



Diciembre de 2019.

## Mensaje editorial

### En este número

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

### Comité editorial:

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

### Periodicidad

- Cuatrimestral

### RECTORIA Y GOBERNANZA EN SALUD

Renovando nuestra disposición a servir de espacio de deliberación sobre la gestión de los servicios de salud, los invitamos a una reflexión sobre la rectoría y gobernanza del sistema de salud colombiano.

El término 'rectoría' se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. Por 'gobernanza' se entienden los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud

La Rectoría Sectorial de Salud es una función propia del Estado, y se ejerce a través del Ministerio de Salud y Protección Social, que es la Autoridad de Salud Nacional (ASN). Tiene tres funciones exclusivas de la ASN: (a) conducción sectorial, (b) regulación y fiscalización, y (c) medición de la función esencial de la Salud Pública; y tres funciones compartidas con la Autoridad de Salud de nivel regional: (d) armonización de la provisión de servicios, (e) modulación del financiamiento y (f) garantía del aseguramiento en Salud. Es un medio para asumir responsabilidad por la salud de la población y la defensa de este bien público.

La rectoría de las autoridades de salud ha conducido los procesos de cambio de la gobernanza del sistema de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud.

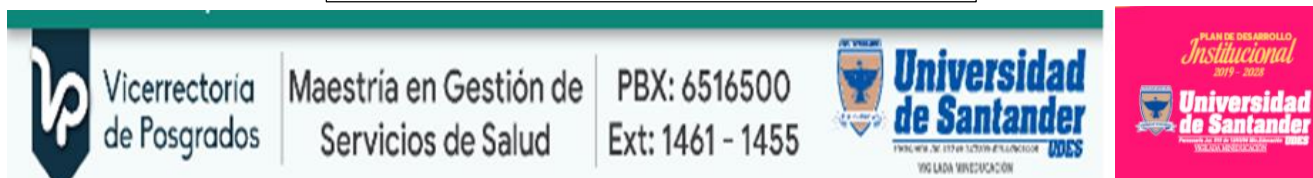
En conclusión, el ejercicio de rectoría de las autoridades de salud es una condición necesaria para fortalecer la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías que modelan el sector

A la familia ampliada universitaria, nuestros mejores deseos por el disfrute de unas festividades de fin de año en paz y alegría y unas merecidas vacaciones.



## Noticias de la Universidad

### PLANEACION ACADEMICA VICERRECTORÍA DE POSGRADOS 2020 A



En coherencia con el Plan de Desarrollo Institucional 2019-2028, “La calidad un compromiso de todos”, la Vicerrectoría de Posgrados presenta su PLANEACIÓN ACADÉMICA 2020 A, determinando las apuestas estratégicas para cada eje estratégico del Plan.

#### EJE ESTRATÉGICO 1: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD ACADÉMICA

**Apuestas estratégicas:** La calidad del profesorado; La transformación curricular; La disminución de la deserción estudiantil; El uso apropiado de los Recursos Educativos

#### EJE ESTRATÉGICO 2: FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y LA INNOVACIÓN.

**Apuestas estratégicas:** Fortalecer la capacidad de investigación de la universidad; Fomentar la investigación de los estudiantes; Visibilizar el impacto de la investigación; Fomentar los proyectos de investigación por medio de convocatorias internas y externas e incentivar la participación en convocatorias externas.

#### EJE ESTRATÉGICO 3: CONSOLIDAR LA RELACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CON EL ENTORNO

**Apuestas estratégicas:** Educación Continua; Emprendimiento, creatividad e innovación; Relacionamiento con Graduados

#### EJE ESTRATÉGICO 4: INCORPORACIÓN DE TIC EN PROCESOS INSTITUCIONALES

**Apuestas estratégicas:** Recursos tecnológicos como apoyo a la gestión institucional; Gestión en tecnología informática como apoyo a la academia

#### EJE ESTRATÉGICO 5: VISIBILIDAD REGIONAL, NACIONAL E INTERNACIONAL

**Apuestas estratégicas:** Fortalecimiento de las capacidades institucionales para la internacionalización de la UDES; Promover la visibilidad regional, nacional e internacional de la UDES y sus funciones sustantivas; Fomento de la movilidad de internacionalización en doble vía de la UDES; Investigación con impacto internacional

