



**Mensaje del Director.
Reflexiones**

La conveniencia del Manual Tarifario

Con el propósito de controlar el gasto y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, se aprobó en la Cámara de Representantes, el artículo 69 del proyecto de ley 339 de Reforma a la Salud, sobre la autorización de pago de servicios de salud por parte de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES), administrar un régimen de tarifas y de formas de pago único para la prestación de servicios de salud, mediante un Manual Tarifario como instrumento de referencia de precios de las actividades, intervenciones y procedimientos en salud, ajustados al PBS y codificados de acuerdo a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Se propone que en el nuevo régimen de tarifas tenga un piso y un techo para incentivar la calidad y la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

Con este manual único, la función de las EPS de negociar las tarifas con los distintos prestadores de servicios pasaría a la ADRES, que tendría la responsabilidad de regular las tarifas de todos los servicios del sistema de salud.

Existe controversia con relación a que la ADRES como administradora del manual tarifario no racionalizaría los costos y tendría en su contra que el sistema de salud carece de un sistema de información unificado, que muestre cuáles prestadores tienen una estructura de costos más eficiente, para calcular mejor las tarifas y racionalizar centralmente el gasto. Las EPS, en cambio, tendrían a favor su propio sistema de información que le ha facilitado la negociación de tarifas hasta ahora.

Para algunos expertos sectoriales, el manual único, puede servir como punto de referencia para reducir asimetrías de información, generando datos públicos sobre precios de los servicios y evitando desviaciones de costos no justificadas, pero tendría efectos negativos al proponerlo como obligatorio para todos los actores del sistema.

La inconveniente, se daría al generar una asignación de recursos ineficientes a aquellos que prestan servicios de salud con calidad y recursos en exceso aquellos que prestan servicios deficientes generando incentivos perversos a los buenos prestadores. También se critica que la ADRES no cuenta con capacidad para hacer negociaciones ni lograr acuerdos con todos los actores que participan en los mercados de prestación de servicios de salud. Un escenario originado en falta de evidencia científica.

Para otros, es el cumplimiento de un anhelo que impediría negociaciones dominantes que aun hoy acuden a tarifas ISS menos algún nivel de porcentaje, a más de 5 lustros de su creación, aun cuando la UPC se incrementa anualmente.

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



Cohorte XV Verificadores SUH

NOTICIAS DE LA UNIVERSIDAD

**ABIERTAS LAS INSCRIPCIONES PARA ESTUDIAR EN LA UDES EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2024**

Tomado de: UDES.

<https://bucaramanga.udes.edu.co/comunicaciones/noticias/ya-estan-abiertas-las-inscripciones-para-estudiar-en-la-udes-en-el-primer-semester-de-2024>

Se iniciaron las inscripciones del semestre académico 2024-A para los programas de tecnología, pregrados y posgrados de la Universidad de Santander (UDES) en los campus Bucaramanga, Cúcuta y Valledupar. La inscripción para los campus Bucaramanga y Cúcuta es gratuita, excepto para los programas pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud.

**UDES REALIZÓ ENCUENTROS CON SUS 'GRUPOS DE ESTRATEGIA' PARA DISCUTIR SOBRE EL FUTURO INSTITUCIONAL**

Tomado de: UDES.

<https://bucaramanga.udes.edu.co/planeacion-institucional/noticias/udes-realizo-encuentros-con-sus-grupos-de-estrategia-para-discutir-sobre-el-futuro-institucional>

La oficina de Planeación Institucional de la Universidad de Santander (UDES), campus Bucaramanga, desarrolló jornadas de reflexión y diálogo durante las mesas de trabajo denominadas 'Grupos de estrategia'. En estos encuentros, líderes y miembros de la comunidad académica, se reunieron para abordar los desafíos y mecanismos cruciales que serán clave en la actualización de la estrategia y el Plan de Desarrollo Institucional.

El propósito principal de estas mesas de trabajo fue abrir un espacio de discusión centrado en los retos y las tácticas que se implementarán para alcanzar los objetivos de la estrategia institucional.

La participación activa de la comunidad académica fue esencial, ya que contribuyó significativamente a la estructuración del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028, fomentando así un sentido de pertenencia colectiva hacia el futuro de la institución.

De este modo, los 'Grupos de Estrategia' se organizaron en diversas áreas temáticas, tales como personalización, tecnología, emprendimiento, gobernanza y comunicaciones. Un total de 55 líderes representando las tres sedes de la UDES y diversas oficinas de los campus participaron activamente en estas sesiones estratégicas.

