

Septiembre de 2021

Mensaje editorial

“PERSPECTIVAS Y DESAFIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA. UNA MIRADA HACIA EL FUTURO “

En este número

- Mensaje editorial
- Noticias de la Universidad
- Noticias del programa
- Noticias del sector salud

Los sistemas de salud universalmente establecen objetivos de mejorar la situación de salud de las sociedades, mejorar la experiencia de las personas y mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos, para lo cual adoptan modelos de sistemas nacionales de salud, de seguros obligatorios de salud, de seguros privados de salud o mixtos, que orientan el ejercicio de sus funciones en la búsqueda del logro de dichos objetivos, en una dinámica ajustada a los contextos de globalización, complejidad e incertidumbre. La OPS y la OMS definen las reformas del sector salud como “...un proceso que tiene el objetivo de introducir cambios sustantivos en las diferentes instituciones del sector salud y en los roles que desempeñan, para incrementar la equidad en la distribución de sus beneficios, en la eficiencia en la administración y en la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Este proceso es dinámico, complejo y deliberado, se realiza en un marco temporal preciso y se basa en condiciones que lo hacen necesario y viable” (OPS y OMS, 2004:

En América Latina se ha producido un interés creciente en reformas sectoriales de salud trascendentales, en el contexto de reformas económicas que las precedieron. Una primera generación de reformas económicas surgió, en los años 80, con el llamado Consenso de Washington para liberalizar los mercados. En los años 90 se produce una segunda generación de reformas institucionales, incluyeron diversos aspectos del Estado, de las instituciones educativas y de la salud, de la regulación de la competencia de dichas instituciones y la incorporación de políticas frente a la pobreza y la desigualdad; A partir de los años 2000 surge una tercera generación de reformas económicas y sociales, influenciadas por el llamado Consenso de Beijing, caracterizadas por alternativas de políticas sociales, profundización de los cuestionamientos globales a las políticas impulsadas en el Consenso de Washington y presencia de la representación política de gobiernos de matiz de izquierda

Las evaluaciones de resultados de las reformas evidencian avances en equidad en el ámbito de la ampliación de cobertura de servicios básicos; no así en la calidad de servicios o eficiencia global de los sistemas de salud

La salud suele convertirse en un tema político, al ser incluida en la agenda pública donde los diferentes gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. El abordaje del mantenimiento y mejora de la salud de las poblaciones trasciende los límites del sector sanitario y requiere de su inclusión en todas las políticas. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, como determinantes sociales tienen impacto sobre la salud. Corregir estas desigualdades disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad.

Motivados por mejorar la atención en salud de la población colombiana expertos internacionales, profesionales de la salud, Instituciones de educación superior, Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales aportan instrumentos que brinden soluciones efectivas de aplicación y/o decisión para el sector salud, a partir de un espacio de apropiación y reflexión social colectivo.

La Universidad de Santander Campus Valledupar y la Fundación Universitaria del área Andina, organizaron un Foro internacional PERSPECTIVAS Y DESAFIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA. UNA MIRADA HACIA EL FUTURO, convocante a participar en el proceso de análisis crítico del modelo de salud colombiano y la formulación de propuestas orientadoras de su futuro ante los retos y desafíos actuales, esperando contribuir eficazmente a impulsar un modelo incluyente, con enfoque de derechos y diferencial territorial y poblacionalmente, con calidad y eficiencia en la búsqueda de los objetivos de mejor salud para los colombianos, mejor experiencia en los servicios y utilización eficiente de los recursos financieros escasos

Comité editorial:

Gladys Yolanda Lizarazo S.
Vicerrectora Posgrados

Carlos Paredes Gómez.
Director MGSS.

Luz Amanda Bueno B.
Coordinadora académica

Periodicidad

Cuatrimestral

Noticias de la Universidad



IV ENCUENTRO NACIONAL DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL

Disponible en : <https://udes.edu.co/extension/noticias/udes-participo-del-iv-encuentro-nacional-de-extension-y-proyeccion-social-202109021012>

La **Universidad de Santander**, hizo parte del comité anfitrión del IV Encuentro Nacional de Extensión y Proyección Social ‘La consultoría como proceso de desarrollo sostenible’, junto a la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la Fundación Universitaria Comfenalco Santander y la Corporación Universitaria Minuto de Dios regional Bucaramanga, el pasado jueves 26 de agosto, donde se contó con la activa participación de la **Coordinación de Servicios de Extensión**, y la **Coordinación de Extensión del Centro de Formación en Tecnologías de la UDES**, como representantes en la mesa organizadora.

El encuentro se llevó a cabo en dos jornadas, donde universidades pertenecientes a la Asociación Colombiana de Instituciones de Educación Superior, ACIET, se reunieron en torno al seguimiento de los procesos de **extensión y consultoría** en las IES del país con relación al desarrollo sostenible.

Esta versión del Encuentro, contó con la articulación del Ministerio de Educación Nacional (MEN), que estuvo presente a través de la PhD Gloria Clemencia Guarín Torres abriendo el evento con una conferencia sobre el trabajo del MEN para apoyar la **proyección social, la extensión y la responsabilidad social de las IES del país**. Además, se abrió un espacio para resolver las inquietudes de los representantes de las universidades.

En la conferencia, la doctora **María Margarita Rivera Galvis**, **vicerrectora de Extensión de la UDES**, participó en el panel de experiencias académicas, donde contó el proceso evolutivo de nuestra institución respecto al relacionamiento con los grupos de interés externos, para la construcción de proyectos de impacto regional.

Además, la vicerrectora habló sobre el papel de las universidades para liderar el desarrollo tecnológico y la innovación, a través de estrategias híbridas generadas tras leer el contexto social y proponer, de acuerdo a ello, “ofertas académicas con apuestas que consideramos ganadoras desde la construcción del conocimiento”.

Finalizado el panel, donde expuso además la apuesta de la UDES con los modelos integrales de atención a la primera infancia, y se dialogó sobre codesarrollo en las consultorías y los retos de las universidades frente a ello, se desarrollaron actividades de retroalimentación y mesas de trabajo enfocadas en tres aspectos: contratación pública, impacto social e investigación aplicada al sector productivo y empresarial.

Noticias del Sector salud



INFORME AL CONGRESO DE LA REPUBLICA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. 2020-2021

Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-congreso-2020-2021-consolidado-vf.pdf>

VISION SECTORIAL Y RECTORIA DEL SISTEMA

LOGROS:

- Alta cobertura de aseguramiento (en la práctica cobertura universal),
- Financiamiento progresivo del sistema,
- Protección financiera alcanzada para los hogares en especial los más vulnerables –reflejada en un muy bajo gasto de bolsillo a cargo del usuario– y el mayor acceso a los servicios.
- Con el propósito de contar con una herramienta que permita conocer el comportamiento del Aseguramiento en Salud a nivel nacional y en un territorio específico, se desarrolló el aplicativo web “Cifras del Aseguramiento en Salud”, mediante el cual es posible consultar de manera rápida y fácil variables relacionadas con el aseguramiento en salud a nivel nacional, departamental, municipal y por Entidad Promotora de Salud (EPS), con corte de acuerdo a la necesidad de consulta a partir de diciembre de 2.016.
- El país es igualmente reconocido en el mundo por su programa gratuito de vacunación, la vigilancia en salud pública, la respuesta y control ante la aparición de enfermedades transmisibles, donde se destaca el esquema de vacunación colombiana como uno de los mejores de América y el Caribe.

- El programa de inmunización comprende 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades que disminuye de manera efectiva la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia.
- En aplicación de la **política farmacéutica** y de las herramientas legítimas con las que cuenta el Estado para mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar mejores resultados en salud y construir un sistema de salud más equitativo, se ratificó la política de control de precios que hasta el momento ha incorporado miles de presentaciones comerciales y ha generado ahorros de más de un billón de pesos anuales al sistema de salud.