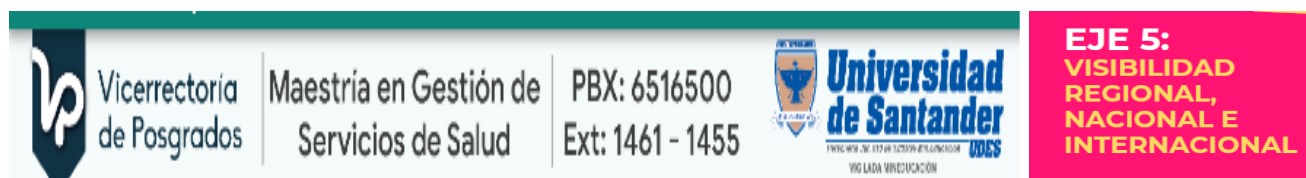
#### EJE ESTRATÉGICO 6: GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA

**Apuestas estratégicas:** Aseguramiento de la sostenibilidad financiera de la Universidad; Buen gobierno Universitario; Administración universitaria de apoyo a la academia

Sobre estas apuestas, se construyó la propuesta programática que concentra recursos, trabajo y conocimiento, y orienta y fija el rumbo de la Vicerrectoría, para enfrentar retos y oportunidades en la búsqueda de adaptarse a unas tendencias como un camino obligado a seguir en su dinámica con el sector empresarial, gubernamental y académico que se han de evidenciar en sus procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación y proyección social.

## Noticias del Programa

### MOVILIDAD ESTUDIANTIL INTERNACIONAL SALIENTE



En desarrollo del eje estratégico de internacionalización y en la línea de movilidad docente y estudiantil del Plan de Desarrollo Institucional, la Vicerrectoría de Posgrados y el programa Académico de maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Santander UDES programa desarrollar un Seminario Internacional de Gestión de Ciencia, tecnología e innovación en salud, con la Universidad de Sevilla, y realizar visitas técnicas a la Secretaria General de Investigación, para observar el nivel de desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, al Servicio Andaluz De Salud, y al Hospital Universitario Virgen del Rocío para conocer las novedades en IDI en salud, y su Modelo de atención Integral centrado en la persona, durante el mes de septiembre de 2020. Constituye una importante herramienta tendiente a aumentar el conocimiento teórico e incorporación de nuevas metodologías, conceptos y formas de trabajo, dentro del contexto de los sistemas comparados de salud y mejores prácticas. Sera un aporte fundamental al proceso de cambio del modelo de atención de salud, contribuyendo al proceso de internacionalización del programa, y en concordancia con los planes de mejoramiento de la maestría. Oportunamente les daremos a conocer aspectos específicos del desarrollo de esta actividad que tendrá validez en asignaturas de tipo electivo del plan de estudios del programa

#### RECORDATORIOS:

1. **Valor matrícula 2020:** \$ 8.009.900
2. **Bienvenida:**

Damos la bienvenida a la cohorte 11 de la maestría, que inicio actividades en el mes de noviembre de 2019.

## Noticias del Sector salud



### SE ACABA EL PLAN DE BENEFICIOS FINANCIACIÓN DE TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UPC PARA EL 2020

El Plan de Beneficios de Salud dejará de existir a partir del primero (1) de enero de 2020, debido a que la nueva resolución simplemente actualiza la financiación de las tecnologías eliminando el concepto plan de beneficios que tantos años nos acompañó, y acercándose cada vez más al cumplimiento de la ley estatutaria de salud que requiere un plan implícito de salud ahora protección colectiva), y el adoptar como referente la lista negativa de exclusiones.