Por su parte, Diego Martínez, jefe de Transformación y Alineación Estratégica, destacó que las acciones principales se centrarán en la introducción de flexibilidad curricular, académica y administrativa en los programas y procesos de la Universidad. Esto permitirá ofrecer a los estudiantes diversas rutas para navegar en su plan de estudios, adaptándose a sus necesidades individuales.

Adicionalmente, subrayó la importancia de la integración de tecnologías tangibles e intangibles no solo en el proceso de enseñanza, sino en todos los aspectos de la institución. El objetivo es proporcionar a los estudiantes una experiencia tecnológica integral que enriquezca su aprendizaje.

Finalmente, Martínez agregó que las acciones resultantes de estas sesiones estratégicas, se expondrán públicamente durante la segunda semana del mes de febrero de 2024. En esta exposición, se detallará el plan de trabajo que se llevará a cabo en cada uno de los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo, que regirá el rumbo de la UDES desde el 2024 hasta el 2028.

NOTICIAS DEL PROGRAMA.



COHORTE XV DEL DIPLOMADO EN FORMACIÓN DE VERIFICADORES PARA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA UDES

El pasado 11 de noviembre, en la Universidad de Santander (UDES) concluyó con éxito la cohorte XV del Diplomado en Formación de Verificadores para el Cumplimiento de Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, avalado por el Ministerio de Salud.

Este curso, dirigido a profesionales externos, graduados y estudiantes de último semestre en disciplinas relacionadas con la habilitación y prestación de servicios de salud, responde a la necesidad de capacitar a los diversos actores del sector de la salud.

El diplomado ofrece una formación esencial para que estas instituciones y profesionales puedan cumplir con los criterios de evaluación, incluyendo capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica, manteniéndose en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Así las cosas, esta iniciativa tiene como objetivo principal formar integralmente a profesionales como verificadores del cumplimiento de condiciones y estándares de habilitación, siguiendo las obligaciones normativas, competencias y lineamientos establecidos por Gobierno Nacional

INSCRIPCIONES COHORTE 17.

Se encuentran abiertas las inscripciones para el inicio de la cohorte 17 del programa, en el primer semestre de 2024.

SUSPENSIÓN Y REPROGRAMACIÓN MOVILIDAD ESTUDIANTIL Y DOCENTE A PANAMÁ

Debido a la situación en la República de Panamá lamentablemente, al no garantizarse la tranquilidad, movilidad y seguridad de los visitantes, así como el acceso a las instituciones públicas de salud, como resultado de la perturbación del orden público, derivado de la suscripción del contrato minero entre el Estado y la minera canadiense First Quantum Minerals, aprobado por la Asamblea Nacional de Panamá, se hizo necesario reprogramar para el mes de febrero de 2024 la movilidad estudiantil y docente, una vez realizado fallo por las Cortes en el sentido de anular el contrato de la referencia

NOTICIAS DEL SECTOR SALUD



Tomado de Consultorsalud. **Carlos Felipe Muñoz**

<https://consultorsalud.com/texto-definitivo-aprobado-reforma-a-la-salud-segundo-debate-camara-de-representantes/>

Aspectos de Importancia

Veamos algunos de los artículos más importantes:

Aseguramiento Social

El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutoria e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

Centros de Atención Primaria en Salud CAPS

El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta. Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria.

Funciones de los CAPS

- Adscripción poblacional
- Prestación de servicios de salud
- Administración y atención al ciudadano
- Gestión intersectorial y participación social
- Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida

Servicios Farmacéuticos

Todos los servicios farmacéuticos y establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud, hacen parte del Sistema de Salud. El Estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional.

De acuerdo con la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo, las condiciones esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, suficiencia patrimonial y la capacidad técnica administrativa.

El artículo 42 sobre la selección del director de las ISE fue negado.

Transformación de las EPS

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones

de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

1. Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES.
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de EGVS, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo de tiempo que permanezca como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo.
4. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RIIS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.
8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.
9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Artículo Transitorio para las EPS

Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para

operar en alguno de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.
2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Funciones de la ADRES

1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud -FONSAET.
3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.
4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen_
5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley.
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.
7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto deberá contratar las auditorías integrales que corresponda.
8. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
10. Otras

Servicios Sociales Complementarios en Salud

Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Entre otros, son servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, su fuente para financiarlos y su cobertura poblacional, geográfica de servicios, priorizando los departamentos que presenten altos índices de pobreza multidimensional

Gestión de cuentas por prestación de servicios

Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, el cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario contados a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría.

Unidad de Pago por Capitación

El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años.

1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria Integral en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria Integral en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.

2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Acuerdos de Voluntades

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISS, que les habilita para hacer parte de las redes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS-gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud, así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud -ADRES-como pagador único, lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población.



