



Boletín Digital MGSS

Diciembre 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

Comité editorial:

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

Periodicidad

- Cuatrimestral



Retos del sistema de salud colombiano.

Los fines universales de los sistemas de salud se reflejan en mejor salud de las sociedades, mejor experiencia de los ciudadanos, centrado en las personas, mejor protección de los riesgos financieros, en un contexto de equidad del sistema de tal manera que reduzca la variación desigual del logro de los objetivos anteriores en los diferentes grupos de población y de eficiencia en la utilización de los recursos, interviniendo los determinantes sociales de la salud., en la búsqueda de metas sociales superiores de desarrollo económico, cohesión social y bienestar.

Algunos retos en la dimensión de la salud como componente del capital humano, serán los de reducir las brechas entre regiones y grupos poblacionales, en términos de resultados sanitarios, interviniendo los determinantes sociales de pobreza, salud y bienestar. Debemos lograr la incorporación de la salud en todas las políticas, de tal manera que los otros sectores del desarrollo adquieran conciencia de trabajar por los mejores resultados de salud concretando la intersectorialidad

En la dimensión de salud como sector económico, debemos ser garantes del acceso efectivo de la población a los servicios con calidad, equidad y eficiencia.

Nuestro sistema de salud es en la actualidad un sistema prioritariamente público en su financiación, que requiere de mayor participación ciudadana en su gobernanza, y un sistema mixto en la generación de recursos y prestación de servicios.

Debemos enfrentar las crisis sanitaria, económica, social, política y planetaria, fortaleciendo la salud en todas las políticas, garantizando el acceso efectivo al derecho de la salud, la justicia social y ambiental en el marco de un nuevo estado de bienestar, reduciendo las desigualdades sociales de la salud, universalizando el sistema y brindándole protección social sostenible, con adecuado financiamiento público para la salud y la protección social, con integración, solidaridad y cooperación, brindando soberanía sanitaria y fortaleciendo la rendición de cuentas.

Somos un país de territorios y regiones desiguales, lo que hace imperativo el fortalecimiento de la gobernanza, de la autoridad sanitaria, y el fortalecimiento de lo público a todo nivel, con especial énfasis en donde no haya interés en participar del sector privado

La garantía de la salud no debe depender de la capacidad de pago, sino de la ciudadanía. La academia tiene un papel importante en la construcción del nuevo sistema de salud



Diplomado en Formación de verificadores del cumplimiento de las condiciones para habilitación de Prestadores de servicios de Salud

NOTICIAS DE LA UNIVERSIDAD



INICIATIVA UDES COMPETITIVA

Iniciativa UDES Competitiva

Primera reunión pública de la iniciativa UDES Competitiva, proceso impulsado por la Rectoría General y Planeación Institucional. En el marco de esta iniciativa, se realizará un análisis estratégico del sector Educación y se definirá e implementará un plan de acciones concretas orientadas a mejorar el posicionamiento competitivo de la Universidad de Santander.

En el desarrollo de estas actividades, se buscará involucrar a los diferentes actores institucionales y sus procesos. Considerando la relevancia de su proceso, es esencial la participación de toda la comunidad académica para el buen desarrollo de la Iniciativa, que hace parte del programa de redefinición del Plan de Desarrollo Institucional. El evento será presencial para el campus Bucaramanga y virtual para los campus Valledupar y Cúcuta, tendrá una duración de 2 horas y finalizará con un diálogo entre las partes.

NOTICIAS DEL PROGRAMA.



DE INTERES GENERAL

Proceso de selección de aspirantes. Nos encontramos adelantando el proceso de selección de aspirantes a ingresar al programa académico de Maestría en Gestión de Servicios de Salud, que iniciará en el mes de marzo de 2023 con su cohorte número 15.

Graduandos 2022. Durante la vigencia de 2022 se han graduado 8 estudiantes de la maestría y se postularon 3 más para la ceremonia de grados de enero de 2023.

En el mes de noviembre participamos como panelistas del **Foro “Por una salud digna para tod@s. Pensar en la Salud Pública en Santander”** que contó con la presencia del Dr. Luis Alberto Martínez Saldarriaga, Viceministro de Protección Social, donde se deliberó sobre el papel de los hospitales públicos en el nuevo sistema de salud y se expusieron los lineamientos de la reforma del SGSSS.

