



Boletín Digital MGSS

Septiembre de 2022

Mensaje del Director. Reflexiones

En este número

- 1 Mensaje del Director
- 2 Noticias de la Universidad
- 3 Noticias del programa
- 4 Noticias del sector salud

El sistema de salud colombiano: entre la regresividad, la retrotopia y la refundación.

Participamos activamente del diseño del nuevo sistema y modelo de salud colombiano, con amplia participación ciudadana, y reflexionamos sobre el decálogo propuesto por el actual gobierno, en la certeza de lograr la garantía de un mejor estado de salud, el respeto a los derechos, necesidades y preferencias individuales y colectivas, la protección financiera por motivos de salud, en el contexto de una equidad y eficacia del sistema.

Contribuimos a evaluar el desempeño de nuestro sistema de salud, para orientar el dialogo político, la toma de decisiones y las estrategias en salud. Aspiramos a añadir valor a lo construido, armonizar y alinear los enfoques existentes, utilizar adecuadamente los resultados de las evaluaciones el sistema y a definir los resultados más importantes para alcanzar los objetivos políticos del país.

Nos debatimos entre un tipo de reforma del sistema que algunos definen como regresiva y marginal, de financierización y mercantilización del sistema, privatizaciones, asociaciones publico privadas, APS selectivas, pluralismo estructurado y salud global liberal, y el funcionalismo de la salud pública.

Otros defienden una visión de retrotopia, donde se realiza un proceso de reforma del reformismo acumulado, que impulsa arreglos institucionales al sistema, de recuperación de la gobernanza del sistema, ampliación de coberturas, narrativa de estrategia de APS integral y participación comunitaria como centro, que universaliza la atención biomédica sanitaria, y la salud pública, salud colectiva y medico social desarrollista.

Existe una tercera línea refundacional de la materialidad e institucionalidad sanitaria, de democratización y colectivización de los procesos de cambio, de ciudadanización, de diálogo intercultural, de universalización de bienes sociales públicos y sistemas universales, de territorialidad y territorios, de salud colectiva, medico social en encuentro con el pensamiento crítico latinoamericano en salud.

Seguramente no tendremos un resultado puro de este tipo de reformas, pero aspiramos a un debate nacional democrático, conciliador de intereses, que privilegie el bien común, construya sobre lo construido, que fortalezca lo público, que permita el desarrollo de lo privado, que sea enfocado territorialmente, que dignifique el talento humano del sector, con un sistema robusto de información, centrado en el ciudadano, equitativo y eficiente.

Comité editorial:

- Gladys Yolanda Lizarazo. Vicerrectora de Posgrados
- Carlos Paredes Gómez. Director.
- Luz Amanda Bueno Balaguer. Coordinadora Académica

Periodicidad

- Cuatrimestral



**COHORTES 13 Y 14.
INICIO PERIODO ACADEMICO**



Noticias de la Universidad



**Universidad
de Santander**
UDES
Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
VIGILADA MINEDUCACIÓN



**CONVOCATORIA DE GRADO
27 Y 28 DE OCTUBRE DE 2022**

Tomado de

<https://udes.edu.co/registro-y-control-academico/noticias/abierta-convocatoria-de-postulacion-a-las-proximas-ceremonias-de-grados>

Fechas de Postulación

Desde el 7 de septiembre de 2022 hasta el 19 de septiembre de 2022

Guía Rápida
Postulación a Grado

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Paso 6	Paso 7
• Abrir Aplicativo	• Ingresar a Génesis	• Postulación	• Aprobación	• Cargar Documentos	• Descargar • Recibo de Pago	• Ceremonia

Paso 1

Abrir Aplicativo • Postulación a Grado via web por la Plataforma Siga UDES, Génesis. • Ingresando al enlace: <https://genesis-buc.udes.edu.co/#/>

Paso 2

Ingresar a Genesis • En el Aplicativo Génesis, Ingresar con su usuario (código de estudiante) y contraseña que tenga asignada.

Paso 3. Postulacion

Dar click en la opción Postulación a Grado. • Si tiene pendientes académicos, el Sistema le indicará cuáles son para que sean resueltos ante la Dirección del Programa y/o Departamento respectivo. Se sugiere imprimir su Historial de Notas antes de presentarse a la Dirección y/o Coordinación de su Programa donde le deben orientar sobre el problema presentado. • Una vez analizada la situación, la Dirección y/o Coordinación del Programa debe enviar una Nota Interna a la Oficina de Registro y Control Académico, informando la novedad correspondiente. Si no tiene pendientes académicos, el Sistema le permite continuar con su solicitud de Grado, que incluye: La actualización de datos personales y estar pendiente de su Correo electrónico donde se le informará el paso a seguir en su proceso de graduación.

Observación Importante

• Si usted ya se postuló anteriormente en un proceso de grado y no lo finalizó por no cumplir con los requisitos requeridos y en los tiempos establecidos. • La plataforma no le permitirá postularse nuevamente, usted debe comunicarse con Registro y Control Académico solicitando la migración al proceso de grados actual.