CUANDO LA MUERTE ES EVITABLE. INFORME 15, ONS

Tomado de: Observatorio Nacional de Salud

El informe 15 del Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional (INS) reveló que la mitad (50%) de todas las defunciones registradas en Colombia entre 1979 y 2021 podrían haberse evitado mediante la implementación de políticas públicas efectivas. De hecho, el 39% de estas muertes prevenibles podrían haberse eludido con una atención sanitaria oportuna y de calidad, señalando así deficiencias en el sistema sanitario del país.

Al analizar detalladamente este dato, los especialistas determinaron que, por cada fallecimiento imputable al sistema de salud, se registran 1.6 defunciones adicionales atribuibles a otras medidas de políticas públicas. Asimismo, el 20% de la mortalidad prevenible mediante políticas públicas está relacionada con casos de violencia y suicidio, seguidos de cerca por las [enfermedades cardiovasculares](#), que constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en Colombia, así como en otros países del mundo.

Dicho en otras palabras: durante el periodo de referencia, Colombia reportó un total de 7'993.591 muertes. De estas, 4'132.013, el 50,7% del total, correspondió a causas clasificadas como evitables. Y si bien ha tenido fluctuaciones, se ha observado un descenso sostenido desde 2020, tendencia que modificó la pandemia por covid-19. "Las muertes evitables por políticas públicas, al inicio del periodo, llegó al 64,7%, mientras que para 2019 fue de 40,3%", cabe mencionar que en posteriores análisis, la OCDE integró al covid-19 en la lista de criterios de muertes evitables.

Los años 2020 y 2021 incluyen como evitables todas las muertes por COVID-19 en menores de 75 años. Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE.

Según la información recopilada y analizada, la mayor proporción de fallecimientos prevenibles se atribuyó a los grupos de enfermedades no transmisibles (38.8%) y lesiones de causa externa (29.8%). Entre estas últimas, destacan las muertes causadas por lesiones autoinfligidas (suicidio) y violencia interpersonal, representando el 19.9% del total (820,627 muertes).

Las enfermedades cardiovasculares contribuyeron con el 18.4% (760,532 muertes), mientras que las neoplasias representaron el 8.5% (349,445 muertes). En los años 2020 y 2021, la proporción de fallecimientos atribuibles a la COVID-19 desplazó a los eventos no transmisibles y las lesiones de causa externa dentro del grupo de muertes evitables.

¿Y las muertes evitables por falencias del sistema de salud? Estos fueron los hallazgos:

Con respecto a las muertes evitables, pero atribuibles a fallos del sistema de salud se encontró que: *“las mayores proporciones de muertes evitables correspondieron a: enfermedad isquémica cardiaca (31,5%), desórdenes neonatales (13,4%, 211.715), enfermedad cerebrovascular (12,8%), enfermedades diarreicas (4,5%, 70.232), cáncer de seno (3,9%), cáncer de colon y recto (3,5%), cáncer de cuello uterino 3,2%, enfermedad renal crónica (3,4%, 53.438), tuberculosis (2,9%, 46.298) y enfermedades digestivas (2,9%,45.644)”*.

A nivel general, el INS indica que **por cada muerte evitable atribuible al sistema de salud hay 1,6 muertes adicionales atribuibles a otras políticas públicas.**

Recomendaciones específicas entregadas por el INS para reducir las muertes evitables por fallos en el sistema:

Pese a que el informe entrega una serie de recomendaciones generales, también las delimita para cada una de las áreas evaluadas. Para el caso de las ME por fallos en el sistema de salud, las sugerencias fueron:

- Las autoridades sanitarias nacionales y locales deben implementar sistemas de monitoreo de la mortalidad evitable, lo cual es relevante para hacer el seguimiento del impacto de las políticas de salud pública y la calidad de la atención sanitaria en la salud de la población e identificar posibles áreas de mejora.
- La comisión intersectorial en salud pública debe incorporar en su agenda de trabajo el seguimiento de la dimensión de evitabilidad de los desenlaces mortales en sus análisis de desigualdades y búsqueda del logro de la equidad sanitaria.
- Se debe mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud con enfoque preventivos y de promoción de la salud, cuyos efectos se verán en el mediano plazo, pero garantizando la atención curativa y paliativa de las patologías en curso de aparición o ya instauradas o diagnosticadas.
- Dentro de los análisis de situación en salud (ASIS) que se realizan periódicamente por parte de las entidades territoriales, es necesario incorporar indicadores de ME atribuible a los servicios de salud que permita tener un seguimiento del impacto de las intervenciones implementadas como es atención médica.



FELIZ
Navidad

*Termina un nuevo año de colaboración, desafíos, éxitos y aprendizajes.
Gracias por hacer parte de este equipo.*