Se realizó el **Diplomado de formación de Verificadores del Cumplimiento de Condiciones para la Habilitación de Prestadoras de Servicios de Salud** en unión de las especialidades de Gerencia de Instituciones de Salud y Gerencia de la Calidad y Auditoría en Servicios de Salud entre el 7 de octubre y el 10 de diciembre de 2022.

NOTICIAS DEL SECTOR SALUD

**APROBADO PROYECTO DE LEY QUE BUSCA LA DIGNIFICAR LA LABOR DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

Tomado de Consultorsalud

<https://consultorsalud.com/proyecto-busca-dignificar-talento-humano-salud/>

“El proyecto de ley No. 315 de 2022, que busca promover el respeto y dignificación laboral del talento humano en salud, fue aprobado en la Comisión Séptima del Senado con 11 votos a favor.

Norma Hurtado Sánchez, Representante a la Cámara y ponente del proyecto, afirmó que hoy existe una ley de talento humano en salud, pero nunca fue reglamentada debidamente. Recalcó que este acto legislativo usas las bases de esa ley para ponerlas en marcha.

De acuerdo con los datos del Registro Únicos Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), a corte de 30 de junio de 2020, hay 1.389.787 profesionales vinculados en todo el país.

En el documento radicado se resaltan los datos de la Encuesta de Situación Laboral de 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano evidenció que el 80% del talento humano en salud es contratado por prestación de servicios y más del 50% de las profesionales tuvieron problemas con el pago de su salario.

Además, la encuesta muestra que el principal problema es el retraso en los pagos, seguidos del no aumento de hora valor y la disminución de las condiciones laborales.

Como señala la ponente del proyecto, la mora en el pago a los profesionales en salud oscila entre los 30 a 90 días y para los especialistas entre 180 a 365 días. Principalmente, el adeudamiento es por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Por una parte, el proyecto propone contribuir a la dignificación y fortalecimiento propendiendo la formación, garantizado un pago “justo y oportuno”, además de crear una reglamentación que permita estos objetivos. “Pretendemos acabar con formas distintas de vinculación, que haya un régimen especial para estos derechos de los trabajadores”, resaltó la ponente.

“El Proyecto propone dignificar el talento humano brindándole condiciones salariales, prestacionales mínimas, garantizar el pago oportuno”, señaló la Senadora Hurtado.

Otro punto el proyecto es la vinculación de los actores o agentes del sistema de salud, ya sean públicos o privados, deberán ser de manera directa y se prohíbe cualquier otra forma de vinculación del talento humano. Solo serán permitidos contratos u órdenes de prestación de servicios a los profesionales en medicina con especialidad.

El pago para el talento humano en salud deberá realizarse en un plazo máximo de 10 hábiles y deberá ser prioritario sobre cualquier otro pago. Sin embargo, la ponente aclara que “no es fácil porque es una cadena de valores porque si la EPS no le paga a la IPS, la institución no puede pagar oportunamente”



MEJORAN O EMPEORAN LOS SERVICIOS DE LAS EPS?

Tomado de Consultorsalud.

https://consultorsalud.com/mejoran-o-empeoran-los-servicios-de-las-eps/?utm_campaign=CONSULTORSALUD%20BOLETINES&utm_content=Top%20de%20noticias%20del%20sector%20salud%20para%20ti%2C%20%5B%5Bfirst%5D%5D&utm_medium=email&utm_source=smart%20sol&utm_term=Tapabocas%20en%20transporte%20p%C3%BAblico%20sigue%20siendo%20obligatorio%3A%20Minsalud

“El análisis se nutre de las últimas dos encuestas contratadas de forma anual por el Ministerio de Salud, cuyo título específico es: “ESTUDIO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO 2022”, busca medir la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado.

¿Para qué el Minsalud hace la encuesta anual?

El Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS indaga la manera en que los usuarios perciben la EPS (Contributivo, Subsidiado) a la cual están afiliados. También permite establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca del desempeño y la calidad de las EPS, desde diferentes dimensiones.

La encuesta es un insumo para la evaluación de los actores del SGSSS, dentro del sistema de evaluación y calificación de actores SEA.