Paso 4 Aprobacion

- Después de realizar su postulación a grado deberá esperar a que su solicitud sea Aprobada o Rechazada por el funcionario encargado del proceso de grado en Registro y control académico en un tiempo no máximo a dos (2) días hábiles.
- Si su postulación es Aprobada, se le enviara un correo electrónico con el paso a seguir en su proceso, en caso contrario se le notificara el motivo por el cual se Rechaza su postulación.
- Si el correo recibido indica que tiene pendientes académicos, el reporte de calificaciones o notas pendientes debe ser solucionadas con la Dirección del Programa Académico o Departamento Encargado, para el respectivo reporte ante la Oficina de Registro y Control Académico.
- Si el correo recibido indica que tiene documentos de inscripción pendientes “estudios de bachiller” deben ser enviados por correo electrónico a: grados@udes.edu.co con el fin de dar continuidad a su proceso de graduación.
- Nota: Si usted realizó sus estudios de educación media en el extranjero, sus documentos de inscripción “estudios de bachiller” deben estar convalidados ante el ministerio de educación.

Paso 5. Cargar Documentos

- Una vez sea aprobada su solicitud a grado, deberá cargar los documentos obligatorios, requeridos para su proceso a través del sistema Génesis y estar pendiente o comunicarse con cada dependencia para la aprobación de su paz y salvo a grado: (Biblioteca, Facultad, Oficina de Graduados, Crédito y Cartera) en las fechas establecidas.
- **Observación:** Debe tener presente que los documentos inscripción son muy diferentes a los documentos requeridos para grad.

Documentos obligatorios para grado:

Pregrado o Tecnología. • Cedula de Ciudadanía legible ampliada al 150%. • Certificación o resultados saber PRO. (Ecaes)

Posgrado • Cedula de Ciudadanía legible ampliada al 150%

Fechas para Cargar Documentos Desde el 8 de septiembre hasta el 22 de septiembre de 2022

Paso 6. Descargar recibo de Pago

- Una vez cumpla con todos los requisitos académicos según su plan de estudio, cumpla con todos los documentos obligatorios y tenga aprobado los paz y salvos de cada dependencia. Podrá descargar su recibo de derechos a grado a través de su Génesis en las fechas establecidas.
- **Observación:** Si presenta algún rechazado por paz y salvo, debe comunicarse con la dependencia encargada para solucionar el pendiente.

Fecha límite para el pago de Derecho a Grado

Desde el 8 de septiembre hasta el 27 de septiembre de 2022.

Valor de los Derechos a Grado

Para Programas Profesionales Y Posgrado: \$ 905.700

Para Programas de Tecnologías: \$ 670.100

Descuento del 10% vigencia 2022

Total a Pagar Programas Profesionales y Posgrado: \$ 815,200

Total a Pagar Programas de Tecnologías: \$603,100

Observación Importante

Es obligatoria la legalización de pago de derechos a grados. Una vez sea cancelado el valor, debe enviar el recibo de pago escaneado a los siguientes correos electrónicos CAJACYC@UDES.EDU.CO; GRADOS@UDES.EDU.CO.

Paso 7 Ceremonia

- El horario de grados será publicado en la página web de la universidad, una vez Secretaría General lo notifique.

Observación Importante

- El estricto cumplimiento de estas fechas relacionadas anteriormente, permitirá que la Oficina de Registro Y Control Académico pueda entregar oportunamente a Secretaría General la documentación requerida, para la revisión y elaboración de los Diplomas y Actas de Grado.

Si tiene alguna inquietud acerca del proceso de grado puede comunicarse a la oficina de Registro y Control Académico +57 (7) 651 65 00 Ext. 1120 322 7324 892 Grados@udes.edu.co www.udes.edu.co

Noticias del Programa.



Vicerrectoría
de Posgrados

Maestría en Gestión de
Servicios de Salud

PBX: 6516500
Ext: 1461 - 1455



Universidad
de Santander
UNIVERSIDAD DE SANTANDER
1962 LADA MINEDUCACIÓN
UDES

MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD
UDES



FOROS

El pasado 30 de junio con 100 participantes, presenciales y virtuales, en el Auditorio Yariguies de la Universidad de Santander UDES el Foro **“Habilitación de tecnologías de salud post estado de emergencia sanitaria; interoperabilidad de la historia clínica electrónica”**, con el objetivo de generar conocimiento para toma de decisiones informadas en temáticas de habilitación de tecnologías y la transformación digital dentro del sector salud en el marco de la post pandemia, dirigido a los profesionales de la salud independientes y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y a su equipo administrative

En el mes de agosto en el Auditorio Mayor de la Universidad de Santander UDES, participamos como anfitriones del Foro **“Dialogo Nación Región: Capítulo Santander”**, donde se deliberó sobre el futuro de 4 sectores del desarrollo vistos desde las regiones, uno de ellos el de la salud, y nos correspondió moderar esta mesa, que permitió con amplia participación ciudadana delinear algunos pilares sobre los que debería estructurarse la gobernanza, la articulación, la financiación y la prestación de servicios individuales y colectivos de salud.

El 9 de septiembre participamos del evento **“Renovando el modelo de salud: Propuesta desde Santander”**, en el Auditorio Fundadores de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Industrial de Santander UIS, donde con la participación de la academia, los gremios, autoridades sanitarias y la sociedad civil, se adelantó un dialogo regional sobre el futuro del modelo de salud colombiano, en 5 mesas de trabajo, donde se coordinó la mesa número 5, de Regulación y Control.

Noticias del Sector salud



La salud
es de todos

Minsalud

INFORME AL CONGRESO 2021-2022

Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2021-2022-msps.pdf>

Aseguramiento y medidas para mantener y ampliar la cobertura del SGSSS

La cobertura del aseguramiento en salud en el último año se ha movido en torno al 99% en el nivel nacional.