RETOS:

- Mayor equidad y mejor calidad en los servicios, teniendo como propósito satisfacer las diversas necesidades de los grupos de valor.
- Por ello, los esfuerzos del Ministerio y del sector se concentran actualmente en una **triple meta: alcanzar mejores resultados en salud, ofrecer una mejor experiencia en los servicios con mayor satisfacción ciudadana** y cumplir nuestros indicadores con **eficiencia y responsabilidad financiera**

EJES ORIENTADORES

- Visión sectorial de largo plazo,
- Mejoramiento de la **calidad** de los servicios,
- Fortalecimiento de la **salud pública**,
- Desarrollo del talento **humano** en salud,
- **Recuperación y sostenibilidad** del sistema.

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS. CAPÍTULO (LÍNEA) DE SALUD EN EL PND 2018-2022

En las perspectivas de calidad (OE 2 y 5), gobernanza (OE 1 y 3), talento humano (OE 4) y productividad (OE 6), se establece el mapa estratégico de la autoridad sanitaria nacional

- | | |
|---|--|
| 1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio | <ul style="list-style-type: none"> a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia |
| 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos | <ul style="list-style-type: none"> a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables |
| 3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad | <ul style="list-style-type: none"> a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones f) Incentivar la investigación en salud |
| 4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad | <ul style="list-style-type: none"> a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población |
| 5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud | <ul style="list-style-type: none"> a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial |

6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos

c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud

a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

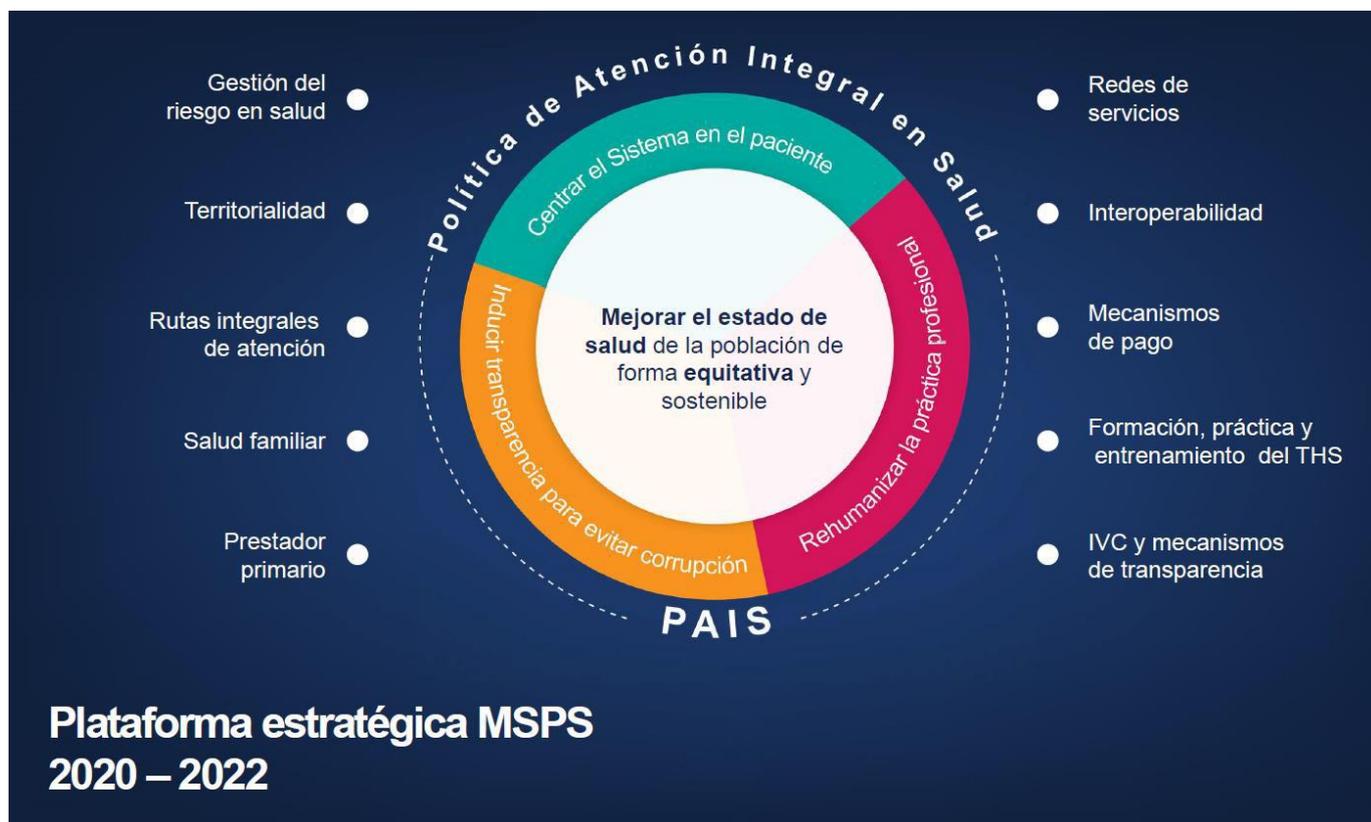
b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos

c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector

a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos

c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector



LAS PERSPECTIVAS DEL MODELO.

La decisión ha sido construir sobre el modelo actual a pesar de la mirada crítica de líderes sectoriales y representantes del legislativo quienes piensan que se debe propender por un nuevo modelo de sistema de salud. Se ha tratado de superar dificultades de alineación política en el Congreso y entre los distintos actores del sector salud, que han impedido avanzar en una discusión de visión sectorial de largo plazo, buscando consensos a todo nivel, que permita introducir reformas entre cuyos temas importantes por discutir están:

Alineación del SGSSS con Ley Estatutaria en Salud, en derecho a la salud, plan de beneficios y su financiamiento.

Unificación del Régimen Contributivo y Subsidiado.

Regulación de la integración vertical, para separar funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

Criterios conformación redes asistenciales territoriales con foco en el paciente, integralidad y continuidad.

Fortalecimiento gobierno del hospital público y mejores condiciones laborales para talento humano hospitalario.

Marco de subsidios a la oferta y modelos especiales de salud para zonas rurales y rurales dispersas.

Competencias de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) para las Secretarías Departamentales de Salud, frente al funcionamiento del aseguramiento y el cumplimiento en el flujo financiero en cada territorio.

Afiliación, atención y derechos en salud de la población migrante.

SALUD PÚBLICA Y PRESTACION DE SERVICIOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) – VACUNACIÓN

Para 2020, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices sobresalientes. En específico, se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 94,5% y de 93,5% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos). Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores a diciembre de 2020 quedaron en 87,9% para pentavalente (3 dosis) para población menor de un año y en 90,5% para triple viral (al año de edad). Teniendo en cuenta que la cobertura esperada para los biológicos del programa es del 95%, dichas cifras se encuentran por debajo de lo esperado.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores para el periodo comprendido entre enero a abril de 2021 para pentavalente se encuentran en 29,5% en población menor de un año y para triple viral de un año en 28,3%, cifras que se ubican por debajo de las coberturas alcanzadas en años anteriores y que como ya se ha mencionado, dicha disminución puede atribuirse a la pandemia y las medidas adoptadas para disminuir el riesgo de transmisión de COVID-19, lo cual exige que el programa desarrolle diferentes estrategias para mitigar el impacto negativo que esta situación ha tenido en las coberturas del programa regular

RESPUESTA AL FENÓMENO MIGRATORIO EN MATERIA DE VACUNACIÓN.

Se ha garantizado la vacunación de la población objeto migrante en todo el territorio nacional. Desde agosto de 2017 hasta abril de 2021 se han aplicado más de 2,7 millones de vacunas en esta población, lo que ha representado una inversión de \$39.634 millones. Específicamente en el periodo de 2020 y hasta abril de 2021 se han aplicado alrededor de 950 mil dosis de vacunas a población migrante venezolana, con una inversión que supera los \$13 mil quinientos millones.

- Movilización de múltiples donaciones internacionales para apoyo en la atención a migrantes. En 2019 se incrementaron en un 100% los recursos transferidos a 33 entes territoriales para apoyar la atención en salud de la población migrante.

POLÍTICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Considerada la segunda causa de enfermedad en el país, en 2020 se dio continuidad a la Política Nacional de Salud Mental que tuvo la participación de casi mil personas en su proceso de construcción. Atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, que plantea el análisis de las desigualdades sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental. Así, se espera la estabilización de las tasas de suicidio a partir del despliegue de la Política. Considera cinco ejes: 1) Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; 2) Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; 3) Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia; 4) Rehabilitación integral e Inclusión social; y 5) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

MUERTE DIGNA

Se completó el proceso de generación del Proyecto de Ley Estatutaria sobre Eutanasia, en cumplimiento de la orden quinta[1] de la Sentencia T-544/17; fue radicado con el número 355/20 Senado.

GESTIÓN DE RECURSOS DE SALUD PÚBLICA Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC

Se expidió la circular externa 025 de abril de 2020, por la cual se emitieron las “instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública, en el marco de la emergencia sanitaria por causas de coronavirus (covid-19), para entidades territoriales, distritales, departamentales y municipales” para intervenir los eventos de salud pública en sus territorios. Seguimiento a la contratación de las acciones de salud pública en los departamentos y municipios, tanto las del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC como las correspondientes a los procesos de Gestión de la Salud Pública, se evidencia el aumento presupuestal asignado.

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL

1. Elaboración de documentos técnicos para la prestación de las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud y atención materno – perinatal, durante la pandemia por COVID-19 Se elaboraron las siguientes orientaciones: a. *Lineamientos provisionales para la atención en salud de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Colombia.* b. *Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia.* c. *Aportes al plan de acción de prestación de servicios y orientaciones para la restauración de los servicios de salud en lo relacionado con las atenciones de detección temprana y protección específica.* d. *Orientaciones para la atención integral en salud, a los adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes SRPA.*

2. Acompañamiento a los integrantes del SGSSS en la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal.

GESTIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

AVANCE Y RESULTADOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

En el informe correspondiente a 2020, se muestra que el estado de avance general del cumplimiento de las 212 metas del PDPS es del 48.11% (102 metas) en un rango de avance "Muy bueno", el 19.34% (41 metas) reporta un avance "Bueno", el 10.85% (23 metas) un avance "En riesgo", el 7.08% (15 metas) reporta un avance crítico y el 14.62% restante, no cuenta con medición (16 metas) o no cuenta con reporte técnico (15 metas),

COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SALUD PÚBLICA- CISP – PDSP 2022-2031

En el 2020, desde la CISP y en el marco de la situación actual de la pandemia en el país, se revisó la atención integral en salud, las enseñanzas y retos de la epidemia por la COVID19 para el sistema de salud y la Intersectorialidad en el marco de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Respecto a la pandemia desde la CISP se identifica lo siguiente: Mayor capacidad diagnóstica, de atención, relacionamiento y de educación a la población y la relación con los determinantes proximales de contagio. Los moduladores de contagio en los que se ha fortalecido la gobernanza, capacidad de regulación y la adopción de medidas. Se construyeron más de 100 protocolos de bioseguridad y lineamientos técnicos con y para diferentes sectores y actores para la prevención de casos en cada entorno, la detección oportuna y el direccionamiento en el sistema de salud. Se destaca el fortalecimiento a la red de hospitales, los servicios domiciliarios, el control de los grupos de riesgo y la educación al ciudadano. Gasto en salud de diferentes fuentes y el flujo adecuado y oportuno de recursos a los diferentes actores. La respuesta a la pandemia ha incluido la formulación e implementación del programa pruebas rastreo y aislamiento selectivo sostenible, los estudios de seroprevalencia y las vacunas. La pandemia puso en evidencia los desafíos para el sistema de salud y las brechas persistentes en salud. Estos desafíos y el abordaje de las brechas para lograr su reducción requieren de la contribución y coordinación de los sectores, por lo que se hizo articulación y se fundamentó la gobernanza, dejando esta pandemia grandes lecciones aprendidas que incluyen resiliencia, la diversidad y diferencia entre los territorios, la importancia del trabajo en equipo, el reconocimiento de que la Salud Pública es de todos y que se requiere un trabajo permanente en los determinantes sociales.

RESPUESTA A LA PANDEMIA COVID-19: ATENCIÓN INTEGRAL A POBLACIÓN Y PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN.

El Ministerio ha venido avanzando en la adopción y desarrollo de acciones y medidas que permitan la contención y la mitigación de sus efectos, una de estas es el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS, el cual tiene por objetivo la identificación temprana de casos sospechosos de contagio y su pronto aislamiento. PRASS fue reglamentado mediante Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020 y se optimiza con el Decreto 1374 de octubre de 2020 derogando el anterior, para el seguimiento de casos y contactos de las personas con COVID-19. Este último estructuró y determinó roles y responsabilidades de los actores del SGSSS en relación con el programa, así como definió la interacción institucional entre las entidades gubernamentales involucradas.

ESTUDIOS Y ENCUESTAS DE SALUD

El 30 de noviembre de 2020 se dio finalización a la Fase I de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, las cuales hacen parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud Observatorios

El 2 de diciembre de 2020 se realizó el lanzamiento del Observatorio Nacional de Migración y Salud, que puede ser consultado en el siguiente enlace: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>.

MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

POLÍTICA FARMACÉUTICA

REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM, por intermedio de su secretaria técnica, ha avanzado en la aplicación de la metodología contenida en la circular 03 de 2013 para la vigencia 2020. La incorporación de nuevos medicamentos al régimen de control directo de precios debe surtir varias **etapas**, a saber: i) la selección de los mercados relevantes, para lo cual, se debe acudir a fuentes como a la información reportada al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED y a los datos provenientes de las solicitudes de cobro / recobro a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES; ii) medicamentos nuevos que no han sido regulados; iii) la consulta pública del proyecto de circular de regulación, como resultado de la referenciación de precios internacionales, que conlleva la recepción de los comentarios y las respuestas a los mismos, y iv) finalmente, la expedición del acto administrativo que incorpora nuevos medicamentos al citado régimen

CIRCULAR 10 DE 2020

La Circular 10 de 2020 modificada parcialmente por la Circular 11 de 2021 comenzó a regir a partir del 28 de marzo de 2020. Mediante ambos actos administrativos ingresaron al régimen de control directo 773 presentaciones comerciales, las cuales han generado ahorros por \$393.013 millones de pesos en el canal institucional durante el primer año de vigencia.

NUEVA METODOLOGÍA DE REFERENCIACIÓN INTERNACIONAL

La CNPMDM, por intermedio de su secretaría técnica y grupos de apoyo y asesoría, ha venido trabajando en la construcción de una metodología que sustituya la contenida en la Circular 03 de 2013, y que consecuentemente, promueva mayor eficiencia en el gasto. Así mismo, esta labor también se ha fundamentado en solicitudes, comentarios y observaciones de diferentes actores del sector farmacéutico, quienes reclaman mayor claridad en el procedimiento utilizado para el control directo de precios, y corrección de lo que consideran fallas del mercado.

Producto de esta gestión, el trabajo se ha centrado en el análisis de los siguientes aspectos:

Construcción de un índice de medicamentos que refleje la realidad de mercado farmacéutico.

