la tabla 1.

	Comunidad	Médicos generales	Médicos especialistas	Camas especializadas	Calidad	Pilar de salud	
Departamento	SAL-3-1	SAL-3-2	SAL-3-3	SAL-3-4	SAL-3	SAL	Ranking general
Bogotá D.C.	2	1	1	15	1	1	1
Valle del Cauca	8	7	5	16	6	2	3
Caldas	4	3	6	12	4	3	7
Risaralda	1	4	3	19	2	4	5
Atlántico	7	9	8	1	3	5	6
Antioquia	10	5	2	23	5	6	2
Quindío	22	12	4	8	9	7	10
Cesar	9	17	16	2	8	8	21
Boyacá	21	11	12	24	18	9	9
Sucre	15	26	15	3	13	10	23
Santander	23	6	7	14	10	11	4
Bolívar	5	16	10	4	7	12	11
Tolima	12	18	13	17	15	13	12
Huila	11	10	9	20	11	14	13
Archipiélago de San Andrés	24	2	11	27	16	15	14
Magdalena	20	23	22	6	20	16	17
Meta	13	19	14	7	14	17	16
Cundinamarca	25	32	24	29	30	18	8
Arauca	33	14	18	26	26	19	27
Caquetá	3	22	27	11	12	20	24
Norte de Santander	18	27	17	21	25	21	15
Putumayo	32	24	28	18	29	22	26
Nariño	16	21	21	13	21	23	19
La Guajira	19	20	26	10	22	24	25
Cauca	14	25	19	25	23	25	20
Guaviare	28	8	31	30	28	26	28
Córdoba	17	28	23	5	17	27	22
Casanare	31	13	20	22	24	28	18
Guainía	29	29	32	31	31	29	32
Amazonas	27	15	25	9	19	30	30
Chocó	6	30	30	28	27	31	31
Vaupés	26	33	29	33	32	32	29
Vichada	30	31	33	32	33	33	33

**Fuente:** Índice Departamental de Competitividad IDC 2020-2021. Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario (2021).

En ese sentido, la tabla 1 indica que en el pilar de salud el departamento de Santander ocupa el puesto 11 entre los 33 territorios evaluados, y las primeras cinco posiciones de este pilar las ocupan Bogotá D.C., Valle del Cauca, Caldas, Risaralda y Atlántico. Lo anterior contrasta con el hecho de que Santander registra la cuarta posición en el *ranking* general del IDC.

En particular, en el pilar de salud, el departamento de Santander presenta oportunidades de mejora en las variables de vacunación triple viral (SAL 1-1), vacunación pentavalente (SAL 1-2), inversión en salud pública (SAL 1-4) y comunidad de la salud (SAL 3-1), pues en estos indicadores registra las posiciones 28, 25, 28 y 23, respectivamente, entre los 33 territorios evaluados.

En contraste, el departamento de Santander se encuentra en la primera posición del *ranking* en mortalidad infantil (SAL 2-1), y también ocupa lugares destacados en controles prenatales (SAL 1-3), expectativa de vida al nacer (SAL 2-2) y médicos generales (SAL 3-2), en los que se ubica en el sexto puesto.

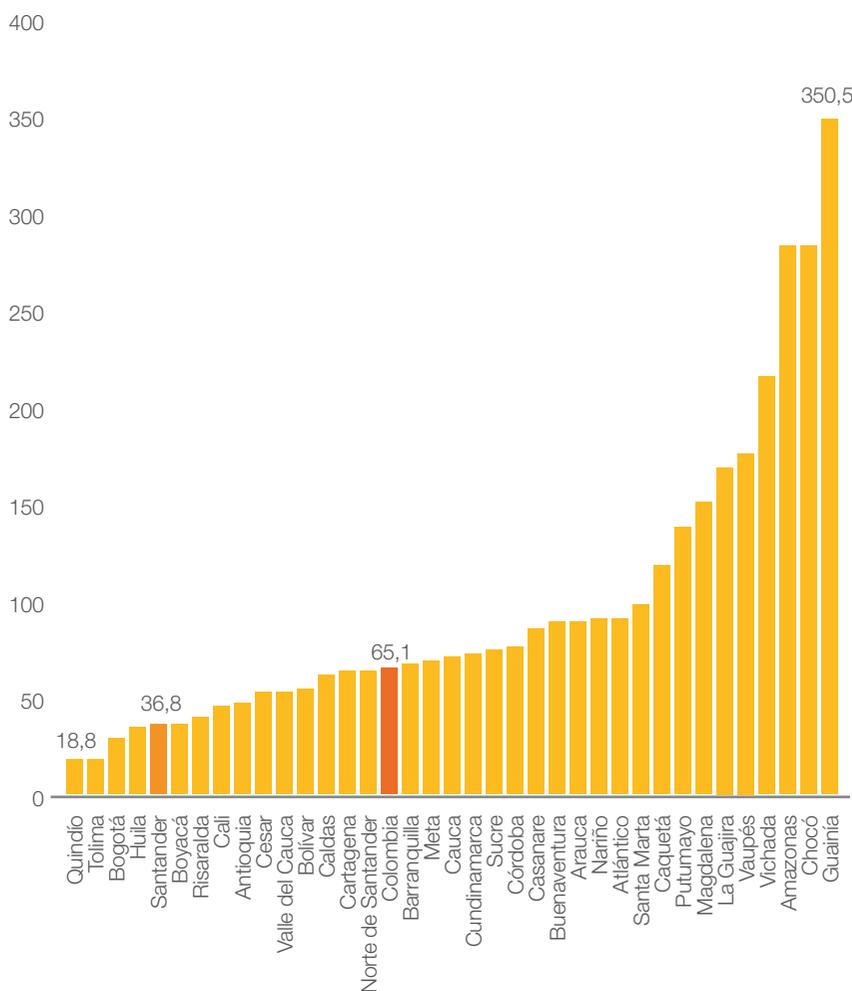
Ante estos resultados, los expertos consultados en la OES, FOSCAL y la UNAB postulan la hipótesis de que existen dos posibles explicaciones para los hallazgos relacionados con vacunación que deben estudiarse en profundidad: primero, se ha considerado la existencia de dificultades con la estimación del número de niños que deben ser vacunados por imprecisión en