El regimen contributivo contaba con 26.502.521 afiliados y el regimen subsidiado con 24.593.494.

La cobertura se incrementó del 98,6% al 99,4% entre junio de 2021 y abril de 2022.

Acciones en riesgos laborales y pensiones

El Sistema General de Riesgos Laborales, tiene como propósito prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a las contingencias generadas por las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo, que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolla la población laboral colombiana.

Trabajadores afiliados al SGRL

En el período comprendido entre junio de 2021 a abril de 2022, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) pasó de 11.354.257, a 12.235.537. Para el cuatrienio 2018-2022, la meta propuesta era llegar a 44,7% de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales frente a la población ocupada; la línea base de inicio del período fue del 43,2%.

Actualización de los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC

La Resolución 2292 de 2021, tuvo como ejes principales de inclusión los siguientes:

1. Procedimientos: se incluyeron 654 que se encontraban financiados a través de presupuestos máximos y que venían prescribiéndose en la herramienta tecnológica MIPRES, dentro de los cuales se hallan un gran número de pruebas de laboratorio clínico (309) y procedimientos para varias condiciones clínicas, tales como, hipoacusia, enfermedades bucodentales, varias enfermedades neoplásicas (radioterapias de última generación), enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y enfermedades oculares; así como también se incluyeron procedimientos en el ámbito de la neuropsicología, trasplante de órganos e intervenciones sobre el feto dentro del útero y la transformación de género para nombrar algunos de los más relevantes. De manera que, en total con esta inclusión estarían financiados con recursos de la UPC el 97% de los procedimientos autorizados para su realización en el país.

2. Medicamentos: la actualización comprende más de 980GR (es decir, principios activos y formas farmacéuticas) que migran desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC. Al respecto, se eliminan salvos de formas farmacéuticas que no se encontraban financiados con recursos de la UPC, se amplía los usos financiados a todas las indicaciones registradas en Colombia para 54 principios activos en todas sus formas farmacéuticas y concentraciones; se aumenta los principios activos financiados con la UPC que actualmente es de 459 a 1059 (un aumento del 130%), además de incluir 26 subgrupos de referencia (que contienen más de 65 diferentes principios activos) adicionales a los 53 subgrupos de referencia financiados con la UPC hasta el momento. De esta forma, se incluyen medicamentos para patologías de gran impacto en el estado de salud de la población colombiana, como, hipertensión arterial, enfermedad renal, más las opciones farmacológicas para diferentes tipos de cáncer tales como, gliomas, sarcoma, mielomas, linfomas, leucemia, melanoma, cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer pulmonar, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de colon y recto, entre otros. A su vez, enfermedades respiratorias, dermatológicas, cardiovasculares, más opciones anticonceptivas para la mujer, Medicamentos para el manejo del dolor, artrosis, enfermedades mentales, medicamentos de uso en oftalmología, inmunodeficiencias, antibióticos, junto con formas farmacéuticas para poblaciones especiales como niños y adulto mayor, combinaciones a dosis fijas que mejoran la adherencia al tratamiento y permiten menos dosis. Estas inclusiones, representan cerca de 21.000 Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) que ingresan a la financiación con recursos de la UPC alcanzando el 93.6% del total de CUMS autorizados en el país Como resultado del proceso de Actualización 2021-2022 se tiene financiado con recursos de la UPC, el 96.9% de los procedimientos y el 93.7% de los medicamentos aprobados y disponibles para su uso en Colombia. En lo transcurrido del año 2022 (31 de mayo de 2022), se han desarrollado actividades dirigidas a la elaboración y publicación del informe de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para el año 2022, y la revisión y ajuste del manual metodológico del procedimiento de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC. Igualmente, se adelantan los análisis técnicos a los procedimientos y medicamentos que aún no se encuentran financiados con recursos de la UPC, para su posible inclusión en el próximo proceso de actualización.

Actualización de la UPC

Para la financiación del sistema de salud en el marco del aseguramiento se han diseñado dos mecanismos principales uno ex – ante y otro ex – post.

En el mecanismo ex - ante se encuentra la UPC, una prima de seguro que el sistema reconoce a cada Entidad Promotora de Salud - EPS por cada afiliado para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el antes denominado Plan de Salud Obligatorio (POS), hoy tecnologías y servicios de salud financiados con recursos de la UPC

El mecanismo ex – post corresponde a un ajuste realizado de suma cero según los resultados de las EPS en la gestión del riesgo de algunas enfermedades.