La pertinencia de fijar una tasa de cambio para la obtención del precio de referencia internacional en el proceso de referenciación Plan Nacional de Contención a la Resistencia de los Antimicrobianos

De acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de Contención a la Resistencia de los Antimicrobianos, en el segundo semestre del año 2020 se llevó a cabo un análisis de consumo de antibióticos para el año 2019, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicho análisis se realizó tomando los datos de venta de todos los antibióticos comercializados a nivel nacional desde el Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED y será publicado próximamente por la OPS. Así mismo, se realizó la socialización a médicos familiares de Colombia sobre dos algoritmos elaborados por el Instituto de Evaluación Tecnológica e Salud – IETS que oriente la prescripción de antibióticos en infección de vías urinarias en mujeres y en infección respiratoria aguda de vías altas. Lo anterior busca incentivar la correcta prescripción en estas dos patologías con alta incidencia en el medio comunitario

NEGOCIACIÓN Y COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS

Frente a la compra centralizada desde junio de 2020, se realizó la gestión y apoyo para la legalización del nuevo convenio interadministrativo 894 de 2020 con la ADRES. De igual manera, se expidió la Resolución 1621 de 2020 que delegó funciones a la ADRES para realizar la compra centralizada. Adicionalmente, durante la vigencia de 2020 se realizó el despacho de 368 tratamientos del medicamento EPCLUSA a 23 EPS o EOC para pacientes con VHC del régimen subsidiado y contributivo. Así mismo, se elaboraron los documentos administrativos para la ejecución de la cuarta compra centralizada, por medio de la cual, en sesión del Comité de Contratación de la - ADRES, se aprobó la compra del medicamento EPCLUSA y se emitió la orden de compra No. 68 para adquirir los medicamentos para el tratamiento del VHC por intermedio del Fondo Rotatorio Regional de la OPS. Para finalizar este trámite, se realizó transferencia bancaria y se formalizó la cuarta compra centralizada de medicamentos por medio de la orden de compra APO21-00003710 COL. Una vez llegaron los medicamentos a Colombia, se realizaron las actividades de la ruta operativa, en cual se oficializó la nacionalización de los medicamentos recibiendo en total 3.907 frascos (cada frasco con 28 tabletas) de SOFOSBUVIR 400 mg / VELPATASVIR 100 mg (ECLUPSA®). Por último, durante lo corrido del 2021, se ha realizado el despacho de 214 tratamientos del medicamento ECLUPSA a 17 EPS o EOC del régimen contributivo y subsidiado.

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE USO DE EMERGENCIA DE MEDICAMENTOS

Que, desde el mismo inicio de la Pandemia por la COVID-19, la Organización Mundial de la Salud – OMS y la Organización Panamericana de la Salud –OPS, instó a los países a elaborar planes para la preparación y respuesta regulatoria frente a esta, señalando *“Según la OMS, el marco regulatorio de los países debe contener leyes o políticas que permitan autorizar el uso de emergencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, un plan de preparación para una pandemia en el cual se autorice el uso de emergencia (...), y un sistema de seguimiento de los productos cuya venta se haya autorizado para uso de emergencia” [1]*. A la fecha, agencias reguladoras nacionales –ARN, a nivel mundial, vienen utilizando procedimientos simplificados similares al listado de uso de emergencia de la OMS en sus países, procesos regulatorios excepcionales que son aplicados frente a circunstancias que justifican la emisión de permisos temporales y/o condicionados para medicamentos y dispositivos médicos en situaciones de emergencia sanitaria, y cuya finalidad es optimizar la respuesta sanitaria frente a enfermedades emergentes que ponen en peligro la salud pública.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La habilitación de servicios de salud es el componente de entrada al Sistema Único de Habilitación, que define las condiciones mínimas obligatorias para la prestación de servicios de salud en el país. Durante este periodo se ha dado continuidad a la implementación de la habilitación de servicios de salud mediante la expedición de la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”* y de otras formas funcionales, como las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer; Centros de Referencia para la Atención de Enfermedades Huérfanas y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, reguladas mediante actos administrativos correspondientes

HABILITACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES DE ATENCIÓN DE CÁNCER ADULTOS E INFANTIL

En cuanto a la habilitación de Unidades Funcionales para la Atención del Cáncer de Adultos -UFCA y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil-UACAI, en cumplimiento de la Resolución 1477 de 2016 a la fecha se cuenta con una UACAI habilitada y en proceso de postulación como UACAI en el REPS las IPS Fundación Valle de Lili de Cali y Clínica Materno Infantil San Luis de Bucaramanga.

Con respecto a las UFCA, se encuentran dos entidades habilitadas, la IPS Fundación Hospital San Pedro de Pasto y la IPS Sociedad Médica Rionegro-SOMER S.A.

POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Está en proceso de actualización la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, con el propósito de orientar la organización y gestión de los servicios de salud para una atención integral, continua y con calidad a la población, bajo el enfoque de la gestión integral del riesgo en salud, la estrategia de atención primaria en salud considerando la salud familiar y comunitaria, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.

En desarrollo de lo anterior, se llevó a cabo la recopilación y análisis de información técnica, normativa y estadísticas para el diagnóstico de la prestación de servicios, y se identificaron las principales problemáticas -estructurales y coyunturales- que

afectan la misma, con las causas y efectos sobre la atención en salud, las condiciones y resultados de salud de la población, como base para la formulación de los lineamientos, estrategias e instrumentos de la Política.

Dentro de los principales componentes estratégicos de la Política, se encuentra la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, el desarrollo de las redes integrales e integradas de prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento de los hospitales públicos, la calidad de la atención en salud, la consolidación del talento humano en salud para la prestación de servicios, la promoción de la salud digital, entre otros.

En el contexto anterior y en consideración al reconocimiento de las diferencias poblacionales y territoriales, condiciones socioeconómicas, capacidades institucionales y demás, que se expresan en inequidades en el acceso y condiciones de salud de la población en especial en zonas rurales y con alta dispersión poblacional, se avanzó en la definición de criterios y la realización de ejercicios y propuestas de posibles regionalizaciones de la prestación de servicios de salud, que propicien una mejor atención a la población y de sus condiciones de salud y bienestar.

Así mismo, con miras a mejorar la organización y gestión de los servicios de salud, se continuó con el proceso de implementación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 de 2016), las cuales para efectos de la gestión del riesgo y la atención en salud de la población a cargo se conforman y organizan en un componente primario y uno complementario, el primero de los cuales puede proveerse para una mayor integralidad y resolutivez de la atención en salud a la población, mediante el Prestador Primario de Servicios que según la Política de Atención Integral en Salud, constituye la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario y el segundo corresponde a todo el marco de la atención que requiere un mayor nivel de complejidad o atención de carácter especializada que requiere la población a cargo.

Es necesario precisar que con el procedimiento de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud que se viene realizando desde la expedición de la Resolución 1441 de 2016, se habilitaron a diciembre de 2020, 179 (55.4%) redes de las EPS en los departamentos y distritos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, 24 (7.4%) habilitadas por los correspondientes departamentos y distritos, 41 (12.7%) redes que se ven afectadas por la revocatoria de operación del aseguramiento y (24.5%) 79 redes no habilitadas y se encuentran en proceso con la Superintendencia Nacional de Salud.

Como parte de las acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, se llevó a cabo la revisión, análisis y propuesta de ajuste preliminar a la metodología para la formulación de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado, en este marco, se desarrolla un marco de referencia de contenidos mínimos dentro de los programas que incorporan entre otros aspectos los análisis de las condiciones poblacionales, demográficas y de salud de la población, la organización de la oferta en marco de la determinación de un modelo de atención y especificando las necesidades del territorio. Esta reformulación se realiza teniendo en cuenta la importancia para la atención en salud en gran parte del territorio nacional, su adecuación a las características y necesidades en salud de la población, su gestión bajo la estrategia de atención primaria en salud, las redes integrales de prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento de su capacidad resolutivez, entre otros.

TELESALUD / TELEMEDICINA

Es importante señalar que, de acuerdo con lo reportado en el REPS, con corte a 30 de abril de 2021, tenemos 2.945 sedes de prestadores inscritos con 11.812 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, ubicados en 405 municipios de 33 departamentos y el distrito capital. De estas, 335 sedes son de prestadores públicos que habilitan 1.618 servicios en 259 municipios de 30 departamentos y Distrito Capital. Antioquia, Bogotá D.C., Atlántico Valle del Cauca, y Bolívar, aportan 62,66% de las sedes inscritas y 61,36% de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina.