el censo y sus proyecciones, y segundo, el número de niños sin vacunar podría estar sesgado por el número de niños migrantes que llegan al país sin haber tenido acceso a vacunación en su país de origen, cifra difícil de estimar.

Así mismo, al analizar la variable de inversión en salud pública (SAL-1-4), se debe tener en cuenta que esta utiliza los reportes de gastos de inversión en salud pública a nivel territorial que recopila la Dirección de Apoyo Fiscal (DAF) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través del FUT. Estos reportes utilizan información autorreportada por las entidades territoriales, en los niveles de municipio y gobernación, y la variable mencionada divide el total de la inversión registrada por el departamento entre la población del departamento. Al ser información autorreportada, en el FUT se suelen encontrar algunas inconsistencias, como municipios sin gasto de inversión (o gasto en COP 0). No obstante, es importante mencionar que es responsabilidad de las autoridades territoriales garantizar la calidad de la información.

De igual forma, aun cuando la mortalidad materna no se encuentra incluida en el listado del pilar de salud del IDC 2020-2021, se incluyó en este análisis porque refleja de manera directa la calidad y oportunidad de la atención a las mujeres en el territorio. En la tabla 2 puede observarse la situación de la mortalidad materna por departamentos (INS, 2021).

**Gráfica 1.** Comportamiento de la mortalidad materna (MM) según entidad territorial de residencia. Colombia, 2020 (semanas epidemiológicas 1 a 53).



Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal 53. Instituto Nacional de Salud, 2021.

En la gráfica se ve que el departamento de Santander está en la quinta posición en mortalidad materna, calculada a partir del reporte del Instituto Nacional de Salud, más acorde con el cuarto lugar en el puntaje general de competitividad y mejor que la posición 11 en el pilar de salud. Este indicador revela que el departamento presenta una mortalidad materna de 36,8, lo que indica que por cada 100 000 nacidos vivos fallecieron casi 37 mujeres en el departamento de Santander

durante 2020, con solo 10 muertes registradas en ese año. Los resultados, además, son superiores en este indicador al promedio del país (65,6), lo que indica una brecha territorial con respecto a departamentos como Guainía y Chocó (350,5 y 285,9). No obstante, el departamento de Santander presenta oportunidades frente a Quindío y Tolima con razones de mortalidad materna que corresponden casi a la mitad de lo que reportó Santander (18,8 y 19,1, respectivamente).



Foto: Mauricio Olaya



# CALIDAD Y ACCESO

Siguiendo la metodología adoptada por el Consejo Privado de Competitividad (CPC) y la Universidad del Rosario, el pilar de salud está enfocado principalmente en la disponibilidad de infraestructura, el personal médico y de enfermería, y el acceso a servicios de salud.