Con la Resolución 2503 de 28 de diciembre de 2020, la cual estableció el valor de la UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud en cada régimen durante el año 2021, el cual contempló el incremento que rigió a nivel nacional durante el año 2021. Se calculó considerando la inflación esperada y los diversos grupos de riesgo de edad, sexo y zona geográfica; en el régimen contributivo se fijó el incremento de la UPC en 5.42% y para el subsidiado en 6.33%. En la vigencia 2021 se destinaron 335 mil millones de pesos para la actualización de las tecnologías en salud, alcanzando un cumplimiento mayor en 67,50 p.p. con respecto a la meta establecida para ese periodo (200 mil millones de pesos) y un avance del 95,70 % frente a la meta del cuatrienio (765,56 mil millones de pesos). Luego con la expedición de la Resolución 2381 de 2021 se fijó el valor anual de la UPC que financia los servicios y tecnologías de salud de ambos regímenes para la vigencia 2022, cuyo incremento rige a nivel nacional durante el presente año; como el año anterior, el cálculo consideró la inflación esperada y los diversos grupos de riesgo de edad, sexo y zona geográfica, y por primera vez en el cálculo de la UPC de régimen subsidiado se basó en la información reportada por las EPS de dicho régimen y no con estimaciones realizadas a partir del comportamiento del contributivo. Además, el cálculo incluye la financiación de servicios y tecnologías que estaban en Presupuesto Máximo, representando en el régimen contributivo un incremento adicional en la UPC de 12,73 puntos porcentuales (p.p.) para un incremento total de 18,15% y en el régimen subsidiado un incremento adicional de 4.25 p.p. para un incremento total de 10,58%, esto es, para el Régimen Contributivo el incremento de la UPC fue de 5.42% y en Subsidiado 6.33%. Cabe mencionar que en 2020 con el inicio de la pandemia por SARS CoV-2 y en el marco de: las medidas para el control de ésta, garantizar la atención en salud de los pacientes (Decreto Legislativo 538 de 12 de abril de 2020) y ante el riesgo de superación de la UPC por incremento de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, se crearon las canastas de servicios y tecnologías en salud de hospitalaria básica, atención hospitalaria media en internación complejidad alta y unidad de cuidado intermedio y atención en servicio hospitalario unidad de cuidado intensivo, destinadas para la atención de pacientes con la COVID-19, cuya financiación se da con recursos adicionales para facilitar programación, contratación y pago, indistintamente de la aseguradora (EPS). Con fundamento en la información reportada de atenciones COVID-19 por las EPS y validada por el MSPS, se calculó los valores a reconocer a cada EPS y EOC atendiendo a los contenidos de las canastas listados en la Resolución 1161 de 2020 y modificados con la evolución del conocimiento clínico de la enfermedad, como se evidencia en los actos administrativos generados por el MSPS

Incentivos por resultados en salud

Se construye un conjunto de indicadores para lograr una UPC que se enfoque en condiciones de los usuarios, e incentivos que logren el control y no progresión de la enfermedad. Los incentivos al desempeño se orientan a mejorar resultados en salud, reconocer calidad de la atención en virtud del costo, tienen enfoque preventivo y contribuye en la gestión en envejecimiento poblacional. La perspectiva de desempeño para los incentivos transcurre en tres fases, a saber: i) proceso y resultado, 2) calidad y efectividad comparativa y 3) valor en salud. El índice de desempeño comienza con la determinación de la condición base, la evaluación de la calidad del reporte, disminución de la morbimortalidad, control de la enfermedad y la detección temprana.

MIPRES

La cantidad total de personas prescritas en MIPRES durante el 2021 fue de 2.708.448, de los cuales el 71,05% correspondieron al régimen contributivo y el 29,49% al subsidiado. Al comparar 2021 con los demás años, obviando del modelo las prescripciones de procedimientos de pruebas diagnósticas para COVID 19 realizadas por MIPRES durante parte del 2020, se encuentra una estabilización de las curvas muy proporcional desde el año 2019 al 2021 y un ascenso gradual desde enero hasta diciembre en cada año. Los pacientes del régimen subsidiado han venido en aumento en lo concerniente a su prescripción, no representan más de la tercera parte de las prescripciones globales en MIPRES. Los medicamentos correspondieron al 73,9% de las personas prescritas seguido de los procedimientos con el 35,28%. Existe proporcionalmente mayor cantidad de prescripciones en servicios complementarios y en APME en el subsidiado.

Exclusiones

La Resolución 2273 de 2021 establece listados los 97 servicios y tecnologías que no se financian con recursos públicos asignados a la salud. En lo transcurrido del año 2022 (01 de enero al 31 de mayo de 2022), se revisaron y ajustaron las metodologías para el desarrollo de las fases del PTC. Se desarrolló la fase de nominación de servicios y tecnologías, a través de la herramienta Mi Vox-pópuli se recibieron 51 nominaciones de servicios y tecnologías para posible exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, una vez verificada la completitud de la información, la evidencia adjunta, la coherencia de la nominación y pertinencia del análisis, se aceptaron 21 de las tecnologías nominadas en el 2021 para continuar en el proceso de exclusiones. Se identificó la necesidad de modificar la Resolución 330 de 2017, se diseñó el método para la Actualización de la misma con la participación de la ciudadanía y se inició la aplicación de la metodología para la actualización con encuentros regionales en diferentes ciudades del territorio nacional.

Presupuestos máximos (techos)

En marzo de 2020 se reglamentó la aplicación del Presupuesto Máximo (Resoluciones 205 y 206 de 2020), como mecanismo para incentivar la gestión del riesgo en salud, reducir barreras de acceso, lograr la gestión mancomunada con las tecnologías financiadas vía la UPC. Comprende el giro de recursos en forma ex-ante a las EPS para la mejora del flujo de los recursos en el sistema.

La metodología calcula cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula valores de referencia, involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la UPC, garantizando la participación de los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. A partir de la información en MIPRES se actualiza el presupuesto máximo en cada vigencia. El reporte en MIPRES tiene un rezago de hasta tres meses, por lo cual la determinación de éste para cada vigencia llevó a que en 2021 se expidiera un acto administrativo para solo cuatro meses de asignación de recursos a las EPS.