El porcentaje de sedes de prestadores públicos con servicios de salud en la modalidad de telemedicina habilitados a 30 de abril de 2021 es de 8,69%, 22% de estas sedes están ubicadas en municipios PDET y 29 % en zonas del Plan Nacional de Salud Rural.

En general 4% del total de las sedes de los prestadores de servicios de salud habilitados poseen en la actualidad servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina.

Desde 2012 se observa incremento de la oferta de la modalidad de telemedicina, pero es en 2020 donde éste incrementó y se aceleró, con una mayor representación del sector privado, el crecimiento específico de junio de 2020 a abril 30 de 2021 es de 51% en sedes y 58% en servicios

CALIDAD EN SALUD

PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO EN SALUD (2016 – 2021)

Principales resultados: i) fortalecimiento de la Acreditación en Salud con apoyo en el proceso de avance de elaboración de los manuales de acreditación para IPS de baja complejidad y para EPS, conformación y operación del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en salud, 51 IPS acreditadas en el país y se brindó asistencia técnica en el Sistema Único de Acreditación en Salud. ii) Modelo de Asistencia Técnica orientado al desarrollo de capacidades articuladas en las DTS culminación Fase II e inicio Fase III, iii) Foro Nacional de Calidad en Salud 2020, con participación aprox. 170 personas iv) Avance en la construcción, socialización y sensibilización de la Política de Humanización en Salud. v) Fortalecimiento del Sistema de Información para la Calidad a través de procesos de asistencia técnica. vi) Aplicación de Encuesta de satisfacción de los servicios de las EPS 2020. vii) Propuesta de indicadores para realizar el seguimiento a la adherencia de Guías de Práctica Clínica-GPC.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

En cuanto a la Política Nacional de Humanización en Salud, se realizaron las siguientes acciones: • Ajuste al documento, de acuerdo a observaciones realizadas por las dependencias del Ministerio, en el proceso de socialización. • Articulación con Modelo de Asistencia Técnica Fase II y III (Divulgación de la propuesta Política Nacional de Humanización • Publicación de la propuesta Política Nacional de Humanización, en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud. • Elaboración del plan de acción de la Política Nacional de Humanización, en conjunto con la Red Colaborativa de Humanización y validado por las dependencias del Ministerio. • Elaboración de metodología para la Cultura de la Humanización, con el apoyo del Grupo de la Cultura de la Seguridad Social Integral del Viceministerio de Protección Social y validación de la misma con las dependencias del Ministerio • En la actualidad, se encuentra en proceso de revisión y ajuste el proyecto de acto administrativo, por medio del cual se tiene previsto la adopción de la mencionada política.

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Se dirige la formulación, implementación y evaluación de las políticas, regulación y lineamientos en materia de planificación y desarrollo del talento humano en salud - THS, aspectos relacionados con la calidad de la educación del personal de salud, la formación continua, el fortalecimiento para el ejercicio y desempeño de los diferentes perfiles, y la dignificación laboral, a través de: Reglamentación de la Ley de Residentes o Sistema de Residencias Médicas, Programa becas crédito. Registro de Talento Humano en Salud-RETHUS (y Circular Externa 036 de 2019). Simplificación de trámites para la autorización del ejercicio de una ocupación o profesión en salud (en el marco del Decreto-Ley 2106 de 2019). Observatorio de Talento Humano en Salud. Acciones realizadas en el Marco de la Pandemia por el COVID-19. Formación Continua para el Talento Humano en Salud. **Análisis de Pertinencia de Programas de Educación Superior del Área de la Salud.** Reconocimiento de IPS como Hospitales Universitarios. Docencia Servicio y Política de Calidad para Programas de Educación Superior del Área de la Salud. Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano del Área de la Salud. Política nacional de enfermería y plan estratégico 2020-2030. Lineamientos para equipos multidisciplinarios para la salud. Interculturalidad. Ejercicio y desempeño del talento humano en salud. Servicio Social Obligatorio Autorización del Ejercicio Profesional

GESTION DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ASEGURAMIENTO EN SALUD, RIESGOS LABORALES Y PENSIONES

ASEGURAMIENTO Y MEDIDAS PARA MANTENER Y AMPLIAR LA COBERTURA DEL SGSSS

En la siguiente tabla se muestra la evolución de la afiliación al Sistema General de Salud tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo, desde el 2015 a abril de 2021.

CONCEPTO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021(ABR)
A. Régimen Contributivo	21.453.376	22.199.204	22.045.454	22.378.384	22.909.679	23.362.083	23.913.986
B. Régimen Subsidiado	23.179.801	22.171.463	22.434.577	22.658.108	22.808.930	24.026.912	23.953.530
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.402.307	2.260.693	2.287.296	2.135.750	2.244.344	2.195.331	2.242.753
D. Población cubierta (= A+B+C)	47.035.484	46.631.360	46.767.327	47.172.242	47.962.953	49.584.326	50.110.269
E. Población DANE 2018	48.203.405	48.747.708	49.291.609	49.834.240	50.374.478	50.709.831	50.935.774
F. Porcentaje de población cubierta (D/E)	97,58%	95,66%	94,88%	94,66%	95,21%	97,78%	98,38%

AFILIACIÓN DE OFICIO

A partir de lo establecido en el Artículo 236 de la Ley 1955 de 201940, se expidió el Decreto 064 de 202041, el cual en su Artículo 4° establece la afiliación de oficio como instrumento para la afiliación en una EPS, de aquella población que se encuentre sin aseguramiento en salud por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, o que se encuentre con la novedad de terminación de la inscripción en una EPS.

Mediante la afiliación de oficio, el país mostró un incremento importante en el número de personas que ingresaron al SGSSS como efecto de este mecanismo. En promedio han ingresado 29.655 nuevos afiliados de oficio por mes desde enero de 2020 hasta abril de 2021. De esta forma, en lo corrido de 2020 y los cuatro primeros meses de 2021 se contabilizaron 475.246 nuevos afiliados en el SGSSS bajo este mecanismo

PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA - PEP

El Ministerio de Salud y Protección Social, incluyó el Permiso Especial de Permanencia – PEP, a través de la Resolución 3015 de 201742, como documento válido para la identificación ante el Sistema de Protección Social de los migrantes venezolanos regulares, situación que presentó un alto impacto en el 2020, en cuanto a la afiliación al aseguramiento en el SGSSS. El ingreso

de estas poblaciones ha llegado a una distribución similar entre los dos regímenes, con corte a abril de 2021. Es así como, en el Régimen Subsidiado se registraron al cierre del mes 185.906 afiliados con PEP al Régimen Contributivo y 168.722 al subsidiado

ACTIVOS POR EMERGENCIA

El Gobierno Nacional en virtud de la emergencia sanitaria, y con el fin de proteger el derecho a la salud de los trabajadores dependientes o independientes y su grupo familiar, que no pudieron continuar efectuando las cotizaciones al Régimen Contributivo, como consecuencia de las dificultades económicas ocasionadas por el aislamiento obligatorio y que se encuentren suspendidos o en estado de terminación de vínculos laborales, así como a los beneficiarios de los cotizantes fallecidos, estableció en el artículo . 15 del Decreto 538 de 202043, que la ADRES durante el término de la emergencia sanitaria continúa reconociendo el pago de la Unidad de Pago por Capitación –UPC con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, estableciéndose un estado ante la BDUA de los “Activos por Emergencia - AE”.