## Infraestructura

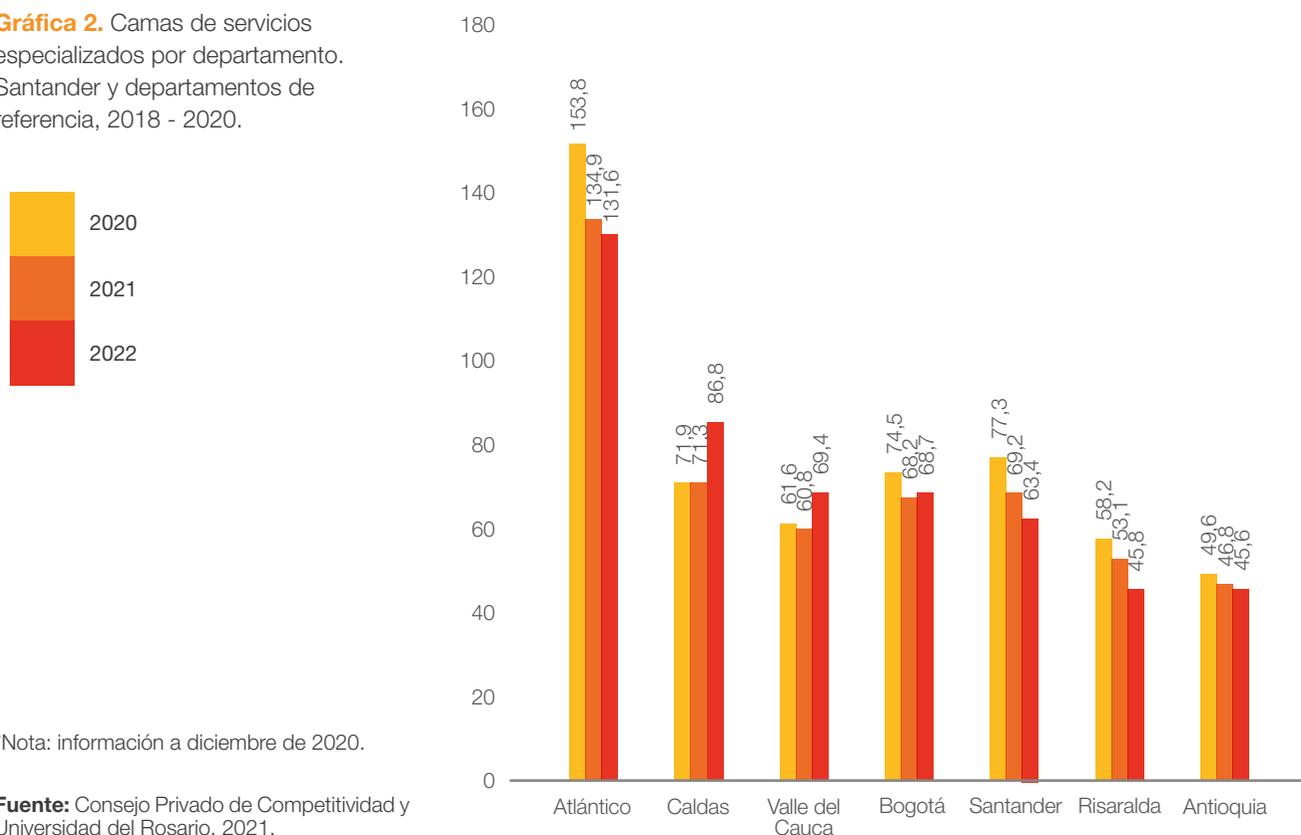
La infraestructura de servicios de salud, en particular la de la prestación de servicios hospitalarios, ha sido objeto de análisis y recomendaciones a través de los años en Colombia. Por ejemplo, ha sido ampliamente documentada y cuestionada la suficiencia y eficiencia del sistema colombiano (Guzmán, 2015; Ruíz y otros, 2018). Entre los hallazgos se destacan amplias diferencias entre los sectores privado y público, entre las áreas urbana y rural, y también según el estrato socioeconómico. Esta condición de insuficiencia se hizo más visible por el efecto de la pandemia por COVID-19 sobre toda la infraestructura del sector, y particularmente sobre la atención de alta complejidad.

En el documento *Conpes 3999*, donde se aprueba la estrategia para dar respuesta a la pandemia por COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social reiteró que los factores de insuficiencia mencionados se reflejan en el bajo número

de camas disponibles en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), no solamente para atención de los afectados por la pandemia, sino también para los afectados por otras enfermedades. De acuerdo con el comportamiento esperado, las camas que tendrían mayor demanda serían las correspondientes a hospitalización de adultos, cuidado intermedio de adultos y cuidado intensivo de adultos. Se estimó que se demandaría un máximo de 17 854 camas habilitadas para la hospitalización de adultos, 8927 camas de cuidado intensivo para adultos, proyectadas a requerirse el 4 de agosto de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Al inicio de la pandemia por COVID-19, el departamento de Santander contaba con 1991 camas hospitalarias y 251 camas de UCI, según el REPS reportado y descargado el 12 de abril de 2020. De acuerdo con el IDC 2020-2021, el departamento de Santander se encontraba en la posición 14 del ranking por departamentos en camas especializadas (principalmente camas de UCI), por debajo de su posición en el cuarto lugar en el ranking general. Al analizar su comportamiento frente a otros departamentos, la gráfica 1 revela que mientras que en Atlántico se reportan 135 camas de servicios especializados por cada cien mil habitantes, en Santander en 2020 se reportaron 69 camas por cada cien mil habitantes, disminuyendo de 80 camas por cada cien mil habitantes en 2018.

**Gráfica 2.** Camas de servicios especializados por departamento. Santander y departamentos de referencia, 2018 - 2020.



\*Nota: información a diciembre de 2020.

**Fuente:** Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario, 2021.

Sin embargo, para atender la pandemia por COVID-19 los hospitales de todo el territorio nacional han aumentado su capacidad de camas en 127% y este también fue el caso del departamento de Santander. Sin embargo, no es posible estimar qué tanto de la capacidad aumentada se mantendrá, cuál será su capacidad resolutive después de la fase epidémica de COVID-19, o si esta condición se convierta en una más de las endemias que enfrenta permanentemente el sector.

La infraestructura del sector en las circunstancias actuales incluye también el desarrollo de regulación, tecnología, procesos y cultura para la adopción de la ampliación de la prestación de servicios soportada en modelos de atención mediante telemedicina y domiciliaria. De igual manera, estas estrategias se adoptaron de manera acelerada durante la pandemia en todo el territorio nacional, incluyendo del departamento de Santander (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b; Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b).