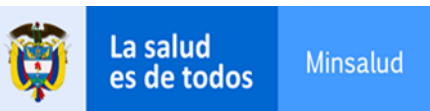
El borrador de resolución actualiza integralmente la financiación de las Tecnologías en Salud y los Servicios con recursos de la UPC, como mecanismo de protección colectiva, y establece las Tecnologías en Salud y los Servicios que deberán ser garantizados por las EPS o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Las Tecnologías en Salud y los Servicios que se financian con recursos de la UPC requieren para dicha financiación, haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), o análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de GPC, adoptadas por el MSPS, así como otros análisis que se consideren necesarios y la toma de decisión por parte de la autoridad competente

Contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio: Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”; Anexo 2 “Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC” y Anexo 3 “Listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC”.

Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías en salud del acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiadas con dichos recursos aquellas tecnologías y servicios que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS, señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015.
6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.
7. Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento al procedimiento técnico-científico descrito en la resolución 330 de 2017.



**RESOLUCIÓN 3100 DE 2019**  
**NUEVA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REPS**

Se expidió la resolución 3100 de 2019, que reemplaza la resolución 2003 de 2014, y define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Establece como exceptuados los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, las entidades que presten servicios de salud

pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción, salvo que voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el SGSSS.

Deben cumplir las siguientes condiciones: Capacidad técnico-administrativa. Suficiencia patrimonial y financiera y Capacidad tecnológica y científica.

La inscripción inicial de cada prestador de servicios de salud en el REPS tendrá una vigencia de cuatro (4) años contados a partir de la fecha en que la secretaría de salud departamental o distrital, haya realizado la inscripción del prestador conforme.

Podrá ser renovada por el término de un (1) año siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y esta sea declarada en el REPS durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento.

Define las visitas de verificación previa en los siguientes casos:

1. Habilitar nuevos servicios oncológicos, de urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, esta visita se realiza por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
2. Inscribir una nueva IPS; esta visita se realiza por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de las condiciones definidas en el numeral 8.4 del artículo 8 de la resolución.
3. Cambiar la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad; esta visita se realizará por parte de la secretaría de salud departamental o distrital. El servicio continuará prestándose en la complejidad inicial hasta tanto sea habilitado en alta complejidad.

*Ordena que las Secretarías de Salud no pueden exigir requisitos diferentes a lo establecido en la resolución 3100 de 2019*

Establece el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud como el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del SGSSS. El PSS que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

Tiene por objeto definir:

1. Los servicios de salud que pueden ofertar y prestar los PSS.
2. Las condiciones que se deben verificar para la habilitación de servicios de salud.
3. Los estándares, criterios, modalidades y complejidades para la habilitación de servicios de salud en Colombia.

El Manual comprende once (11) temas. El numeral uno (1) contiene la estructura de los servicios de salud determinando su taxonomía; el dos (2) orienta sobre las especificidades de la prestación de los servicios de salud en la modalidad extramural. el tres (3) sobre las especificidades de la prestación de los servicios de salud en la modalidad de telemedicina y el cuatro (4) define los principales conceptos dentro de la norma desde aquellos que son transversales hasta los específicas por estándar. El numeral cinco (5) establece las condiciones para la prestación de servicios de salud con apoyo de organismos de cooperación y el numeral seis (6) describe la prestación de servicios en situaciones de emergencia. A su vez la definición, alcance y objeto de los prestadores de servicios de salud se desarrolla en el numeral siete (7). El numeral ocho (8) establece las condiciones técnico administrativas, de suficiencia patrimonial y financiera y las tecnológicas y científicas que son los pilares fundamentales de cumplimiento dentro del SUH. El numeral nueve (9) detalla el paso a paso para la inscripción de los PSS y determina el procedimiento que se cumple para la verificación de las condiciones de habilitación de servicios, estableciendo las responsabilidades del MSPS, las secretarías de salud departamental o distrital, y los PSS. El numeral diez (10) define las novedades para los PSS, la sede, los servicios de salud, su capacidad instalada; así como su alcance y requisitos.

El numeral once (11) describe los estándares y criterios aplicables de manera transversal y diferenciada a todos los servicios de salud y continúa con el desarrollo específico por cada servicio. Las características descritas en el manual se reflejan en la estructura del REPSS.