AVANCES EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL -SAT

la implementación del portal de afiliación www.miseguridadsocial.gov.co, se ha constituido como una herramienta efectiva por cuanto ha permitido: i) a los ciudadanos acceder de forma fácil y tecnológica a la solicitud, tramite y respuesta de sus novedades, con disponibilidad las 24 horas los 7 días a la semana y desde cualquier parte del país, evitando desplazamientos y costos a cargo de los ciudadanos, esto a través del uso de cada una de las funcionalidades antes descritas; ii) operativiza lo regulado en materia de Aseguramiento en Salud; y iii) facilita la comunicación con los usuarios registrados y avanza hacia la interoperabilidad de la información entre los agentes, las personas que van a afiliarse, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, las entidades e instituciones responsables de la afiliación colectiva, institucional y de oficio, los empleadores y otros aportantes, las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, las Entidades Territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades que administran los regímenes especiales y de excepción, y en general quienes deben adelantar trámites en el SAT, tal como lo dispone el artículo 2 de la Resolución 768 de 2018

ACCIONES EN RIESGOS LABORALES Y PENSIONES

Actualmente se cuenta con 9 entidades Administradoras de Riesgos Laborales y el porcentaje de distribución de la afiliación se observa en la siguiente tabla

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES-ARL	TRABAJADORES		EMPRESAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Seguros Bolívar S.A.	920.959	8,07%	19.269	1,93%
Compañía de Seguros de Vida Aurora	663	0,01%	78	0,01%
Suramericana ARL	4.769.144	41,81%	388.845	38,93%
La Equidad ARL	222.077	1,95%	16.985	1,70%
Mapfre ARL	1.344	0,01%	40	0,00%
Positiva Compañía de Seguros	2.922.203	25,62%	459.878	46,04%
ARL Colmena	1.047.653	9,19%	38.662	3,87%
Seguros de Vida Alfa S.A.	71.953	0,63%	1.061	0,11%
Seguros de Vida Colpatría S.A.	1.449.544	12,71%	74.080	7,42%
Total general	11.405.540	100,00%	998.898	100,00%

BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

MECANISMOS DE PROTECCIÓN EN EL SGSSS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- en el marco de la Ley 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud, en concordancia con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 para las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las patologías a través de Servicios y Tecnologías en Salud. La financiación de dichos beneficios en salud está organizada a través de dos mecanismos de protección que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento como mecanismo de protección colectiva, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir una prima de manera ex ante; tal es el caso de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los presupuestos máximos, la prima SOAT, etc. Por otra parte, se cuenta con un mecanismo de protección individual, a través del cual la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva.

El Proceso de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) desde el 2013, se ha efectuado siguiendo los lineamientos dispuestos en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011,

según los cuales debe: (a) realizarse una vez cada dos años; (b) atender los cambios en el perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población colombiana, así como la disponibilidad y equilibrio de los recursos; (c) aplicando una metodología para su definición y actualización; y (d) teniendo en cuenta la opinión de los diferentes actores del SGSSS, mediante eventos de participación ciudadana realizados en los años 2012, 2014 y 2015, donde se concertaron las dimensiones y ponderaciones para la priorización en la evaluación y en la inclusión

ACTUALIZACIÓN, AMPLIACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) E INCLUSIONES

Para el desarrollo de la Actualización Integral 2020-2021, durante el 2020 se desarrollaron diversas acciones que permitieron la identificación e inclusión de tecnologías en salud a la financiación con recursos de la UPC. Con el fin de identificar las TS no financiadas con recursos de la UPC necesarias para la atención de las condiciones de salud con mayor carga de enfermedad, se solicitó al Instituto de Evaluación tecnológica en Salud –IETS- la construcción de una matriz que permitiera identificar las TS empleadas para su atención, su rol en la clínica y su estado actual de financiación en el SGSSS

En el marco de lo estipulado en la Ley Estatutaria, y en cumplimiento del proceso de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el proceso de actualización para esta vigencia que se materializó con la expedición de la Resolución 2481 de 2020,

Se incluyen 184 principios activos en 30 diferentes formas farmacéuticas en la financiación con recursos de la UPC que permiten la atención de diversas patologías en poblaciones infantil, gestante, adultos mayores y adultos en general. Gracias a esta inclusión se logra: a. Eliminar usos condicionados en 55 medicamentos y ampliar su financiación a todas las indicaciones registradas en Colombia. b. Incluir nuevas formas farmacéuticas para 45 medicamentos que permiten su uso en otras poblaciones específicas como niños y personas mayores c. Incluir 60 nuevos medicamentos en la financiación en todas las concentraciones y formas farmacéuticas disponibles en Colombia. d. Ampliar la financiación en 4 subgrupos de referencia de medicamentos. e. Crear 19 subgrupos nuevos de referencia en los que se consideran financiados todos los medicamentos pertenecientes a ellos en todas sus concentraciones, formas farmacéuticas e indicaciones registradas en el país.

En total se incluyeron 22 procedimientos y más de 8300 Códigos Únicos de Medicamento en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en diversas indicaciones que entran a completar la financiación con recursos de la UPC para los servicios y tecnologías de salud en todas las indicaciones autorizadas en el registro sanitario en Colombia.

En lo transcurrido del año 2021 (01 de enero al 31 de mayo de 2021) se han desarrollado las siguientes actividades: Elaboración y publicación del informe de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC año 2021, Revisión y ajuste del Manual Metodológico del procedimiento de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, Selección de las Tecnologías en Salud a evaluar por parte del IETS, Elaboración y publicación de la Resolución 0163 de 2021 "Por la cual se modifica el artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020", Socialización del proceso y resultados de la actualización integral de 2021, Desarrollo de la Fase 2: SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR (PRIORIZACIÓN), aplicación de los criterios de priorización para evaluar a las TS identificadas en la Matriz de Priorización II_2020, depuración y ordenamiento de TS a evaluar

ACTUALIZACIÓN DE LA UPC

El valor de la actualización de Plan de Beneficios de Salud fue de \$109 mil millones y corresponde a la inclusión de 8.384 CUMS y 22 procedimientos en 4 estrategias: 1. Medicamentos para Diabetes Mellitus; 2. Medicamentos con formas farmacéuticas condicionadas; 3. Eficiencia transaccional; 4. Procedimientos.

La metodología actuarial aplicada ha demostrado ser suficiente para la cobertura de los planes de beneficios establecidos en el sistema, se ha expedido los actos administrativos correspondientes que año tras año fijan la prima. Los valores de la prima para los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2021, se incrementaron en 5.18 %. El contributivo, pasa de \$892.591,20 en 2020 a \$938.826,00 en 2021. Además, se reconoce en el régimen contributivo una prima adicional de 10 % a 363 municipios catalogados en zonas dispersas; del 9,86 % para 32 ciudades y distritos; y para el caso del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le reconocerá una adición del 37.9 % en ambos regímenes.

El régimen subsidiado por su parte, pasa de \$829.526,40 en 2020 a \$872.496,00 para el próximo año. Teniendo un incremento adicional de 11.47 % para los 363 municipios ubicados en zonas geográficamente dispersas; del 15 % para 32 ciudades y distritos; y se le reconocerá un incremento del 4,81 % a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas – EPSI. Por segundo año consecutivo, el incremento porcentual de la prima base fue igual tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

AVANCES EN LA GESTIÓN DE UPC POR CALIDAD

Las patologías identificadas para la gestión de la UPC por calidad corresponden Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo-2, Enfermedad Renal Crónica (ERC) y VIH. Para Hipertensión arterial y Diabetes se ha revisado las guías de práctica clínica vigentes en el país y se contrastó con el diseño de la ruta cardiovascular generando la primera aproximación a tecnologías (procedimientos y medicamentos) necesarias para el mantenimiento y no progresión de la enfermedad.

Actualmente, se está trabajando para evaluar la cobertura y tecnologías actuales no contempladas por las guías, pero con disponibilidad en el país y que son utilizadas para el **tratamiento** y mantenimiento de la condición del paciente. Se construyó la canasta de Enfermedad Renal Crónica (ERC) por cada uno de sus estadios identificando los procedimientos y las frecuencias de uso de los mismos, estos fueron contrastados con la guía de enfermedad y la ruta cardiovascular. En VIH se está a la espera de la expedición de la nueva guía de manejo de práctica clínica que servirá como referente para iniciar la construcción de la canasta de procedimientos y medicamentos y establecer sus frecuencias.