El monitoreo de la suficiencia o superación del presupuesto máximo está determinado para realizarse en forma cuatrimestral, para lo cual fueron presentados los tableros de gestión de la información a cada EPS, así como los análisis de los valores de referencia y los datos de suministro en MIPRES. Con el monitoreo desarrollado en 2021 se concluyó que existía riesgo de superación del presupuesto máximo fijado para la vigencia 2021 y la necesidad de realizar ajustes al mismo; lo que llevó a una metodología de ajuste parcial de Presupuesto Máximo (Resolución 2260 de 2021) de la vigencia 2021. Para este ajuste el monto correspondió a \$558.982.945.884. En la actualidad, 2022, cursa el desarrollo de las estimaciones para el ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021.

Con el mecanismo de Presupuesto Máximo se redujeron los recobros al sistema de salud, para un ahorro potencial de las medidas entre 2018 y 2019 de cerca de 1,1 Billones de pesos. La asignación de la vigencia 2021 ascendió a los 5 billones de pesos, teniendo en cuenta que hubo tecnologías que pasaron a financiación con cargo a la UPC (Resolución 2481 de 2020) y comprendían 184 principios activos, más de 8300 CUM diferentes y 22 Procedimientos, con indicación para tratamiento de diabetes.



MÁS DEL 60% DE COLOMBIANOS DESAPROBARÍA ELIMINACIÓN DE LAS EPS: ENCUESTA CNC

Tomado de Consultorsalud.

<https://consultorsalud.com/solo-30-colombianos-aprob-eliminacion-eps/>

A inicios de septiembre, el Centro Nacional de Consultoría (CNC) publicó los resultados de una encuesta en la que se trataron varios de los temas fundamentales para el gobierno actual, incluyendo a las EPS.

En lo que respecta a la gestión de las EPS, el 66% de colombianos encuestados se mostró en desacuerdo con su eliminación vs. un 30% que aprobaría la medida. El resultado, además, es similar en varios grupos etarios, ya que el respaldo a las empresas del aseguramiento es del 70% en personas desde los 41 años o más, del 66% en individuos entre los 18 y 25 años y del 61% en personas entre los 26 y los 40 años.

De acuerdo con Paula Acosta, presidente de [ACEMI](#), “la aprobación de esta propuesta que ha puesto para el debate nacional el Gobierno tiene casi el mismo nivel de aceptación que mantener el 4x1000”. Si se revisan las estadísticas, tal y como lo mencionó la líder gremial, 2 de cada 3 colombianos está en desacuerdo con la eliminación de las EPS.

¿La percepción sobre la eliminación de las EPS es igual en varias regiones del país?

Como información adicional, la encuesta del CNC muestra otros detalles de interés para considerar. Por ejemplo, el desacuerdo con la propuesta de erradicación de las EPS es del 74% en la región Caribe, 68% en Antioquia, el Eje Cafetero y el Pacífico, 62% en la región Centro-oriente y del 61% en Bogotá.



PROPUESTAS DEL NUEVO MINISTERIO DE SALUD, UNA ESTRUCTURACIÓN PARA SOLUCIONAR LAS PROBLEMÁTICAS

Tomado de Periódico El Pulso. *Andrea Ochoa Restrepo*

<http://www.periodicoelpulso.com/287-agosto-2022/debate-2.php>

Daniel Coronell expuso en entrevista a la nueva ministra de Salud, Carolina Corcho, varias inquietudes que reflejan las interrogantes que tienen los colombianos sobre lo que será el manejo del sector de la salud en los cuatro años siguientes de gobierno de Gustavo Petro Urrego. Recopiló una serie de preguntas enviadas a su canal de YouTube por ciudadanos de a pie sobre asuntos que los inquietan, entre ellos se abordan varios de los problemas que se han señalado en los últimos meses en el panorama nacional, además de temas como la concentración del mercado, el derecho a la tutela y también, cómo deben mejorar los trámites legales para fortalecer el derecho a la salud, entre otros.

Pregunta ciudadana (PC): ¿Cómo debería mejorarse la atención al ciudadano?

R/ Ministra de Salud (MS): En un nuevo sistema de salud, la Superintendencia Nacional de Salud debería resolver las quejas de la ciudadanía en un tiempo no inferior al de 72 horas. El propio sistema debería tener mecanismos para responder, con autorregulación, con juntas médicas con los pacientes para que no sean los jueces los que terminen resolviendo. Ese es uno de los retos que tenemos. Pero, además, en el sistema debemos entender que hay un respeto por la autonomía profesional y médica, no debería haber un tercero validando una orden médica porque esto ya origina unas limitaciones que comienzan con las presiones de las transnacionales farmacéuticas y la industria para la formulación.

PC: ¿Si se eliminan las EPS quién atenderá los ciudadanos?

MS: Lo primero que habría que decir es que las EPS están en déficit y muchas están quebradas. En este momento, según las cifras oficiales, por lo menos 14 de estas empresas están en incumplimiento financiero y solo cinco cumplen las condiciones mínimas de permanencia en el sistema. Hay riesgos financieros y de atención, riesgos en la atención, donde no valen las tutelas, y se dan los famosos paseos de la muerte.

Cuando una EPS entra en proceso de liquidación, los pacientes tienen que ser trasladados a otra. Estas EPS llegan al límite de afiliados y empiezan a funcionar mal. Además de las deudas impagables con clínicas y hospitales, no hay un control del Estado sobre esos recursos y eso requiere una reforma. Creo que muchas EPS podrían convertirse en un holding de prestación de servicios porque tienen las capacidades para prestar servicios y no solo mediar, el país puede aprovecharlas.