## Personal médico

Las vulnerabilidades del sistema de salud ante la pandemia se evidenciaron también en una reducida disponibilidad de profesionales de la salud. En 2018, en Colombia la densidad estimada de trabajadores de la salud fue de 11,5 por cada mil habitantes; mientras que en la profesión médica la tasa corresponde a 2,1 por cada mil habitantes, por debajo del promedio de América y Europa (2,3 y 3,3 médicos por cada mil habitantes, respectivamente (OMS, 2020). En Santander, en 2018 la densidad de médicos fue de 2,3 por cada mil habitantes, por encima del promedio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021c).

Previo a la crisis de recursos humanos generada por la pandemia por COVID-19, Colombia había hecho grandes inversiones para aumentar la disponibilidad de profesionales de la salud. Los datos del Rethus documentan un incremento del 34% en la disponibilidad de médicos y del 47% en la de enfermeras en un periodo de seis años (2013-2018). De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social había identificado un alto relevo en el personal de salud, particularmente en las zonas rurales, atribuible entre otros factores al aumento del estrés asociado al ejercicio de su profesión. Preocupado además por los efectos del cansancio sobre la seguridad y calidad de la atención, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló guías para las organizaciones prestadoras de servicios con el ánimo de evitar el cansancio, el estrés y la deserción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Según el IDC 2020-2021, el departamento de Santander se encontraba en la séptima posición del *ranking* por departamentos en cuanto a personal médico especializado, y en la sexta posición en médicos generales, ambas por debajo del cuarto lugar, que ostenta en el *ranking* general, y por encima de la posición 11 que obtuvo en el *ranking* por departamentos del pilar de salud. No obstante, es importante mencionar que la información que recogen el Consejo Privado de Competitividad y la Universidad del Rosario sobre las variables relacionadas con médicos corresponde el año 2018. Al observar los datos duros de este reporte, se observa que el departamento de Santander presenta un total de 5,3 médicos generales y 2,2 médicos especializados por cada 10 mil habitantes en 2018, lo que, por ejemplo, contrasta con lo reportado por Bogotá en este mismo periodo (8,7 generales y 3,7 especializados). Es importante resaltar lo anterior teniendo en cuenta que esta es una variable relativizada por población, y Bogotá cuenta con más de tres veces la población reportada por Santander.