EXCLUSIONES

En el año 2020 se recibieron 20 nominaciones de servicios y tecnologías, para posible exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, provenientes de aseguradoras y personas naturales; se realizó la validación de las nominaciones, aceptando 6 de las tecnologías nominadas en el 2020, para continuar en el proceso de exclusiones. Se analizaron por parte del grupo de análisis técnico científico -GATC 48 tecnologías y, para algunas de ellas, de acuerdo con la evidencia científica disponible, las indicaciones y el concepto del grupo de expertos, se generó más de una recomendación, razón que justifica el aumento de la cifra de recomendaciones del grupo de análisis técnico científico -GATC respecto de las tecnologías analizadas; en total se generaron 55 recomendaciones, 28 tecnologías recomendadas para exclusión, 23 tecnologías recomendadas para no exclusión, 7 tecnologías aplazadas por no alcanzar el quórum requerido para emitir una recomendación y 4 tecnologías que requieren de la realización de otros análisis.

MIPRES PARA SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Para la vigencia 2020 son de resaltar los cambios ocasionados en la cantidad de prescripciones realizadas en el aplicativo de MIPRES, a raíz de la entrada en vigencia en el 2020 de las consideraciones de diferentes resoluciones que modificaron a la Resolución 2438 del 2018, como es el caso de la Resolución 5871 del mismo año, en donde se hacen consideraciones sobre la activación de los entes territoriales en el aplicativo de MIPRES para el Régimen Subsidiado, y el caso de la Resolución 894 del 2020 que adiciona al aplicativo las prescripciones referentes a las pruebas rápidas, tamizaje y pruebas diagnósticas para el COVID -19, modificando el artículo 13 de las citada Resolución 2438 y la 1885 del 2018.

Durante este 2021 se están revisando los actos administrativos para establecer una unificación del proceso a la luz de la ley de punto final, así como Verificando y realizando los ajustes en aplicación de la resolución 894 de 2020.

VALORES MÁXIMOS DE RECOBRO

Se calculó para la vigencia 2020, el ahorro por concepto de Valores Máximos de Recobro para el régimen contributivo de 1.036 grupos relevantes de medicamentos, para lo cual se tomaron las frecuencias de un año completo, el resultado corresponde en porcentaje a un ahorro del 29% y en valor a la suma de \$179 mil millones. Es importante señalar que esta medición es bajo el contexto del mecanismo de recobros y que actualmente corresponde a los presupuestos máximos definidos en la resolución 206 de 2020 *“Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar para la vigencia 2020”*. Recursos transferidos a la EPS para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC. Por lo tanto, en presupuestos máximos se encuentran los grupos relevantes definidos en la Resolución 3514 de 2019 y que corresponde al mismo listado del anexo de la resolución 3078 de 2019.

TRANSFORMACIÓN DE LOS RECOBROS Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS (TECHOS)

En razón a los resultados del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo asignado para la vigencia 2020 y a la recomendación dada por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud se expidió la Resolución 2454 del 21 de diciembre de 2020 por la cual adoptó la metodología para la definición del ajuste al presupuesto máximo de las EPS o EOC para la vigencia 2020. Mediante la Resolución 2459 de 22 de diciembre de 2020 fijó el ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2020 de algunas entidades promotoras de salud a las cuales se les determinó riesgo de superación de este presupuesto. En enero de 2021, se profirió la Resolución 043 de 2021, en la cual se asignaron recursos para los primeros cuatro meses del año, tomando como base de cálculo los recursos mensuales asignados en 2020, ajustados por la inflación. El 11 de mayo de 2021 se expidieron las Resoluciones 593 por la cual se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y EOC para la vigencia 2021 y la 594 mediante la que se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS y EOC para la vigencia 2021.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

AJUSTES E INTERVENCIONES PARA LA RECUPERACIÓN FINANCIERA DEL SISTEMA Y LA SOSTENIBILIDAD

ACUERDO DE PUNTO FINAL

El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, antes No POS, se encontraba en las entidades territoriales (departamentos y distritos hasta el 31 de diciembre de 2019) en el caso del régimen subsidiado y en la Nación (ADRES) para el régimen contributivo, situación que generó la existencia de distintos procesos de reconocimiento y pago en ambos regímenes y, por lo tanto, inequidad en el acceso a este tipo de servicios.

a) Acuerdos de pago de servicios y tecnologías en salud (pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC prestados hasta 31 de diciembre de 2019). Por este concepto, se giraron a las IPS y/o EPS \$1,8 billones en 2020 y \$487 mil millones en lo corrido de la vigencia 2021 (Enero a Mayo).

b) Implementación de lo dispuesto en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019. Por este mecanismo durante el año 2020 y lo corrido de 2021 con corte mayo, se han radicado \$1,27 billones, de los cuales se giraron \$342,3 mil millones en 2020 y \$84,7 mil millones en 2021. Con reaccion al régimen subsidiado se han pagado deudas por valor de \$828.424 millones de los cuales, \$304.808 han sido canceladas con recursos propios de las entidades territoriales, y \$523.615 con recursos de cofinanciación Nación.

c) Recursos excepcionales para la emergencia por COVID-19

i) Compensación económica temporal de aislamiento para los afiliados del régimen subsidiado: Por este mecanismo la ADRES realizó reconocimientos durante 2020 por valor de \$5.616 millones y \$18.650 millones con corte a mayo 31 de 2021

ii) Reconocimiento económico temporal del talento humano en salud: Por este mecanismo la ADRES realizó reconocimientos durante 2020 por valor de \$380.728 millones y \$12.576 millones con corte a mayo 31 de 2021.

iii) Pago UPC cotizantes suspendidos y beneficiarios de afiliados fallecidos durante la emergencia sanitaria Por este mecanismo la ADRES realizó el reconocimiento de UPC durante 2020 por valor de \$580.129 millones

iv) Canasta de servicios y tecnologías en salud para la atención del COVID – 19: a) **Pago por disponibilidad de unidades de cuidados intensivos e intermedios.** Por este mecanismo la ADRES realizó reconocimientos durante 2020 por valor de \$289.476 millones y con corte a mayo 31 de 2021 \$166.519 millones. b) **Pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19].** Por este mecanismo la ADRES realizó reconocimientos durante 2020 por valor de \$52.155 millones y con corte a mayo 31 de 2021 \$335.776 millones. c) **Servicios y tecnologías para la atención del COVID-19** el objetivo de la medida es reconocer un valor por servicios y tecnologías para la atención de pacientes con COVID-19, la cual se gira de manera directa a las IPS. Es importante mencionar al respecto, que si bien, durante la vigencia 2020 se efectuaron atenciones a pacientes por COVID – 19, estos se financiaron en el marco del aseguramiento con los recursos corrientes de las EPS (UPC y presupuestos máximos).

v) Reconocimiento de pruebas búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] prestadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020: Con el fin de afrontar los efectos de la pandemia a través de la Circular 019 de 2020 se estableció que las atenciones en salud se financiarían con cargo a los recursos corrientes. En el caso de las pruebas para SARS CoV 2 realizadas ente el 17 de marzo al 25 de agosto, las cuales se financiaron a través de presupuestos máximos ocasionando una desviación respecto a las cantidades prospectivas definidas en el cálculo inicial de este presupuesto para pruebas moleculares para detección de otros virus, resultando en un impacto negativo en el balance y suficiencia calculado y asignado a cada una de las EPS y ante la necesidad de los recursos por parte de estas entidades para garantizar la prestación de los servicios; se solicitó autorización al Comité del FOME para la financiación de dichas pruebas.

SUBSIDIOS PARCIALES EN EL ASEGURAMIENTO – CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

Colombia se ha acercado en los últimos años a la cobertura universal del aseguramiento en salud, ejemplo de esto es la cobertura actual del 98%46 de la población que habita el territorio nacional. La ley 1955 de 2019, crea la Contribución Solidaria en el régimen subsidiado para posibilitar que la población no pobre y no vulnerable, que no alcanza a cubrir el monto total de cotización en el régimen contributivo y que tampoco cumple con las condiciones para afiliarse en el régimen subsidiado, pueda afiliarse a este último a través del pago de una tarifa que está entre el 1% y el 15% de la UPC del régimen subsidiado.