Si dejamos las que funcionan estaríamos con un oligopolio, lo cual no podría controlarse; no habría cómo. En cuanto a la transición de la eliminación de EPS, podemos empezar con la conformación de las redes y el modelo de atención primario, el cual debe ser predictivo y preventivo. Con modelo predictivo queremos decir que no podemos seguir con la especulación, tenemos que predecir a través de los datos médicos cuáles son esas enfermedades venideras y así, poder actuar previamente. Se puede iniciar con los equipos interdisciplinarios en los territorios para empezar una búsqueda activa en la que se detecten posibles enfermedades.

Hay otro elemento y es presentar una propuesta de ley de república, donde una reforma social más importante sería esta. La transición tiene un mínimo de dos años para garantizar que no se paralice el acceso a la salud.

PC: ¿Cómo dar tranquilidad a los pacientes que están en tratamiento en medio de la transición?

MS: La reforma no altera la financiación de los tratamientos, va a seguir siendo la misma a través de las cotizaciones. La idea es que llegue todo directamente sin intermediarios. El sistema de ahora es de una improvisación permanente y de zozobra para el paciente.

PC: ¿Cómo van a cambiar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud?

MS: La mayoría de los trabajadores de la salud (70 %) están en precarización, donde se les paga por eventos. Hay algo en el sector salud que se normalizó y es que le paguen a uno cada tres o cuatro meses, no hay regulación de esos pagos, porque las EPS no giran los recursos a los hospitales.

Nosotros, entonces, estamos proponiendo una política de formalización laboral, si organizamos el sistema en redes integrales e integradas de servicios de salud, además de la especialización de la ADRES como un sistema de información público que permita hacer seguimiento a esos recursos y que pueda hacer pago directo a los hospitales, muchas cosas de estas se solucionarán.

En cuanto a los especialistas, se va a generar una formalización para que se cumpla con la prestación de servicios y los montos se discutirán a través de un consenso que tendrá que darse con el Ministerio de Trabajo. Hay que dignificar a los trabajadores, son el capital humano.

PC: ¿Será que al finalizar este gobierno los territorios más pobres podrán mejorar las infraestructuras?

MS: Tenemos que recuperar el atraso en zonas dispersas y rurales, para que no se siga concentrando el gasto en las grandes ciudades, hay que distribuir mejor los recursos. Hay que hacer una reforma a los hospitales, donde se recupere la vocación, donde se le dé valor a la salud pública para controlar un hospital.

PC: ¿Cómo se va a compatibilizar la necesidad de centros especializados con tener medicina rural hasta en los lugares más lejanos y con fluidez en tratamiento?

MS: En el modelo que estamos pensando bajo el concepto de red. Por ejemplo, en el Amazonas, el estado tendrá que fortalecer la infraestructura, tendrá que invertir en los hospitales y en tecnología.

PC: ¿Como evitar que la Adres se vuelva ineficiente?

MS: La Adres hace el giro directo, y tiene mayor eficiencia que las EPS. Estamos haciendo un mecanismo de auditoría de la Adres y una externa con el sistema de información en línea para saber qué se está pagando y también, habrá que tener regulación de tarifa de las EPS.

PC: ¿Cómo se va a controlar la oportunidad y la transparencia en la contratación para entregar medicamentos y tratamientos?

MS: Hay muchas modalidades de contratación, la contratación por evento es perversa y costosa para el sistema. Hay contratación por paquetes, hay contratación por pago global prospectivo. Esos son detalles que tendrán que ser ajustados en el nuevo modelo a través del fondo de la Adres con el sistema de auditorías sobre la red

MODELOS INNOVADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA MODIFICACIÓN NECESARIA

Tomado de Periódico El Pulso

<http://www.periodicoelpulso.com/287-agosto-2022/generales-5.php>

Asaf Bitton, médico magister en Salud Pública, y profesor asociado de Medicina y Políticas de Atención de la Salud tanto en la Escuela de Medicina de Harvard, coincide con los salubristas colombianos y demás defensores de fortalecer la APS en el país, en la necesidad de equipos multidisciplinarios en los territorios. “Lo equipos multidisciplinarios tienen que estar entrenados, motivados y disponibles para proveer cuidado y atención integrada, no solo con los que tienen bata blanca, sino con todas las personas en el espectro de los servicios de salud y de la comunidad: el médico, las enfermeras, los asistentes médicos, el farmacólogo y los demás”. Equipos que deben tener una proyección amplia hacia el cuidado, pero integrado a lo largo de distintas dimensiones de promoción, prevención, de cuidado curativo agudo, e incluso paliativo y de rehabilitación: “países como Noruega son ejemplo de cómo en algunos casos se puede casi que “co- ubicar” estos servicios en un solo accionar”.

Otro elemento que resulta interesante es el de la integración. “La integración horizontal tiene que estar suplida por una integración vertical de las distintas capas del sistema de atención de salud, para que la travesía del paciente de una etapa de atención primaria a atención especializada, al hospital y de vuelta a su hogar, sea un paso absolutamente natural y sin tropiezos, que sea un proceso informado y coordinado y no como algo fragmentado, como se experimenta tantas veces y en todas partes del mundo”.