Revisemos primero los datos generales de ambas encuestas 2021 y 2022

Existe una amplia consistencia entre las dos encuestas como puede verse a continuación:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
EPS QUE PARTICIPARON	35	32
DEPARTAMENTOS	33	33
ENCUESTAS REALIZADAS	18.899	18.145
HOMBRES	38,90%	51%
MUJERES	61,10%	49%

Fuente: Consultor Salud 2022

Datos nuevos que incluye el Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS 2022

Una parte muy sensible es el detalle ampliado de las características demográficas y psicográficas de los afiliados y que documentan que la encuesta se aplicó a los habitantes de todo el territorio nacional, de todas las edades, regiones del país, niveles socioeconómicos y de las zonas urbanas y rurales: 1. 10 EPS del RC, 3 EPS Indígenas y 19 EPS del RS. 2. 25% de estrato 1, 37% en estrato 2, 20% en estrato 3. 3. 29% en menores de 19 años, 12% entre los 50 y 65 años. 4. 92% sin discapacidades. 8% negros y mulatos y 5% indígenas. 5. 46% solteros, 19% casados y 25% en unión libre.

Satisfacción general de los servicios de las EPS

Hay tres criterios claves que se evalúan: adherencia (recomendación), global (satisfacción) y acceso.

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
ADHERENCIA (RECOMENDACIÓN)	82,64%	78,90%
GLOBAL (SATISFACCIÓN)	78,70%	64,40%
ACCESO	62,20%	62,00%

Fuente: Consultor Salud 2022

Se deterioró un-3,74% la probabilidad que un usuario recomiende a otro la EPS a la cual está afiliado; tuvo un desplome del 14,3% la satisfacción global entendida como la experiencia que percibe el usuario al utilizar los servicios de la EPS y se mantuvo estable el problema histórico del acceso con un 38% de los afiliados con dificultades en el nivel de acceso a los servicios de salud que garantizan u ofrecen las EPS.

Días de espera en medicina general y odontología

Hay un impresionante repunte en la oportunidad de la asignación de estos dos servicios pasando la medicina de 22 días a 8,4, y en odontología de 10,8 días a 8,9. Vale la pena recordar que el indicador del año anterior estuvo impactado por la pandemia y el aislamiento obligatorio.

Servicios más usados en los últimos 6 meses

Se nota un crecimiento en el uso de los servicios de la siguiente manera:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
CONSULTA MEDICINA GENERAL	43,87%	73,00%
OTRA CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA (CARDIO, NEURO, ORTOPEDIA)	11,45%	19,00%
URGENCIAS	9,02%	SIN DATOS
ODONTOLOGIA	9,30%	57%
EXAMENES DE LABORATORIO	5,83%	54%

Fuente: Consultor Salud 2022

Satisfacción de los diferentes servicios

Los usuarios calificaron como bueno o muy bueno los servicios de salud recibidos en los últimos seis meses:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
TRATAMIENTOS ASISTIDOS		
QUIMIO-RADIO-DIALISIS	98,40%	62,00%
MEDICINA INTERNA	94,90%	77,00%
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		
AMBULATORIO	92,20%	76,00%
CONSULTA DE PEDIATRIA	89,40%	92%
URGENCIAS	89,10%	SIN DATOS
CITAS PRIORITARIAS	76,80%	72%
CARDIO - NEURO - ORTOPEDIA	74,80%	79%

Fuente: Consultor Salud 2022

Se desploma un 36,4% la satisfacción sobre los tratamientos asistidos de quimioterapia, radioterapia y diálisis; también cae un 17% la satisfacción de la consulta de medicina interna; El único servicio que escala en favorabilidad en esta lista corta es la consulta de pediatría que mejoró un 2,6%. Los tratamientos asistidos (radio-quimio-diálisis) en el RS cayeron hasta el 52% de satisfacción en el 2022 (en el RC están en el 69%).

Ítems nuevos en el Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS 2022

Aquí se pueden notar: canales utilizados para acceder a servicios de salud, el medio de transporte utilizado, la tenencia sistemas de atención preferencial en la EPS, la percepción calidad atención médica (OCDE), el canal utilizado para solicitar citas médicas, las razones de elección canal preferido para solicitar citas, la frecuencia de cancelación citas médicas y la utilización de recursos propios para cubrir servicios de salud.