### NUEVOS VMR – RESOLUCION NO. 3078 DE 2019

Los elementos básicos sobre los cuales surge la necesidad de plantear un valor máximo de recobro para los servicios y tecnología no financiados con cargo a la UPC son: i) La sostenibilidad del SGSSS y ii) la dispersión injustificada de los valores cobrados a la ADRES, por Unidad Mínima de Concertación contenida en los medicamentos no financiados con recursos de la UPC.

La Ley 1940 de 2018 decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019, y dispone en el artículo 146 que *“Con cargo a los recursos apropiados por la ADRES, no se podrán hacer reconocimientos y pagos para los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios superiores a los valores o techos que establezca el MSPS, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados al menos en los 3 últimos años de los que se disponga información (. ..)”*.

La Resolución 1019 de 2019, se definió el listado de grupos relevantes con sus valores máximos de recobro/cobro para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, con base en la información de la base de datos estandarizada reportada por la ADRES.

La resolución 3078 de 2019 adiciona el listado de grupos relevantes con sus Valores Máximos de Recobro/cobro para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, al listado definido en la Resolución 1019 de 2019, aplicando la metodología prevista en la Resolución 243 de 2019, modificada por la Resolución 738 de 2019, actualmente vigente.

Los valores máximos de recobro/cobro descritos en el anexo técnico de la resolución, aplicarán para los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, prescritos a partir de entrada en vigencia del presente acto administrativo.



### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA.

El Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (IFC), en conjunto con el MSPS, presentaron el informe: Evaluación de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia. Reúne los hallazgos en la prestación del servicio tanto en el ámbito público como privado haciendo un análisis detallado del estado de la calidad de la atención, así como de las estrategias, políticas y regulaciones relacionadas con la sostenibilidad financiera en el sector de la salud.

Recopila cómo se encuentra el sistema de salud colombiano, arroja resultados que parecen mostrar un panorama alentador para el sistema. Muestra que Colombia prácticamente ha alcanzado cobertura universal de salud y también ha tenido un progreso importante en la promoción de una agenda de calidad en el sistema de atención en salud.

Surgen muchas dudas, aunque refleja un panorama positivo, la realidad llega a ser inquietante.

Es importante anotar que el gobierno de Colombia respaldó las recomendaciones emanadas del informe. Estas incluyen acciones que deben adelantar el gobierno, las compañías de seguros de salud, las autoridades locales de salud y los prestadores de atención en salud con el fin de:

- Desarrollar y poner en marcha un modelo integral de atención focalizado en la atención primaria en salud para apoyar la gestión de las personas con enfermedades crónicas.
- Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y de contratación para incentivar la calidad.
- Fortalecer la capacidad de mejoramiento continuado de la calidad en el sector salud mediante el entrenamiento, campañas sobre la calidad y comunidades de práctica.
- Mejorar el rigor y el uso de la información sobre calidad para estimular la elección del paciente y la evaluación comparativa de los prestadores de servicios médicos.
- Fortalecer las políticas y regulaciones sobre calidad: altos estándares de certificación, acreditación de hospitales de baja complejidad, asignaturas comunes para futuros profesionales de la salud, reforma de la educación continuada, estrategias para mejorar la calidad en las áreas rurales, incluyendo la telemedicina. Finalmente, el documento concluye invitando a todos los actores del sistema de salud a implementar las recomendaciones realizadas en este documento de 130 páginas. Además, menciona que para lograr la implementación de estas apreciaciones es necesario una variedad de cambios a nivel de políticas y regulación que están actualmente en estudio, así como iniciativas para el cambio comportamental y cultural del sistema.

En este sentido, se requiere, entonces, acciones para desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención en salud.



**PRESUPUESTOS MÁXIMOS Y EL FUTURO DEL  
SISTEMA DE SALUD Y SUS ACTORES**

Lo que hoy se conoce como NO PBS tendría su final en dos (2) años, gracias al Presupuesto Máximo. El cambio más importante que está experimentando la operación del sistema de salud, es la inmediata adopción del mecanismo de “**Presupuestos Máximos – PM**” conocidos popularmente como “techos”, que pretende impactar el flujo de recursos en los actores y la sostenibilidad del modelo, y cuyo destino final es la unificación del Plan de Beneficios con los servicios NO PBS.