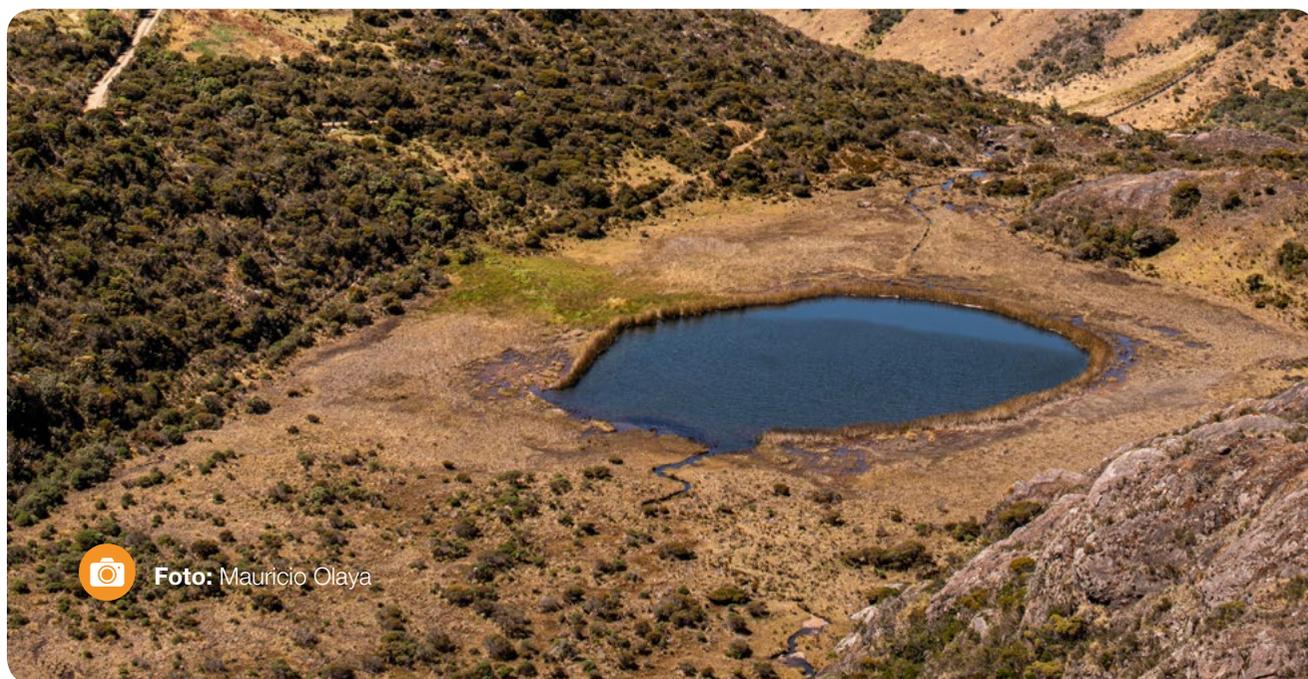
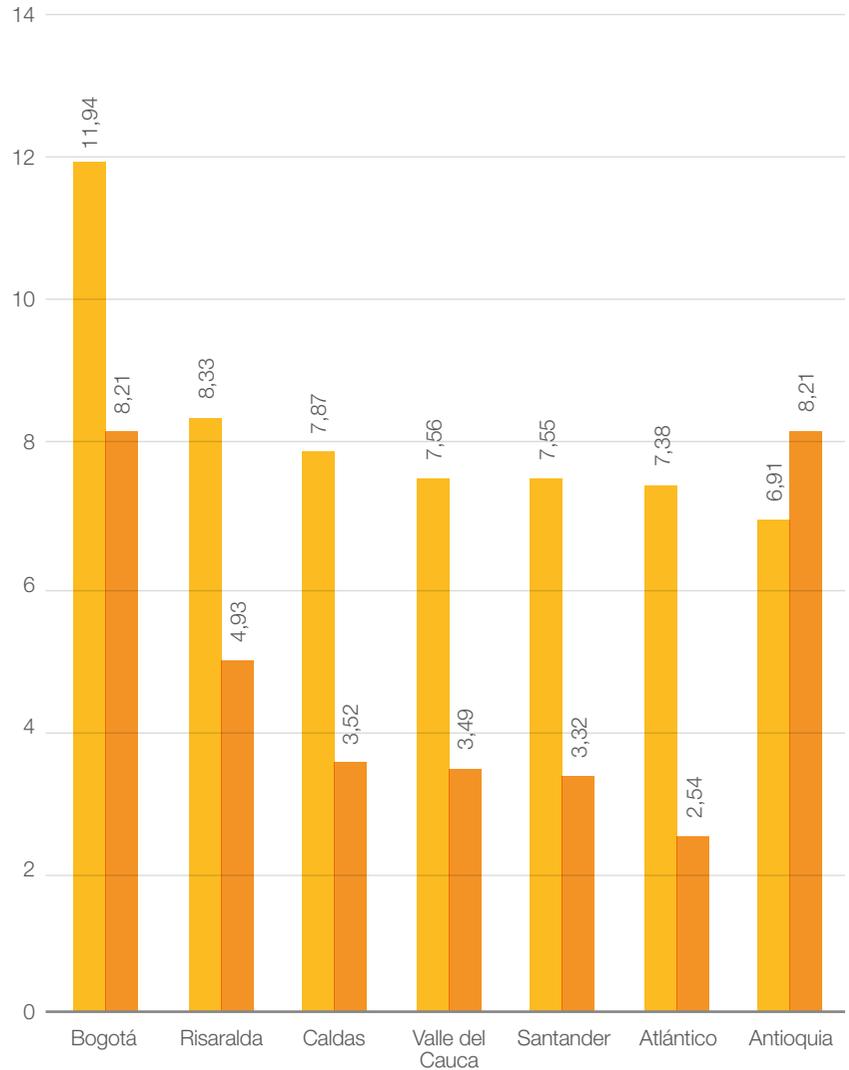
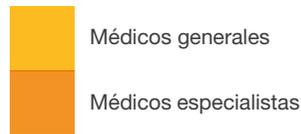


Foto: Mauricio Olaya

**Gráfica 3.** Médicos generales y especialistas. Santander y departamentos de referencia, 2018.



**\*Nota:** información con corte a 2018.

**Fuente:** Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario, 2021.

## Acceso a servicios de salud

La cobertura de aseguramiento al sistema de salud en la totalidad del territorio nacional asciende al 98,6% de la población, y en el departamento de Santander esta es del 96,5%. Sin embargo, a pesar de haber alcanzado la cobertura universal en Colombia y el departamento de Santander, la afiliación por sí sola no garantiza el uso de los servicios ni su calidad.

Los servicios de baja calidad desperdician recursos, hacen daño a la población y destruyen capital humano y productividad (OCDE, 2018). Es así como el estudio del Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems estimó que más de 22 000 colombianos mueren cada año por baja calidad de la atención y otros 12 000 por acceso insuficiente (Kruk, Gage et al, 2018).

La calidad de los servicios de salud en el sistema colombiano fue evaluada también por el Banco Mundial, con la metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, el Banco

Mundial y la OECD (World Bank & IFC, 2019). Los resultados muestran que aun cuando la cobertura incluye el derecho a servicios en una proporción mayor que en muchos de los países de la OECD, los resultados en salud y la calidad de los servicios es menor que en prácticamente todos los países miembros de la OECD. La mortalidad materna y los años de vida perdidos por neumonía son los más altos entre todos los miembros, exceptuando México y Lituania (World Bank & IFC, 2019).

Los resultados también se diferencian negativamente en Colombia específicamente por área rural, hospitales públicos y menor nivel de ingreso de las personas. En este informe se resalta el efecto negativo sobre el acceso a los servicios y la calidad de la atención del modelo de prestación de servicios fragmentado predominante en Colombia. La fragmentación se constituye en una barrera al acceso a la atención de calidad, particularmente en condiciones de salud que requieren de coordinación y articulación, como las condiciones crónicas no transmisibles prevalentes en el país (World Bank & IFC, 2019).



# SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Además de la cobertura y el aumento de múltiples indicadores de salud de la población, el país logró la reducción de la desigualdad en el acceso y calidad de los servicios. Otro de los logros es la marcada disminución del gasto de bolsillo que tiene que hacer la población, en especial la más pobre.

Sin embargo, esos logros han requerido un esfuerzo financiero muy importante, con un incremento significativo en el gasto en salud, que en 2019 llegó a 5% del PIB (Economía Colombiana, 2020). El marcado crecimiento se explica por el crecimiento exponencial de los recobros por los fallos de tutela, el envejecimiento poblacional, la absorción de nuevas tecnologías y el aumento en la demanda de servicios por la unificación de los planes de beneficios para ambos regímenes,

lo que trae consigo la demanda de los servicios no atendidos previamente entre las personas en condición de mayor vulnerabilidad (OCDE, 2017).

Es posible identificar también un uso ineficiente de recursos en el sector salud en todos los países, y Colombia no es la excepción. El gasto sin valor es aquel en el que los recursos se destinan a servicios e insumos que no generan beneficios de salud (e. g. son repetitivos) o son nocivos, y aquellos que se pueden sustituir con alternativas de menor costo y que ofrecen beneficios de salud de igual o mayor valor (World Health Organization, 2018). Estudios en países en desarrollo reportan el gasto en desperdicio entre el 20 y el 40% del total del gasto en la nación (Berwick, 2012; Swan, 2017).



Foto: Mauricio Olaya



# RECOMENDACIONES

El departamento de Santander debe emprender una ruta de aumento de la productividad y competitividad del sector salud, que lo lleve a la reactivación de las condiciones previas a la pandemia por COVID-19 y, adicionalmente, le permita mejorar con innovación su gestión y resultados.

A continuación, se presentan las acciones propuestas para responder estratégicamente a las dificultades identificadas que constituyen barreras para la productividad y la competitividad del sector salud en Santander.

## Perfil epidemiológico

### **Acción pública. Ajustar las metas de vacunación a partir de una actualización demográfica de la población entre los cero y cinco años.**

Realizar una estimación de la población de niños hasta los cinco años y a partir de este ajustar las metas de vacunación, en particular en lo que respecta al número de niños que deben ser vacunados y el porcentaje que esto representa del numerador ajustado. Este conteo debe ajustarse por estrato socioeconómico para identificar a los niños con mayor vulnerabilidad y desarrollar para ellos una estrategia de búsqueda activa con incentivos (a las madres) asociados a la vacunación de los niños.

Para ello, se propone que la entidad territorial departamental despliegue una estrategia de revisión de todos los registros administrativos de población incluyendo, pero sin limitarse a, los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud), los reportes de atenciones en salud pública de las EPS, las IPS y las secretarías de salud, los registros de migración y los registros de las secretarías de educación. Una vez unificados los registros, se propone seleccionar una muestra y realizar un censo físico de los niños de entre cero y cinco años y registrar su estado de vacunación de acuerdo con el PAI (Programa Ampliado de Vacunación). De igual manera, deberá identificarse la condición de residencia de los menores, en particular la de los migrantes. Una vez identificadas las discordancias y su origen, la secretaría de salud departamental deberá diseñar e implementar un programa de vacunación que complete la vacunación en Santander y desarrolle una estrategia particular para la población migrante.

De igual forma, se deberá incluir a entidades como Migración Colombia, de tal manera que se desarrolle un conteo independiente de los niños migrantes, y a estos generarles un programa de vacunación especial.

Una vez se cuente con una cifra consolidada, es relevante coordinar con entidades como el DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social, de tal forma que las estadísticas oficiales nacionales puedan incorporar estos ajustes en las cifras del departamento.

Además de las dificultades con la identificación precisa de la población que debe ser vacunada, se propone generar en el departamento una estrategia de integración de la planeación, ejecución y seguimiento que permita reducir la fragmentación en la prestación de servicios de salud. Por último, se deben tomar en consideración las fortalezas que ofrece el PAIweb para dicho seguimiento a la vacunación en Santander.

### **Coordinación público-privada. Fortalecer el programa de atención reproductiva con el objetivo específico de disminuir la morbilidad materna extrema.**

Para ello, se debe aumentar el énfasis en la coordinación del cuidado de las maternas por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en particular aquellas del régimen subsidiado. Adicionalmente, deben implementarse en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) los modelos de atención que garantizan los mejores resultados alcanzables. Para alcanzar este objetivo, se propone la implementación y adherencia a las RIAS de atención materna (Parada y otros, 2019). Y además, se requiere de mayor vigilancia por parte de la Secretaría de Salud Departamental y de las secretarías municipales, con el ánimo de asegurar la continua aplicación de estas buenas prácticas por parte de las organizaciones involucradas, con particular atención en la prestación de servicios a las mujeres en condición de mayor vulnerabilidad (menor estrato socioeconómico y migrantes).