Entrega de medicamentos

Veamos la comparativa en el tema de medicamentos, en donde se nota una sustancial mejoría en la entrega:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
LE ENTREGARON LOS MEDICAMENTOS	85,00%	94,00%
REQUIRIO AUTORIZACION	29,60%	38,00%

Fuente: Consultor Salud 2022

Nuevos criterios en 2022 “mecanismo para obtener medicamentos que no le entregaron o no le autorizaron:

¿CÓMO OBTUVO LOS MEDICAMENTOS QUE NO LE ENTREGARON O NO LE AUTORIZARON?



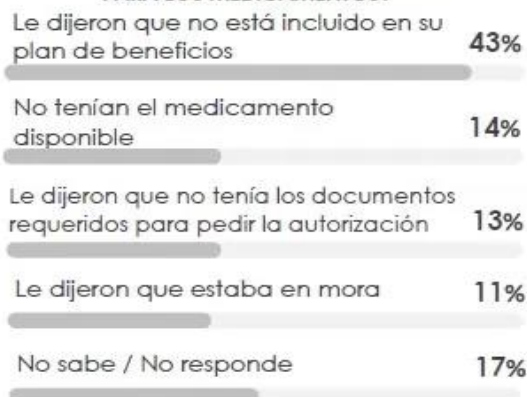
Base 5.389.017

	Contributivo	Subsidiado
Los compró por su cuenta	62%	70%
Nunca obtuvo los medicamentos	24%	18%
Le quedaron faltando algunos medicamentos	6%	6%
Se los entregaron todos con la segunda visita	4%	5%
Se los entregaron todos en diferentes días	4%	2%
Base	3.081.359	2.307.658

Fuente: Consultor Salud 2022

Y también se responden la pregunta de porque le negaron la autorización para los medicamentos:

¿POR QUÉ LE NEGARON LA AUTORIZACIÓN PARA LOS MEDICAMENTOS?



*Base 590685

	Contributivo	Subsidiado
Le dijeron que no está incluido en su plan de beneficios	43%	43%
No tenían el medicamento disponible	15%	12%
Le dijeron que no tenía los documentos requeridos para pedir la autorización	13%	11%
Le dijeron que estaba en mora	10%	11%
No sabe / No responde	17%	19%
*Base	384.620	206.065

Fuente: Consultor Salud 2022

Indicadores generales del desempeño de las EPS

- **Satisfacción general con los servicios de las EPS**

Podríamos decir que el resumen quedaría de la siguiente manera, al evaluar la satisfacción general, y que de entrada golpea el criterio de muy buen desempeño que cae 20% con relación al año anterior:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
MUY BUENA	36,10%	16,00%
BUENA	42,65%	49,00%
REGULA	15,11%	27,00%
MALA	2,78%	5,00%
MUY MALA	3,36%	3,00%

Fuente: Consultor Salud 2022

- **Satisfacción con el acceso a los servicios que garantizan las EPS**

Y para terminar, la facilidad en el acceso muestra el deterioro en la facilidad de acceder a los servicios, que en el ítem más importante “MUY FÁCIL” cae su puntaje un 10% con relación al año anterior:

DATOS	ENCUESTA 2021	ENCUESTA 2022
MUY FACIL	23,99%	14,00%
FACIL	38,24%	48,00%
NI FACIL NI DIFICIL	18,39%	28,00%
DIFICIL	12,53%	7,00%
MUY DIFICIL	6,85%	3,00%

Fuente: Consultor Salud 2022

El 16% de los afiliados estarían interesados en cambiarse de EPS y la principal razón es que hay demasiadas demoras para recibir los servicios (50%).

Las EPS preferidas para el cambio son en orden: Sanitas (27%), Nueva EPS (15%) y Sura (8%)

- **En que se destacó o no cada EPS:**

EPS Régimen Subsidiado

1. Citas prioritarias y cita no programada: mejor EPS SURA (90%) y peor EPS Cajacopi (46%)
2. Medicina general: mejor EPS Capresoca (95%) y peor EPS Convida (56%) (ya liquidada).
3. Medicina interna: mejor EPS Capital Salud (100%), y peor EPS Compensar (34%)
4. Cirugía general: mejor EPS Mutual Ser (100%) y peor EPS Ecoopsos (29%)
5. Terapias: mejor EPS Savia Salud (100%) y peor EPS Comfachoco (22%)