**FLUJO DE RECURSOS EN EL PRESUPUESTO MAXIMO**

Las EPS financian el pago de los servicios NO PBS, “prestando” recursos del aseguramiento (UPC) asignados al Plan de Beneficios (PB), que son tardíamente reconocidos (e incompletamente adicionaría sin duda alguna), por el Estado en su forma sectorial hasta 1.5 años después. La incorporación del concepto **Presupuesto Máximo (PM)** tendría una operación muy similar a la actual Unidad de Pago por Capitación (UPC). El artículo contenido en el Plan Nacional de Desarrollo desata esta interpretación, al entregarle a las EPS la responsabilidad de “**gestionar**” las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC (NO PBS), generando un paralelismo indiscutible con la misma atribución referente al Plan de Beneficios (PB).

Podríamos entender que, en el futuro, cuando se predique sobre UPC, se entenderá amplificado a Presupuestos Máximos.

**SOSTENIBILIDAD CON EL PRESUPUESTO MAXIMO**

El cimiento fundamental de la sostenibilidad de este mecanismo, son los Valores Máximos de Recobro (VMR). Desde esta perspectiva (VMR), se reduce toda la variabilidad del gasto por servicios NO PBS, hecho que es indispensable para poder dar el futuro salto del Presupuesto Máximo (PM) a la UPC (aquí ya empiezo a mostrar un poco el final del camino).

El VMR se plantea entonces como un instrumento reglamentario y transitorio (si, transitorio), cuyo propósito central es no pagar todas las ineficiencias actuales en la compra de tecnologías NO PBS.

## TRANSITORIEDAD DEL PRESUPUESTO MAXIMO

Creo que la perspectiva de transitoriedad del **Presupuesto Máximo (PM)** debe conducirnos a la UPC, y el Ministerio probablemente esté pensando que recorrer el camino puede llevarnos dos (2) años; CONSULTORSALUD cree que no serían menos de tres (3).

## QUE TECNOLOGIAS INCLUYE EL PRESUPUESTO MAXIMO

La mejor respuesta hasta el momento sería la siguiente:

**Medicamentos:** entiéndase incluidas en el **Presupuesto Máximo (PM)** todos aquellos que ya hayan sido recobrados en el país

1. **Huérfanas:** Si te estas preguntando si se incluirán medicamentos para atender patologías huérfanas (pese a la postura en contrario de las EPS), la respuesta es un contundente **sí**; pero tendrá unas muy pocas excepciones, que estarán ligadas al volumen de población afectada por la patología, y a la capacidad de afectar la sostenibilidad no solo de la EPS, sino del sistema de salud en general; y pongo entonces solo dos ejemplos uno hipotético (el primero) y otro real, a manera de iconos superlativos para afianzar el concepto: Nusinersen (Spinraza) para la Atrofia Medular Espinal AME, y el tratamiento curativo para la Hepatitis C; claro, el Minsalud podrá establecer otras moléculas para compra centralizada (factor VIII?), que entonces, no entrarían en la cobertura del Presupuesto Máximo (PM).
- **Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND):** Todos los que hayan tenido recobro a la fecha de inicio de operación del **Presupuesto Máximo (PM)**.
- **Alimentos de Propósito Médico Especial (APME):** Estas moléculas que hoy se prescriben en MIPRES una a una, y con la posibilidad de hacerlo con MARCA, pasarán a agruparse para que pierdan esta cualidad, y el precio entonces quedará ligado al agrupamiento. El Ministerio tendría una metodología parecida a la usada en Medicamentos (principio activo y forma farmacéutica). Habría cuatro (4) grupos. Y luego se calcula un valor para el grupo y no un valor por marca.
- **Procedimientos:** que seguramente continuarán en debate con las sociedades científicas.

Los **Servicios Sociales Complementarios – SSC** (tutelas, Transportes, Viáticos, albergues, cremas, sillas de ruedas), podrían no alcanzar a ser incluidos de manera completa en el Presupuesto Máximo (PM) para su fecha de lanzamiento.