La misma ley estipuló que el instrumento de focalización sería el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sisbén. Al respecto, es de señalar la implementación del mecanismo se realiza bajo la metodología IV por los siguientes motivos: I) la posibilidad de focalizar la población beneficiaria con la dimensión de ingresos y la dimensión de calidad de vida; y II) por los posibles retrocesos que implicarían la implementación bajo la metodología III y luego, en poco tiempo, generar un cambio hacia la metodología IV. No obstante, debido principalmente a la suspensión de la fase de barrido de la encuesta ocasionado por el Covid-19 en el país, se retrasó la publicación oficial de los resultados y, con esto, la implementación del mecanismo de la contribución solidaria en el régimen subsidiado, el cual se constituye en una herramienta importante de protección social en el periodo de recuperación posterior a la pandemia, una vez terminada la protección establecida en el Decreto Ley 538 de 2020.

CRÉDITOS Y DONACIONES DE LA BANCA MULTILATERAL ATADOS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD

El MSPS, en calidad de ejecutor de los recursos, en conjunto con el MHCP, en calidad de prestatario, manifestaron la relevancia estratégica que tendría innovar en una propuesta de crédito en términos de aprendizaje y antecedente, para preparar futuras operaciones sectoriales en Colombia que apoyen programas de mejora, u objetivos trazados desde el gobierno en su Plan Nacional de Desarrollo. Esta iniciativa se gestionó a través de la banca multilateral, específicamente con el acompañamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Se promovió un instrumento financiero presentado por los bancos, denominado por el BIRF como Programa por Resultados (PforR, por sus siglas en inglés) y Préstamo Basado en Resultados (PBR) por el BID, primera operación de este tipo en realizarse en el país, caracterizada principalmente porque el desembolso de los recursos está asociado al cumplimiento de indicadores.

Este préstamo cuenta con una financiación equivalente a USD 300 millones, en el que cada banco financia hasta USD 150 millones; con una duración de 3 años a partir de 2020 (2020-2022). El propósito principal, en coherencia con el planteamiento de la propuesta, es financiar parcialmente el rubro de aseguramiento en salud que se apropia en el Presupuesto de Funcionamiento del MSPS. Para su ejecución se utiliza el mecanismo de tesorería con el que se gestionan los demás recursos del aseguramiento, a través de los recursos de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), conforme al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015; igualmente, su ejecución reconoce la capacidad institucional del gobierno en cuanto al uso de

sus sistemas financieros (SIIF), de contratación y, de control y seguimiento del país, a través de la Contraloría General de la República (CGR).

De otro lado, y adicional a los recursos del crédito, los bancos gestionaron recursos no reembolsables o de donación, para apoyar el cumplimiento de los objetivos del programa, los cuales ascienden a USD 37.6 millones por parte del BIRF y de USD 11.7 millones del BID.

Noticias del Programa

	Vicerrectoría de Posgrados	Maestría en Gestión de Servicios de Salud	PBX: 6516500 Ext: 1461 - 1455		Universidad de Santander UDS 1957 LADA MINEDUCACION
---	----------------------------	---	----------------------------------	---	--



FORO INTERNACIONAL

PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Una Mirada hacia el Futuro

Septiembre, Octubre y Noviembre 2021

Moderador
Carlos Paredes Gómez
Director de la Maestría en Gestión Servicios de Salud-UDS - Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud de la Universitat de Barcelona.

Invitado internacional
Willy Oggier
Profesor del curso interdisciplinario de salud pública de las universidades de Basilea, Berna y Zurich, Profesor del curso de Maestría en Salud Pública de la Universidad Médica de Viena.
Intervención: Modelos de sistemas de salud.

Invitado nacional
Carlos Agudelo
Intervención: Reforma del sistema de salud en Colombia: lo posible y lo necesario.
Facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. Editor de la revista Salud Pública.

Invitado especial
Luis Alexander Moscoso
Viceministro de Salud.

Tema del foro: Modelos de Sistemas de Salud

 **Universidad de Santander**
UDS

 **ÁREA ANDINA**
Fundación Universitaria del Área Andina

Miércoles 22 Septiembre

10:00 a.m. a 12:00 .m.
(Hora colombiana)

Transmisión por:
 **zoom**
<https://join.zoom.us/j/8494695751>

Motivados por mejorar la atención en salud de la población colombiana expertos internacionales, profesionales de la salud, Instituciones de educación superior, Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pretende aportar instrumentos que brinden soluciones efectivas de aplicación y/o decisión para el sector salud, a partir de un espacio de apropiación y reflexión social colectivo, se han propuesto realizar un Foro Internacional donde se reflexione sobre los principales retos y desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia se comparen los diferentes modelos de gestión en salud internacionales frente al modelo de salud colombiano como referentes para proponer oportunidades de mejoramiento al sistema actual, se proporcione un espacio de dialogo del sector salud a partir de la situación actual y sus implicaciones futuras, para buscar nuevos modelos que garanticen el derecho a la salud de la población y un adecuado funcionamiento del sistema y se genere un documento que aporte a los órganos de decisión nacional en su búsqueda de alternativas para mejorar el sistema de salud colombiano.

Bajo la organización de la Universidad de Santander Campus Valledupar y la Fundación Universitaria del área Andina, se dio inicio al Foro internacional PERSPECTIVAS Y DESAFIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA. UNA MIRADA HACIA EL FUTURO, evento que convoca a participar activamente en el proceso de análisis crítico del modelo de salud colombiano y la formulación de

propuestas orientadoras de su futuro ante los retos y desafíos actuales, esperando que ese escenario contribuya eficazmente a impulsar un modelo incluyente, con enfoque de derechos y diferencial territorial y poblacionalmente, con calidad y eficiencia en la búsqueda de los objetivos de mejor salud para los colombianos, mejor experiencia en los servicios y utilización eficiente de los recursos financieros escasos

El evento se desarrolla en tres sesiones bajo los siguientes ejes temáticos, los días miércoles 22 de septiembre: Modelos de Sistemas de Salud, viernes 22 de octubre: Factores políticos que afectan el Sistema de Salud y jueves 25 de noviembre: El impacto de los modelos económicos en los sistemas de Salud y contará con invitado internacional, dos invitados nacionales, un moderador. El horario es de 10 am a 12 m (Hora Colombiana) y se transmitirá por Plataforma Renata Zoom

La primera sesión tuvo como invitado internacional al profesor **WILLY OGGIER**, de nacionalidad suiza y doctor en economía de la salud quien se desempeña como Docente en el curso interdisciplinario de Salud Pública de las Universidades de Basilea, Berna y Zúrich y Docente en el curso universitario Master de Salud Pública de la Universidad de Medicina de Viena. Presta asesoría estratégica para empresas públicas y privadas del sistema de salud, al igual que en materia de tarifas y financiación, legislación y regulación, a nivel Internacional.

Como invitados nacionales asistieron los **Drs. LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO**, Médico, Especialista en Seguridad Social. Estudios especializados en Gerencia de Servicios de Salud, Economía y gestión de la. se desempeña actualmente como Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. **El segundo invitado nacional fue el Dr. CARLOS ALBERTO AGUDELO CALDERON**, MEDICO, Magister En Salud Publica. Se desempeñó como Viceministro De Salud durante el periodo 1991-1992. Director Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. U. Nacional Editor de la. Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Coordinador del Seminario Interuniversidades de Programas de Posgrado en Salud Pública.

Como moderador de la sesión actuó el **Dr. CARLOS PAREDES GÓMEZ**, Medico, Magister en Salud Pública. Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud. Se desempeñó como. Gerente de las Clínicas los Comuneros de Bucaramanga. Rafael Uribe Uribe de Cali, San Pedro Clave de Bogotá. Director General de Seguridad Social y Viceministro de Salud. Secretario Técnico Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Gerente del Hospital Universitario Ramón González Valencia. ESE. Director de la especialización en Administración de Servicios de Salud UIS y Director de la maestría en Gestión de Servicios de Salud de la UDES.