EPS de Naturaleza Indígena

1. Citas prioritarias y cita no programada: mejor EPS AIC (100%) y peor EPS Dusakawi 38%
2. Medicina general: mejor EPS Mallamás (85%) y peor EPS AIC (58%)

EPS régimen Contributivo

1. Citas prioritarias y cita no programada: mejor EPS Sanitas (82%) y peor EPS Famisanar (41%)
2. Medicina general: mejor EPS Sura (85%) y peor EPS Comfenalco Valle (60%)
3. Medicina interna: mejor EPS Coosalud (94%), y peor EPS Famisanar (70%)
4. Cirugía general: mejor EPS Compensar (99%) y peor EPS SOS (19%)
5. Terapias: mejor EPS Comfenalco Valle y Coosalud (100%) y peor EPS Compensar (46%)”



CENTER
FOR
GLOBAL
DEVELOPMENT

FALLAS EN EL MODELO DE ATENCION PREVENTIVO Y PREDICTIVO

Tomado de Michael R. Reich

Professor emerito 'Taro Takemi' en la Escuela Salud Publica T.H. Chan en la Universidad Harvard.

<https://www.cgdev.org/blog/cuatro-fallas-en-la-logica-del-modelo-de-salud-de-aracataca>

“A finales de octubre de este año, en Bogotá se realizó el Séptimo Simposio Global sobre Investigación de Sistemas de Salud. no hubo participación del Ministerio de Salud de Colombia.

Durante la semana del simposio, el presidente de Colombia anunció el nuevo modelo que servirá de base para reformar el sistema de salud nacional. El documento tiene el título “Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la Vida.”, en adelante “El Borrador”

Leído el documento identifiqué cuatro fallas fundamentales en la lógica de la propuesta presentada por el gobierno actual. Son fallas relacionadas con principios básicos de cómo se debe hacer una reforma sanitaria; principios aceptados en todo el mundo como “best practices.” Escribo esta nota basada en las experiencias y el libro (*Getting Health Reform Right*) de nuestro grupo en la Universidad de Harvard durante las últimas cuatro décadas en reformas de salud en muchas partes del mundo y con el motivo de ayudar a Colombia a fortalecer el proceso de reforma que ya está iniciando. Hacerlo mejor es posible. Pero se necesita afrontar cuatro fallas fundamentales en la lógica del primer paso de la reforma propuesta.

Falla Número Uno: Definición de los Problemas

En el método que en la Universidad de Harvard hemos construido sobre cómo hacer una reforma, se necesita empezar con una definición e identificación de los problemas en el desempeño del sistema de salud.

El Borrador incluye un listado de siete problemas, seis de ellos son problemas de mortalidad y el restante un problema de bajo peso al nacer. Estos son todos “resultados en salud”. Existen otros tipos de problemas de desempeño de un sistema de salud, no considerados como la satisfacción de la población respecto a cómo funciona el sistema y problemas en la protección contra gastos catastróficos y contra el empobrecimiento de los hogares cuando ocurra una crisis de salud. No se considera ninguno de estos dos tipos de problemas.

Incluye muchos datos relacionados con los problemas, pero no menciona de dónde vienen los datos; no hay referencias para verificar la veracidad o la confiabilidad de los mismos. Para decir que un problema es importante, se necesita una justificación que normalmente viene de una comparación con países similares, cuyo sistema socioeconómico es más o menos similar al sistema de Colombia. *El Borrador* usa una comparación frecuente con el promedio de una medida de la OCDE, cuando sería más apropiado hacer una comparación consistente con países de América Latina, como México, Chile, o Costa Rica (miembros OCDE). Sería apropiado incluir tablas con datos de países para los problemas enunciados, e incluir las experiencias de países (Brasil) que han usado una estrategia de equipos sanitarios para las familias en sus hogares. Permitiría objetivar los problemas y poner un punto de comparación que permita establecer un estándar.

Otro problema es la identificación de prioridades, por ejemplo, ¿cuáles son los más importantes, y por qué? ¿Cómo se sabe cuáles son las prioridades, y quién y cómo ha decidido las prioridades? Este proceso requiere una consideración de principios éticos explícitos, pero no hay discusión de prioridades o principios éticos.