Es previsible que cuando los Servicios Sociales Complementarios (SSC) se incluyan en el Presupuesto Máximo (PM), esta señal gubernativa podría incentivar su prescripción, uso y entonces el gasto.

Dentro de esta categoría de Servicios Sociales Complementarios (SSC), los **pañales** tendrían un potencial tratamiento acelerado de inclusión, porque ya tienen una restricción reglamentaria, y solo haría falta establecer un VMR.

## COMO SE CALCULA EL PRESUPUESTO MÁXIMO

Lo primero que saldría reglamentado para el Presupuesto Máximo (PM) son los medicamentos y los Alimentos de Propósito Médico Especial, se aplicará una fórmula que contiene tres (3) componentes:

### PRIMER COMPONENTE – VALOR POR MILIGRAMO:

1. Valor del Miligramo (mg) (En VMR), o
  - Valor del Miligramo (mg) (En PRI – Precio de Referenciación Internacional)

Esto nos arrojaría la altura del cuadrado de la ecuación pretendida.

### SEGUNDO COMPONENTE – CANTIDADES:

Esas cantidades son obtenidas de MIPRES.

### TERCER COMPONENTE – DELTA:

Un delta. Entiéndase Delta para efectos del Presupuesto Máximo (PM), como una variable para indicar un cambio en el valor que podría nivelar un potencial desequilibrio surgido de unas cantidades que resultaren no precisas.



**FORMULA FINAL PARA CALCULAR EL PRESUPUESTO MÁXIMO:**

$$PM = \text{Valor} \times \text{Cantidad} + \text{Delta}$$

Lo más probable es que se tenga como insumo el crecimiento histórico de los años 2016, 2017 y 2018, sin tomar en cuenta eficiencias ni ineficiencias, para no limitar las cantidades en el número de tecnologías usadas previamente en el sistema, de manera que la introducción del mecanismo **Presupuesto Máximo (PM)** no genere barreras de acceso, permitiendo al mismo tiempo, la introducción de procesos de gestión que estimulen las eficiencias.

**DETALLES DE LA OPERACIÓN CON PRESUPUESTO MÁXIMO**

Se harán públicos todos los VMR y los PRI que deben convertirse en insumos de esa gestión, y entregar así, una señal de visibilización y tranquilidad a los actores y sus mercados.

Al final tendremos efectivamente dos capitas financiando todos los servicios (las exclusiones no).

La primera es la cápita denominada UPC, y la segunda se configura al tener el VMR como un valor por miligramo multiplicado por las cantidades más el Delta.

Tenemos ya dos bolsas financieras que gestiona la EPS, una con riesgo futuro (la UPC), y otra prospectiva-futuro (porque tenemos el Delta), pero esta segunda bolsa incorporada ex ante, es decir el gobierno enviará ambos giros a las EPS al mismo tiempo, rompiendo la historia de iliquidez sobre este paquete de tecnologías, y evitando la necesidad del apalancamiento entre los dos subsistemas. Las EPS ya no van a tener que realizar recobros, lo que indudablemente disparará una dinámica nueva en la contratación entre EPS, IPS y Operadores Logísticos

**COMO SE COMPORTA EL PRESUPUESTO MAXIMO**

El cálculo del Presupuesto Máximo pese a que se hace por grupo relevante o por procedimiento, se comporta de manera similar a la UPC (como un per cápita).

**¿LA UPC Y EL PRESUPUESTO MAXIMO HARAN UNIDAD DE CAJA EN LA EPS?**

Responder esta pregunta es muy importante, especialmente para efectos de gestión y apalancamiento financiero de las EPS.

Por ahora el MSPS considera que estas dos cápitras, **no** harán unidad de caja.

Esta es otra decisión sensiblemente importante, denominada como de “Compliance”, es decir de resguardo jurídico, anticipando potenciales demandas, que pudieran interpretar que el cálculo del **Presupuesto Máximo (PM)** no alcanza a cumplir los requisitos mínimos para ser considerado una prima de riesgo, genera automáticamente un evento desfavorable al asegurador delegado (la EPS).