Colombia debe apostarle a la APS

Juan José Rey, secretario de Salud de Bucaramanga, destaca cuatro elementos importantes para optimizar la coordinación y continuidad del cuidado de la salud desde la APS.

El primero es la intersectorialidad, y no solo en políticas públicas en salud, sino en una amplia gama de formulación de políticas en el ámbito social.

Un segundo elemento sustancial es la salud digital centrada en el ciudadano como una forma de aprovechar el desarrollo tecnológico, un ejemplo es el Observatorio de Salud Pública creado en Bucaramanga que incorpora información del entorno ciudadano para la toma de decisiones.

El tercer elemento son las RIAS, por su orientación familiar y comunitaria, tema que se ha ahogado en las turbulentas aguas de la economía de mercado, de la compraventa de servicios, etc. “Estas rutas nos dan una guía muy importante, pero tenemos que prodigarles un adecuado escenario administrativo y financiero. Hay que seguir desarrollando una batería de incentivos para que el talento humano que se desarrolla en estas rutas y que presta sus servicios, se sienta bien remunerado, dignamente tratado y podamos en eso avanzar”.

El cuarto elemento, es rescatar algo que se hacía muy bien hace 40 años y que se ha abandonado, la presencia de la figura comunitaria, especialmente con personas que tienen una vocación decidida a la salud pública.” Esas personas desde diferentes sectores y especialmente desde la academia, hay que entrenarlas, cualificarlas, darles un sitio en la comunidad, para que sean un factor de integración horizontal con las comunidades. Hay que rescatar la figura de Promotor de Salud Comunitario y darle el realce que se necesita en ella”.

El gran problema consiste en que la atención básica se convirtió en un gasto marginal, y el modelo curativo estaría ganando la batalla, y se está convirtiendo en hegemónico. “¿Entonces qué hacer para generar un balance? Tenemos que estudiar los costos y el gasto en salud que requiere esta atención básica, esta prestación de cuidado primario y privilegiarla. Hacer una agenda de cómo debe hacerse con calidad y con dignificación del talento humano; buscar la manera de que esos recursos se puedan hacer más eficientes utilizando tecnologías, ya que muchas de las rutas están hechas sobre la evidencia, podemos tecnificarlas e

incluso no tenemos que darle tanto protagonismo a los médicos, sino a los técnicos, a los tecnólogos, a las enfermeras, un protagonismo que permita aliviar los costos de ese sistema de atención básica”.



REALIDADES FINANCIERAS DEL ASEGURAMIENTO EN LA TRANSICIÓN DE GOBIERNOS

Tomado de Periódico El Pulso. *Jaime Alberto Peláez Quintero*

<http://www.periodicoelpulso.com/287-agosto-2022/monitoreo-1.php>

Al haber finalizado este cuatrienio de gobierno nacional y a manera de balance, es necesario evaluar tanto los logros como los pendientes. El nuevo Gobierno plantea profundos cambios, como un diseño estructural, ajustes institucionales del aseguramiento en salud, además de cambios en aspectos orgánicos y funcionales. Las cifras arrojadas en estos cuatro años evidencian algunos logros. Sin embargo, se demuestra un esquema de operación insostenible, caracterizado por estar altamente endeudado, sin cierre financiero, con alta siniestralidad, altos costos de intermediación en algunas aseguradoras en salud. Esto último relacionado con los volúmenes de ingresos recaudados por la vía de compensación y/o liquidación mensual de afiliados y a los resultados operativos obtenidos.

Este resultado del aseguramiento en salud es, ciertamente, la evidencia real y palmaria de una crisis postergada en el tiempo. Adicionalmente, las medidas de intervención también han generado efectos significativos y correlativos, lo que ha causado afectación en las finanzas de toda la cadena de agentes, y más cuando muchos de ellos no cuentan con las reservas e inversiones suficientes para proporcionar la atención oportuna y una facturación eficiente de los servicios prestados.

Es evidente que el sector se encuentra en crisis y reclama revisiones, ajustes que permitan inversiones sostenibles y mínimamente rentables, y sobre todo, que sean funcionales para los pacientes. Esto, se traduce también, en la necesidad de un esquema de operación que consulte las realidades económicas, las capacidades presupuestarias y los mandatos constitucionales que permitan el fortalecimiento de las decisiones y que, asimismo, puedan ser debatidas por la nación.

Ingresos billonarios, un contraste de costos y gastos: la esencia del debate y el defecto patrimonial

Entre 2018 y 2022, las EPS tuvieron ingresos operacionales por \$226.3 billones, con un costo asociado de producción de servicios de \$217.8 billones, para un resultado bruto de \$8.5 billones, es decir que la siniestralidad básica (relación costos ingresos), es del 96. 24.

A este resultado se le descontó \$15.2 billones de gastos de operación o de administración y logísticos, es decir, de un promedio anual de \$3.8 billones. El gasto administrativo en proporción del ingreso operacional promedio fue de 6.72 % (lo máximo autorizado es del 8 % régimen subsidiado y 10 % contributivo).

Una vez descontado de los ingresos operacionales, los costos de producción y los gastos administrativos, se tuvo un resultado negativo de operación de -\$6.6 billones, según esto es menester observar como una parte del gasto administrativo presenta un descalce significativo que hace que el sistema presente un resultado negativo neto. Para estas variables, la tendencia ha sido constante, excepto durante la pandemia, que implicó un descenso en atenciones y un aumento en ingresos para EPS.