Falla Número Dos: Diagnóstico de los Problemas

Un principio importante de una reforma sanitaria es el de hacer un diagnóstico, después de identificar los problemas más importantes en el desempeño del sistema de salud. El diagnóstico incluye un análisis de las raíces (las causas básicas) de cada problema de salud. ¿Por qué se presenta este problema como un resultado del funcionamiento del sistema de salud? ¿Cuáles son las causas que contribuyen a la ocurrencia del problema elegido? Hay muchos modos y métodos para analizar las causas y los factores determinantes de un problema pero se necesita un diagnóstico y un análisis explícito, que otra persona pueda explorar y confirmar.

Después del listado de siete problemas de salud, *El Borrador* menciona problemas adicionales del funcionamiento del sistema: (1) desigualdad en la oferta de servicios; (2) la crisis de los hospitales públicos y privados; (3) insuficiencia e inequidad en la distribución del personal de salud, así como inadecuadas condiciones laborales; (4) ineficiencias, (5) riesgos de corrupción, e insostenibilidad del sistema; (6) problemas de acceso; (7) carencia de un sistema único de información. Algunos son problemas de “inputs” en el sistema, otros en la distribución de recursos, y otros relacionados con eficiencia y acceso. No hay una lógica en este segundo listado de problemas, y no hay una explicación o es insuficiente en cuanto a de dónde vienen o en qué problemas de desempeño pueden resultar. Cada uno necesita un análisis explícito sobre las causas. Cada uno es un problema complejo, y cada uno necesita intervenciones complejas para mejorar la situación.

Esta etapa fundamental de hacer un Diagnóstico no existe. Sin un diagnóstico, no se puede saber las causas de los problemas identificados. Existe la posibilidad que el equipo del gobierno hiciera los diagnósticos requeridos y haya omitido mencionar esta etapa esencial, pero no hay modo, de evaluar o de entender esto.

Falla Número Tres: Selección de las Intervenciones

Para mejorar el desempeño de un sistema de salud es fundamental seleccionar las intervenciones apropiadas para solucionar las causas básicas de los problemas identificados. *El Borrador* tiene una solución principal para resolver gran parte de los problemas identificados en el desempeño del sistema de salud—los Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales (EMITs)—sin una explicación sobre cómo estos EMITs van a solucionar los siete problemas de salud en el listado y los siete problemas del funcionamiento del sistema. Es un ejemplo clásico de una solución seleccionada sin una conexión explícita y lógica con los problemas identificados, o un ejemplo del proceso equívoco de empezar por generar un producto y luego buscar un problema al cual se pueda dar solución con el producto. Esta es una falla inexcusable en *El Borrador*.

Los EMITs probablemente tienen la posibilidad de contribuir a mejorar la salud de los colombianos, pero no es claro como van a mejorar los siete problemas de salud en el listado y los siete problemas adicionales del funcionamiento del sistema; se necesita una explicación explícita para cada uno de los 14 problemas. Tampoco es claro cómo van a relacionarse los EMITs con el resto del sistema de salud.

Se describe un “Modelo de Atención en Salud Promocional, Preventivo y Predictivo.”, frase clave de la intervención, pero nunca se presenta una definición de qué se entiende por “predictivo”, ni cómo se puede usar el modelo para hacer una predicción. Normalmente, un modelo predictivo incluye una hipótesis explícita para probar o examinar, e incluye variables claras de dos tipos: variables independientes (por ejemplo, las intervenciones) y variables dependientes (por ejemplo, un problema para mejorar). *El Borrador* no incluye ni hipótesis explícita ni variables claras. Esta falla sugiere que el modelo no es predictivo. O que solo es predictivo en el sentido de crear una transformación caótica.

Falla Número Cuatro: Sistema de Evaluación

Otro principio importante en la implementación de una reforma sanitaria es el de planear una evaluación de los efectos de las intervenciones. *El Borrador* no explica bien el monitoreo o la evaluación de las intervenciones, ni habla claramente sobre quién va a hacerla, o cómo o cuándo lo hará.

Se menciona la evaluación de tecnologías y la evaluación de gerentes de hospitales, pero no incluye un plan de evaluación de las acciones en la propuesta, y cómo el gobierno puede contar con un sistema de evaluación de los cambios en la implementación para asegurar efectos positivos, tangibles y sostenibles.