**MOVILIDAD ENTRE REGIMENES, PRESUPUESTO MÁXIMO Y PER CÁPITA**

Para enfrentar una realidad del sistema, que es la permanente movilidad de los afiliados, que además recientemente sufrió una reforma reglamentaria, permitiéndole a las EPS incluir hasta el 30% de sus afiliados del régimen contrario al habilitado originalmente (antes el límite era del 10%), el mecanismo Presupuesto Máximo debe haber definido un método de trabajo para permitir que cuando ese afiliado se movilice, se lleve con él, su Presupuesto Máximo, y eso nos conduce al criterio “per cápita”. Ese per cápita sería la resultante de dividir el Presupuesto Máximo total del País, entre todos los afiliados del país en ese momento.

Adicionalmente la norma habilitante previa, que permite incorporar afiliados del otro régimen hasta el 30%, propicia otro gran cambio sectorial: la cercanía de la unificación de los regímenes de salud. Este per cápita, tiene otra reflexión profunda para las EPS, y es que, esa figura se pudiera ver como un estímulo financiero, incubando el deseo de mantener esos afiliados dentro de su protección integral.

Para poner un ejemplo práctico, cuando un volumen de afiliados se cambia de EPS en un traslado masivo por una liquidación (seguramente aquí el MSPS y la Supersalud están pensando con énfasis en el Régimen Subsidiado), entonces cada afiliado se mueve con un “per cápita de Presupuesto Máximo”, que no es exactamente igual al cálculo individual del Presupuesto Máximo, pero que

genera un valor aproximado que se equilibraría por dos factores: el volumen de poblaciones movilizadas, y el grupo de pacientes sanos que incluye el mismo grupo (predica el mismo concepto de equilibrio por riesgo que contiene la UPC, aunque algunas EPS parecen no aceptar la hipótesis). Este escenario ya habría sido calculado por Minsalud sobre cifras reales en el país, arrojando unos niveles de confianza adecuados para afrontar la movilidad.

#### **¿EL PRESUPUESTO MAXIMO SE VOLVERA UPC? ¿CUANDO?**

En orden entonces, primero se calcula el **Presupuesto Máximo**, de este primer momento se puede desprender el Per Cápita para movilidad, y en un momento posterior (ya cercanos al segundo año de operación), ese per cápita sería el mejor referente para acercar el concepto a **“UPC NO PBS”**, entrando a considerar el país la integración de planes.

#### **CUANTO DINERO HAY PARA EL PRESUPUESTO MAXIMO EN EL 2020**

Una respuesta a conocer es cuánto dinero hay presupuestado para el despliegue del **Presupuesto Máximo (PM)**, y la que más consenso actualmente tiene es la de \$4.4 billones de pesos.

#### **¿Y SOBRE MIPRES QUE?**

Se mantendrá MIPRES, como un mecanismo de visibilización del uso de servicios y tecnologías, y de generador de alertas tempranas (revisar el Sistema de Auditoria por Alertas SAA que expidió la ADRES en la resolución 41656 de 2019).

#### **TRASLADOS DE USUARIOS DE EPS Y PRESUPUESTO MÁXIMO**

Cuando un afiliado o grupo de afiliados se traslade de EPS, se moverá con cada uno de ellos el “per cápita” del Presupuesto Máximo, que hemos detallado previamente en este documento.

#### **NUEVA RESOLUCION DE VMR**

El MSPS ya tiene lista una nueva resolución sobre Valores Máximos de Recobro, que será utilizados para el cálculo del Presupuesto Máximo, que será liberada en los próximos días.

Los VMR dejarán de cumplir su obligación desde el punto de vista reglamentario (recordemos que no habrá recobros en el PM, sino pagos directos desde la EPS), pero continuarán siendo muy importantes como “elementos de referencia económica” para la transaccionalidad de las tecnologías NO PBS entre los actores, debido a que, con su valor, ha sido calculado el Presupuesto Máximo (PM).

#### **¿ALCANZARÁ EL PRESUPUESTO MAXIMO?**

Esta es una pregunta clave en el futuro sistémico. El Ministerio responde argumentando que le está entregando el dinero a la EPS, y además se la está dando de manea ex ante, más un “Delta” que para el Minsalud es suficiente. A pesar que se calculó por grupo relevante, al final el Presupuesto Máximo es global, como el de la UPC.