También, en línea con el capítulo referente a salud del *Informe Nacional de Competitividad* del Consejo Privado de Competitividad, los servicios de telemedicina son fundamentales para ayudar a la prevención de la mortalidad materna. Por ello deben mejorarse las redes de Internet de banda ancha del departamento, con énfasis en el acceso a estas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) involucradas en la prestación de servicios de atención materno-perinatal.

Estructurar e implementar una estrategia de telemedicina y atención prenatal domiciliar por parte de las EPS y las IPS para mejorar el acceso oportuno a los servicios de atención materno-perinatales disponibles. No obstante, la implementación de esta recomendación a nivel territorial enfrenta la brecha digital que hay en el departamento. Esto impide la implementación y el funcionamiento de esta alternativa en regiones con baja penetración de Internet o conexión de velocidad reducida. De igual forma, la implementación de servicios de telesalud requiere inversión en equipos tecnológicos para los prestadores de referencia. Por último, se necesita también adaptar las organizaciones prestadoras de servicios en materia de competencias del personal médico y de enfermería, y a nivel organizacional a través de la definición de roles y responsabilidades (Consejo Privado de Competitividad, 2020).

## Calidad y acceso

El departamento de Santander requiere desarrollar un modelo de atención integral para el manejo de las principales condiciones de salud crónicas, no transmisibles, en particular cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, y asociar a estas una estrategia de mejoramiento de la calidad, incluyendo medición y monitoreo centralizados y permanentes. Debe darse a la salud mental el énfasis que no ha tenido en el pasado y poner esta condición entre las de máxima prioridad. Para ello se propone adicionalmente:

### **Coordinación público-privada. Adoptar un modelo de atención integral de las condiciones crónicas seleccionadas.**

Adoptar un modelo de atención integral de las condiciones crónicas seleccionadas por ser las que generan la mayor morbilidad (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y salud mental), en el cual se especifique por parte de las EPS e IPS las acciones de coordinación y articulación de la prestación de servicios, y se aplique a estos los desarrollos descritos en este capítulo para el manejo de la mortalidad materna. Para ello debe aplicarse la política pública nacional de PAIS (Política de Atención Integral de Salud), que desarrolla las RIAS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

### **Coordinación público-privada. Crear una estrategia permanente de manejo de condiciones transmisibles.**

El departamento deberá desarrollar una estrategia permanente de manejo de las condiciones transmisibles de alto contagio e incluir en esta las acciones e infraestructura requeridas para su manejo, cuando generen una situación de epidemia. Para ello se propone:

- Adoptar las estrategias propuestas en este sentido por la Organización Mundial de la Salud y la comunidad científica internacional, tal es el la complejidad de las interacciones entre los animales y los humanos, específicamente la bioseguridad de las prácticas de cría de animales, la adopción y aplicación rigurosa de las vacunas disponibles y la implementación de programas de contención de respuesta rápida (Aarestrup, Bonten y Koopmans, 2021).
- Fortalecer y ampliar la capacidad permanente de los laboratorios de salud pública desarrollados para el diagnóstico de COVID-9, previo análisis y consenso con el Instituto Nacional de Salud.
- Fortalecer y ampliar la estrategia de vigilancia epidemiológica tanto del departamento como los municipios, bajo el liderazgo del departamento y el Instituto Nacional de Salud.

## Personal médico

### **Coordinación público-privado. Garantizar el personal médico y de enfermería necesario para atender las principales condiciones crónicas.**

Para la atención de la población con las principales condiciones crónicas no transmisibles, al igual que las infecciosas, se debe contar con personal médico, de enfermería y profesiones involucradas en la prestación de servicios directos al paciente. Se requiere también reducir la deserción por estrés y condiciones laborales contrarias al bienestar de los profesionales de la salud.

Para ello, se propone desarrollar e implementar una estrategia entre las autoridades departamentales y los ministerios de Salud y Protección Social y Educación Nacional para el aumento de la formación y el cuidado de recurso humano en medicina y enfermería, que de manera permanente fortalezca la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población.

En segundo lugar, debe generarse e implementarse una estrategia de “cuidado de los cuidadores” que mejore las condiciones en las cuales se da la práctica médica y de enfermería, y debe darse prioridad al bienestar emocional de los profesionales. Dichas prácticas deberán ser lideradas por las IPS, siguiendo las recomendaciones de la autoridad nacional (Ministerio de Salud, 2015).

## Infraestructura

### **Acción pública. Mantener el aumento de la infraestructura de prestación de servicios, particularmente en la capacidad de atención de alta complejidad.**

Es clave garantizar la infraestructura y capacidad de servicios como las camas de UCI y la capacidad para ventilación mecánica que se logró durante los picos de la pandemia.

Para ellos se propone que las autoridades de salud del departamento, en asocio con las municipales, desarrollen las siguientes actividades:

- Identificar el número de camas hospitalarias de adultos y pediátricas de UCI, ventiladas y no ventiladas, de alta y baja complejidad, con y sin capacidad de aislamiento con las que cuenta el departamento, que serán permanentes una vez pase la fase epidémica del COVID-19. Esta identificación debe incluir las camas públicas y las privadas.
- Recalcular las necesidades permanentes de camas hospitalarias de la población de Santander a partir del perfil epidemiológico de los residentes del Departamento.
- Identificar la diferencia entre la disponibilidad y la necesidad de camas hospitalarias para el corto y mediano plazo, y a partir del cálculo del déficit solicitar a todas las autoridades nacionales, a los líderes y empresas del departamento su apoyo.