Un modelo predictivo (en sentido estricto) debe ser un modelo que pueda ser evaluado, preferiblemente por personas externas al equipo de la reforma y al ministerio involucrado. *El Borrador* necesita una discusión de evaluación y otros dos conceptos básicos para una evaluación robusta: la transparencia en los procesos y los resultados, así como la rendición de cuentas cuando haya brechas entre los efectos esperados y los resultados observados.

En conclusión, espero que estos principios en la lógica de una reforma de un sistema de salud, y mis comentarios sobre las cuatro fallas fundamentales en *El Borrador* (Modelo de Salud Preventivo y Predictivo) base de la reforma propuesta en Aracataca, puedan ser útiles para fortalecer los esfuerzos de mejorar el

sistema de salud en Colombia y evitar que *El Borrador* de Aracataca se transforme solo en realismo mágico preventivo y en un modelo predictivo de fracaso.”



PRESUPUESTO EN SALUD EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE E IMPLEMENTACIÓN DE NUEVO MODELO

Tomado de Periódico El Pulso

<http://www.periodicoelpulso.com/290-noviembre-2022/monitoreo-1.php>

Por: Jaime Alberto Peláez Quintero, especialista en economía de la salud, UPB.

“Inicialmente, una de las principales peticiones es que la acción estatal pueda llegar a territorios donde ha existido una ausencia y sesgo en las atenciones. De darse esta implementación podría construirse un mejor escenario para los usuarios y para los diferentes actores del sistema, puesto que puede afianzar la contribución en términos de sostenibilidad y permitiría tener una mayor ganancia en salud.

Vale destacar que para la salud se aprobaron \$51.2 billones. Para el componente de aseguramiento en salud la suma sería de \$32.7 billones en 2023, mientras que en el 2022 fue de \$26.9 billones, esto significa un incremento de \$5.8 billones que en términos corrientes son del 21,6 %, lo que corresponde a un porcentaje de participación del PIB del 2,0 y 2,3 respectivamente. Asimismo, en el componente de Sistema General de Participaciones, la asignación presupuestaria fue de \$54.9 billones, lo que implica un aumento de \$5.4 billones; es decir, del 10,8 %.

De este valor anotado, el 24,5 % son para salud, el cual desglosa el 87 % en participaciones del régimen subsidiado, el 10 % para la salud pública y el 3 % para población pobre que no está cubierta con subsidios a la demanda -PPNA- (el cual fue modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019). A su vez, la salud tendrá recursos adicionales para destinarlos a inversión.

Las demandas por mayores recursos en atención al principio de progresividad pareciesen ser insuficientes, esto con relación a los efectos económicos que hemos venido presentando durante el último año, los altos costos originados por la inflación y las condiciones políticas y sociales que se han originado a nivel local e internacional. Dichos efectos han ocasionado una fuerte apreciación del dólar como tasa de cambio oficial y refugio de activos de inversionistas extranjeros que ven amenazadas sus inversiones y correlativamente en el ámbito interno con una devaluación que ya casi bordea el 27 %.

Además, de la alta inflación que golpea las finanzas de las familias colombianas, se suma la implementación de un modelo en el que se desconocen los nuevos costos. En cuanto al diseño de la propuesta del modelo de Salud Preventiva y Predictiva (se habla de \$5 billones), aunque la fuente de financiación anunciada sería de SGP y PBS (debería ser de UPC).

Fortalecimiento de la confianza en materia económica

Existe un margen para el fortalecimiento de la confianza de la agenda pública en materia macroeconómica, en especial en materia energética, la cual presenta un panorama diferente una vez que el gobierno nacional presente el borrador de lo que será el plan financiero de mediano plazo.

El borrador inicial del plan de reforma a la salud denominada Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque en atención primaria en salud, llamado Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales -EMIT, tiene como foco la atención primaria del grupo familiar que se soporta en un estructura conformada por un médico, un profesional en psicología; lo mismo que un profesional de enfermería, cinco a diez auxiliares de enfermería para atender por equipo entre 400 y 500 familias y para enfrentar la fragmentación de territorios dispersos se intenta corregir con equipos médicos que atenderá entre 30 y 60 familias. La clave de atención se dará por medio de Hospitales Públicos.