Como consecuencia, se generó el debate estructural en el que se discute sobre la participación y contribución real que realizan las aseguradoras en salud y su valor agregado. En este punto, diferentes actores coinciden en la necesidad de compensar el gasto y los ingresos. Además de la gestión para disminuir los riesgos en salud y poder administrar eficientemente el riesgo financiero, también, de crear políticas que den garantía al paciente, y a su vez, conformar el acceso efectivo a la red de servicios basado en el criterio de calidad.

Los cálculos muestran que es casi inviable que el sector pueda funcionar financieramente con esos niveles de endeudamiento y con patrimonios negativos, ya que esto representa un riesgo real para la cadena de agentes de valor, por lo que es necesario la capitalización o lograr eficiencias técnicas.

RESULTADOS FINANCIEROS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD-EPS-AÑOS 2021 A 2018

Concepto	2018	2019	2020	2021	Totales 2021-2018	Variación 2021-2020
Ingresos Operacionales	48.186.549.045	52.438.997.415	58.702.230.223	66.936.810.409	226.264.587.092	14,03
Variación ing oper % costos	20,70	8,82	11,94	14,03		
Menos Costos	47.348.917.832	51.592.050.007	54.759.956.905	64.024.313.243	217.725.237.987	16,92
Variación Costos	21,15	8,96	6,14	16,92		
Resultado Bruta	837.631.213	846.947.408	3.942.273.318	2.912.497.166	8.539.349.105	-26,12
Margen Bruto	1,74	1,62	6,72	4,35	3,77	
Siniestralidad	98,26	98,38	93,28	95,65	96,23	
Menos Gasto Operacional	2.937.762.983	3.483.878.786	3.926.446.824	4.827.316.033	15.175.404.626	22,94
Resultado Operacional	-2.100.131.770	-2.636.931.378	15.826.494	-1.914.818.867	-6.636.055.521	-12198,82
Margen Operacional	-4,36	-5,03	0,03	-2,86	-2,93	
Gasto Administrativo/Ingresos Oper. %	6,10	6,64	6,69	7,21	6,71	
Otros Ingresos No Operacionales	1.101.499.823	1.337.695.621	1.081.295.729	1.471.772.378	4.992.263.551	36,11
Otros Gastos No Operacionales	225.616.925	468.104.151	511.984.360	67.482.758	1.273.188.194	-86,82
Resultado Neto	-1.224.248.872	-1.767.339.908	585.137.863	-510.529.247	-2.916.980.164	-187,25
Margen Neto	-2,54	-3,37	1,00	-0,76	-1,29	
AFILIADOEUCUACION CONTABLE						
Activos	17.621.442.521	22.011.166.665	22.710.161.513	34.397.258.288		51,46
Pasivos	21.697.767.466	27.451.828.484	24.424.944.851	34.668.529.495		41,94
Patrimonio	-4.076.324.945	-5.440.661.819	-1.714.783.338	-271.271.207		-84,18
Afiliados	45.036.492	45.718.609	47.388.995	48.518.893		2,38
Rentabilidad Operativa del Activo (U. Oper./Activos %)	-11,92	-11,98	0,07	-5,57		
Rentabilidad del Patrimonio (U. Neta./Patr %)	30,03	32,48	-34,12	188,20		
Endeudamiento (Pasivos/Activos %)	123,13	124,72	107,55	100,79		
Solvencia (Patrimonio/Activos)	-23,13	-24,72	-7,55	-0,79		
RESULTADO MEDIO UNITARIO POR AFILIADO						
Ingreso medio por usuario	1.069.945	1.146.995	1.238.731	1.379.603	1.208.818	
Costo medio por usuario	1.051.346	1.128.469	1.155.542	1.319.575	1.163.733	
Gasto medio usuario	65,231	76,203	82,856	99,494	80,946	
Relación ingreso costo y gasto medio	-46,632	-57,677	0,334	-39,465	-35,860	
% Gasto - Ingreso medio usuario (siniestralidad)	98,26	98,38	93,28	95,65	96,27	
% Costo y Gasto Medio usuario sobre ingresos (Siniestralidad)	104,36	105,03	99,97	102,86	103,06	
Siniestralidad total sin efecto pandemia por usuario					101,68	

Fuente: Catálogos Superintendencia Nacional de Salud 2021-2018. Cálculos: Jaime Alberto Példez Quintero, especialista en economía y finanzas de la salud, UPB.

Así entonces, una de las razones que permite explicar parte de los resultados, es que puede ser coyuntural o de corto plazo y está atada a capacidades, voluntades y recursos. En tanto, la segunda, que es estructural y de largo aliento, y en este caso estará supeditada a la efectividad de los planes, programas y proyectos, al modelo de gestión de riesgos efectivos, al conocimiento del mercado, pacientes y territorios (caracterización poblacional, perfiles y riesgos)

Los resultados financieros y económicos denotan una crisis real, dilatada y sostenida del sector, por cuanto lo logrado ha estado matizado por efectos económicos en aseguradoras, en prestadores y demás agentes que reclaman pagos oportunos y reales, y el desatrace de deudas billonarias que superan los \$22 billones (casi impagables), con un defecto patrimonial de \$2.9 billones, una siniestralidad del 103.06 %, con patrimonios negativos, pérdidas crecientes y recurrentes de EPS que solo en cuatro años fueron de \$2.9 billones. El debate será tan profundo como sensible.