## Sostenibilidad financiera

### Coordinación público-privada. Reducción del desperdicio de recursos y costos por no calidad

El camino a la sostenibilidad financiera no se encuentra en factores invariables, como el envejecimiento de la población o la necesidad no atendida de la población en condición de vulnerabilidad. La respuesta se encuentra en el mejor uso de los recursos destinados a la salud. Para esto se debe aumentar la calidad de los servicios y eliminar el desperdicio. Este objetivo requiere de la coordinación y articulación de todas las organizaciones del sector. Para ello se propone:

- a. La adopción rigurosa en el departamento de Santander de metodologías de mejoramiento ampliamente identificadas por medio de los programas de calidad en salud ya propuestos por la OMS, la OECD y el Banco Mundial, y la regulación ya existente en el país, como la habilitación y acreditación de IPS. Entre otras, se recomienda la adopción de las Guías de Práctica Clínica (GPC), por ejemplo, las propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f). La adopción
- b. Adoptar el modelo de atención integral de las condiciones crónicas seleccionadas, donde se especifique por parte de las EPS e IPS las acciones de coordinación y articulación de la prestación de servicios con estricto seguimiento a su adherencia por parte de las EPS e IPS. El impacto del modelo de atención integral en la sostenibilidad financiera del sector salud se consigue con la coordinación de la atención requerida en el transcurso del ciclo de vida en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello las EPS responsables de dicha atención deben coordinar la contratación de los prestadores y la autorización oportuna y coordinada de los servicios de modo que se evite el retraso de la atención que a su vez, induce desmejora en las condiciones de salud de las personas y con el avance de la enfermedad se complejiza y se hace más costosa la atención.



# BIBLIOGRAFÍA

- 1 Consejo Privado de Competitividad y Universidad del Rosario. (2021). *Índice Departamental de Competitividad 2020-2021*. Pág. 140-141. (Descargado Mayo16, 2021).
- 2 Agüero F: *How more accurate census data can shape social justice in Colombia and Peru*. Ford Foundation. (Descargado el 12 de noviembre de 2021).
- 3 Instituto Nacional de Salud. (2021). *Boletín Epidemiológico Semanal 53*. Semana Epidemiológica 27 de dic. de 2020 al 2 de enero de 2021
- 4 Guzmán, K. (2015). *¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?* Documentos de trabajo sobre economía regional. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Banco de la República.
- 5 Ruiz, F., Castaño, R. A., Ramírez, J., Vaca, C., Arango, C., Galán, A., Peñalosa, E. y Rueda, E. (2018). *Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100*. Bogotá: Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes.
- 6 Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Documento Conpes 3999. *Planeación Estrategia de Respuesta Inicial Ante los Efectos de la Pandemia Del Covid-19 sobre la Salud Pública, los Hogares, el Aparato Productivo y las Finanzas Públicas*. Bogotá, 5 de agosto de 2020.
- 7 Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-1*
- 8 Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). *Nota Boletín de Prensa No 900 de 2021*.
- 9 Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). *101 millones de atenciones en telemedicina en Colombia durante el último año. Fernando Ruiz*. Boletín de Prensa No 321 de 2021. 03/03/2021. (Descargado el 15 de noviembre de 2021).
- 10 Organización Mundial de la Salud. (10 de Junio de 2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido dme <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novelcoronavirus-2019>.
- 11 Ministerio de Salud y Protección Social. (2021c). Descargado Noviembre 15, 2021c. <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>
- 12 Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Prevenir el cansancio en el personal de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- 13 World Health Organization, World Bank Group, OECD. (2018). *Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage*
- 14 Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. (2018). *High quality health systems—time for a revolution*. *Lancet Glob Health*. 2018; 6: e1196-e1252.
- 15 World Bank & IFC. (2019). *External Assessment of Quality of Care in the Health Sector in Colombia*. Report No: AUS0000853, July 17, 2019.
- 16 Economía Colombiana. 19 de octubre de 2020. *Amenazas, retos y avances de la salud en Colombia*. Entrevista a Mauricio Santamaría.
- 17 OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- 18 World Health Organization (2018). *Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage*.
- 19 Berwick DM. (2012). *Eliminating Waste in US Health Care*. *JAMA*. 307(14): 1513-1516.
- 20 Swan K, Balendra A. (2017). *Ineffective spending and waste in health care systems: Framework and findings*. <https://doi/10.1787/9789264266414-4-en>.
- 21 Parada Baños AJ, Hernández Molina LM. (2019). *Modelo de Excelencia para la Atención Personalizada en la RIAS Materno Infantil y de la Mujer*. Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- 22 Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Enero de 2016.
- 23 Aarestrup FM, Bonten M, Koopmans. (2021). *Pandemics—One Health preparedness for the next*. *Lancet*: volume 9, 100210.
- 24 Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Prevenir el cansancio en el personal de salud*. Bogotá
- 25 Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Observatorio de la calidad en salud. Guías de Práctica Clínica*. <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co>