En cuanto al esquema de provisión, los equipos médicos estarán a su vez soportados por equipos complementarios que desplegarán actividades de gestión de riesgos individuales y colectivos (en el modelo

de competencia regulada están asignados para ser liderados por las EPS,) lo cual supone un cambio en el rol, su extinción, pareciera no tener explícitamente una función claramente asignada).

Esta propuesta del EMIT o de equipo médicos interdisciplinarios busca ser financiada con cargo al Plan Básico de Salud -PBS- (supone que el lector sería la Unidad de Pago por Capitación), lo mismo ocurriría con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud. Sobre este tópico es importante considerar que la asignación y aplicación de tales recursos fueron modificados a través de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo conocida como la Ley 1955 de 2019 en su artículo 233, por lo cual deberá observarse su dinámica en la modificación y aplicación.”



SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC.2023

Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Servicios%20y%20tecnologi%CC%81as%20de%20salud%20financiados%20con%20recursos%20de%20UPC.pdf

“Está para consulta ciudadana el Proyecto de resolución por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Objeto y ámbito de aplicación. La resolución tiene por objeto establecer los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que deberán ser garantizados por las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente. Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, prestadores de servicios de salud y demás actores y agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Anexos. La resolución contiene cuatro (4) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1: “LISTADO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC”; Anexo 2: “LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC”, Anexo 3: “LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC” y Anexo 4 “LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA.

Descripción de procedimientos financiados con recursos de la UPC. Los procedimientos incluidos en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas vigentes, se describen en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran financiados con recursos de la UPC los contenidos en los Anexos Nos. 2 y 3 del presente acto administrativo.

Anexo 2 “LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC”, se consideran incluidas en esta financiación, todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías contenidas en el mismo, salvo aquellas referidas como no financiadas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud. Parágrafo

Anexo 3 “LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC” .se describe en términos de subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). Así mismo el Ministerio de Salud acaba de presentar el proyecto de resolución que fija el precio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) 2023, tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

Crecimiento de la UPC en ambos regímenes para el año próximo: Para el año próximo, la UPC del régimen contributivo aumentaría un **16.22%** y la del régimen subsidiado un **12.22%**. Resulta fundamental contrastar este potencial incremento de las primas, con dos fenómenos: el primero es el crecimiento del Plan de beneficios en Salud, y lógicamente el resultado final de la inflación que para este momento esta sobre el 12,22. El incremento sugerido para la UPC del régimen subsidiado es exactamente igual a la inflación (12,22), como compensación de la menor capacidad de compra, pero ningún crecimiento efectivo para el 2023. Llama la atención que el proyecto de resolución elimina las referencias a la progresividad en la implementación y el porcentaje mínimo de asignación de la UPC para con la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal definida en el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018

UPC 2023 para el régimen contributivo crecería un 16.22% Según el proyecto de resolución, el valor anual asignado para la UPC 2023 del régimen contributivo y subsidiado sería de **1.289.246,40** y un valor diario de **\$3.581,24**.

Prima por concentración de riesgo en varias EPS por primera vez. La prima correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario será adicional a la prevista. Se asignará a la Nueva EPS un 4% extra (valor anual de \$1.340.816,40 y valor diario de (\$3.724,49), mientras que para Sanitas, Sura, Comfenalco Valle, Coosalud y Mutualser en 2% (valor anual \$1.315.029,60 y valor diario de \$3.652,86). La definición de la prima se da como resultado relativo de la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS, teniendo en cuenta la información de la BDUA con corte a septiembre 2022 y calculando la edad a 31 de diciembre del año de análisis.

El reconocimiento de licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo a los recursos que gestiona la ADRES. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS. Para el reconocimiento y pago de enfermedad de origen común, se ha fijado el 0,39% del Ingreso Base de Cotización, incluido el pago de las incapacidades superiores a los quinientos cuarenta (540) días continuos, a los afiliados cotizantes con derecho de las EPS.

UPC 2023-para el régimen subsidiado subiría un 12.22%, ¿será suficiente?

De acuerdo con el proyecto de resolución, el valor anual de la UPC 2023 para el régimen subsidiado quedaría en \$1.082.707,20 y un valor diario de \$3.007,52.”