Pero si se llegase a superar el **Presupuesto Máximo (PM)**, o se está llegando a consumir la totalidad de los recursos asignados a este mecanismo, lo que el gobierno espera que ocurra como una reacción anticipatoria de las EPS, es negociar la compra de estas tecnologías por debajo del VMR, haciendo uso de la potestad entregada en el Plan nacional de Desarrollo como reguladores directos.

El principio básico sería que, si una EPS supera el Presupuesto Máximo, esto tendría su génesis en que compró más tecnologías, o pagó por encima del VMR, eso sí, a riesgo completo de la EPS.

Este mecanismo que le pediría a las EPS, cuando el Sistema de Alertas tempranas del Presupuesto Máximo (PM) anuncie su gasto completo, reduciendo la compra por debajo del Valor Máximo (VM), tal y como ocurre en Inglaterra con el fondo de cáncer.

#### **DOS IDEAS FINALES**

Aparentemente el diseño metodológico del mecanismo denominado Presupuesto Máximo (PM) estaría completo, y el “Delta” podría convertirse en un instrumento “casi” integral para contener el riesgo de insuficiencia, que se complementa de manera muy interesante con la nueva capacidad otorgada en el PND para que las EPS puedan regular el precio por debajo del VMR.

Se tienen dos sugerencias para desatar una táctica mucho más sólida, que contraiga a su mínima expresión el riesgo de generar excesos de gasto cuando se inicie la operación del Presupuesto Máximo (PM).

#### **FONDO DE ESTABILIZACION Y GARANTIAS**

Su primera función sería el velar por la estabilidad del equilibrio en la ejecución del Presupuesto Máximo entre las diferentes EPS. La segunda tarea de este fondo de estabilización y garantías sería reducir o minimizar los efectos adversos de situaciones de crisis, derivadas del surgimiento de una siniestralidad no prevista, o de un mal cálculo en el Delta de la ecuación, o incluso de una compra ineficiente y excesiva de servicios.

Otras funciones que creemos podrían considerarse dentro de este primero momento de operación del Presupuesto Máximo serían la siguientes:

- Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.
- Participar transitoriamente en el capital de las EPS.
- Procurar que las EPS tengan medios para garantizar liquidez a los pagos requeridos por tecnologías NO PBS.
- Organizar y desarrollar el Sistema del Seguro NO PBS, mientras hace transito la unificación.

Este fondo de estabilización y garantías, que claramente tendrá una participación temporal, permitirá igualmente, cuando se haya demostrado la suficiencia del Presupuesto Máximo (PM), generar con esos excedentes, un ahorro para apalancar el crecimiento programático de los servicios NO PBS.

#### **REASEGURO**

El reaseguro sería un atributo deseable e importante en el segundo momento de operación del Presupuesto Máximo (PM), en donde luego de haberse consolidado una operación temprana y eficiente, se haga necesario pensar en el largo plazo en una forma de obtener dentro de un modelo altamente colaborativo, la distribución del riesgo, ya no entre las EPS (como se gesta con el Fondo de estabilización y garantías), sino entre las EPS y bancos de segundo piso internacionales y grandes reaseguradoras mundiales, que partiendo de estudios actuariales, sean capaces de concebir ahora sí, sobre la base de esos “Per Cápitas” probados (que ahora llamaremos UPC NO PBS), un modelo de primas de reaseguros individuales o colectivos para las EPS, que permitan no solo el amparo del portafolio NO PBS, sino inmediatamente cotejar un amparo del riesgo completo del plan unificado y su crecimiento derivado de la innovación y las necesidades poblacionales.

Se avanza con algunas compañías mundiales, en lo que podría ser el futuro de las primas de reaseguros en Colombia, para minimizar riesgos del impago que azotan a prestadores y proveedores.

#### **COROLARIO**

El arranque del mecanismo Presupuesto Máximo (PM), debería incluir **todas** las Tecnologías NO PBS, para evitar un indebido fraccionamiento de la compra y pago de estas.

**Carlos Felipe Muñoz Paredes**

