

Diciembre de 2020.

Mensaje editorial

“COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después “

En este número

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 MGSS.
- Luz Amanda Bueno B.
Coordinadora Académica

Periodicidad

- Cuatrimestral

En el documento “COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después “la UNESCO, reconoce que no estábamos preparados para una disrupción a semejante escala. El cierre de instituciones educativas afecta 1.570 millones de estudiantes en 191 países, teniendo consecuencias en las vidas de los estudiantes. Esto llevó a un despliegue de soluciones de educación a distancia para asegurar la continuidad pedagógica, con los obstáculos de la baja conectividad y la falta de contenido en línea alineado con los planes de estudio nacionales, hasta un profesorado no preparado para esta "nueva normalidad". El peligro es que las desigualdades en el aprendizaje se amplíen, aumente la marginación y los estudiantes más desfavorecidos se vean imposibilitados de proseguir sus estudios. La educación superior no es una excepción.

El Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (UNESCO IESALC), único instituto especializado del sistema de Naciones Unidas en este ámbito, destaca las repercusiones inmediatas de la pandemia en la enseñanza superior, en particular en estudiantes más vulnerables, en la equidad y la calidad a mediano y largo plazo. Examina las medidas adoptadas por gobiernos e instituciones de enseñanza superior para garantizar el derecho a la enseñanza superior durante la pandemia. Considera escenarios y ofrece recomendaciones sobre reapertura de instituciones. Abarca desafíos del período pospandémico acerca de cómo reanudar la enseñanza y el aprendizaje en un contexto dramáticamente diferente, destinados a los encargados de la formulación de políticas a nivel macro y meso para que informen su toma de decisiones.

Se ha desencadenado un replanteamiento de la prestación de servicios educativos a todos los niveles. El uso intensivo de todo tipo de plataformas y recursos tecnológicos para garantizar la continuidad del aprendizaje es el experimento más audaz en materia de tecnología educativa, inesperado y no planificado. Debemos evaluar resultados, aprender qué funciona y por qué, y utilizar las lecciones aprendidas para reforzar la inclusión, la innovación y la cooperación en la enseñanza superior.

Es un llamamiento para que las universidades estén a la vanguardia de las transformaciones para su reconstrucción. Debe traducirse en apoyo público a las IES para que defiendan la investigación y la innovación públicas, enfoques transdisciplinarios para abordar la complejidad, y un mayor intercambio de conocimientos para perfilar las soluciones.

La recuperación inmediata exige medidas justas y transparentes para apoyar a estudiantes. La equidad ha facilitado un diálogo mundial sobre políticas para responder a una multiplicidad de desafíos en torno a la enseñanza, el aprendizaje, la evaluación y la conectividad. La intensificación de la cooperación internacional es la única manera de encontrar respuestas justas, inclusivas e innovadoras. Ningún estudiante debe ser dejado atrás por esta crisis. Las IES albergan el talento y la creatividad que el mundo necesita para construir un futuro más inclusivo, resistente y sostenible.

GRADUADOS 2020

DAIRON ALEXANDER FONSECA MESA
LUZ DALIA VALBUENA DURAN
GLORIA YADIRA SERRANO DIAZ



JOHANA TIBISAY CARRERO GELVEZ
EDWIN ISNARDO RIAÑO ACOSTA
JEIDYS VICTORIA GONZALEZ BOLIVAR

Noticias de la Universidad



PRIMER DOCTORADO EN RECURSOS ENERGÉTICOS RENOVABLES EN EL PAIS

El **Ministerio de Educación Nacional** otorgó el registró calificado por siete años al primer programa de doctorado del país en **Recursos Energéticos Renovables**, adscrito a la Facultad de Ingeniería y con el que la **Universidad de Santander** le apuesta a la formación e investigación de alto nivel en el campo de los recursos renovables.

Con este nuevo doctorado, que es el segundo dentro de la oferta de posgrados de la UDES, se abordarán soluciones a problemáticas existentes a partir de la investigación científica en materia de desarrollo sostenible, como la disminución de la dependencia de los combustibles fósiles, el cubrimiento de la demanda energética que crece cada vez más, la disminución de la emisión de contaminantes en la atmósfera y la mitigación de los efectos del cambio climático, desarrollando e innovando en nuevas tecnologías que permitan un mejor aprovechamiento de los recursos energéticos renovables.

Desde sus líneas de investigación, este posgrado busca promover en el país y en la región, el uso de energías renovables y amigables con el medio ambiente que generen beneficios como la equidad, sostenibilidad, responsabilidad social y avances tecnológicos y económicos. Al igual, que la formación de doctores que desarrollen investigación sobre problemas energéticos con miras a afrontar desafíos actuales y futuros.

Adicionalmente, Lizarazo Salcedo destacó que “con este importante programa académico, la Universidad de Santander se une a los retos mundiales, nacionales y regionales con la formación de investigadores que aborden desde principios técnico-científicos, nuevos conocimientos y proyectos que permitan desarrollar el potencial de los recursos energéticos renovables para la generación de energía y nuevas tecnologías, con una mayor eficiencia en su uso y un mínimo impacto ambiental”.

Por su parte, José Antonio Delgado, decano de la Facultad de Ingeniería resaltó el impacto social que espera lograr la Universidad con las investigaciones que se realicen desde este doctorado, “en primera instancia se espera aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, en especial el que corresponde a energía asequible y no contaminante, que sin duda influye en otros como son el fin de la pobreza, la reducción de desigualdades, la producción y consumo responsable, ciudades y comunidades sostenibles, la acción por el clima, la vida de ecosistemas terrestres y marinos, entre otros”.



UDES RECIBE VISITA DE PARES PARA ACREDITACION INSTITUCIONAL

Como parte del proceso de **Acreditación Institucional en Alta Calidad** que viene adelantando el campus Bucaramanga de la Universidad de Santander contemplado en su plan de desarrollo institucional, la UDES recibirá la visita de pares académicos adscritos al **Consejo Nacional de Acreditación (CNA)**.

De manera que, tras revisar la información presentada por la institución, verificar las condiciones iniciales y el proceso de autoevaluación adelantado por la UDES, el CNA anunció la visita de evaluación externa por parte de pares académicos.

En el marco de la visita, los pares evaluarán diferentes factores contemplados dentro del proceso de Acreditación Institucional como: misión y proyecto institucional, estudiantes, profesores, procesos académicos, visibilidad nacional e internacional, investigación y creación artística y cultural, pertinencia e impacto social, procesos de autoevaluación y autorregulación, organización, administración y gestión, planta física y recursos de apoyo académico, bienestar institucional y recursos financieros.

Sin lugar a duda, para la Universidad de Santander, la autoevaluación constituye un factor determinante no solo para el proceso de Acreditación Institucional, sino también en la articulación de cada uno de los estamentos de la Institución en la búsqueda de un objetivo común: la calidad y el mejoramiento continuo. Por tanto, “nuestro proceso de Acreditación Institucional en Alta Calidad traerá grandes beneficios a la Universidad de Santander, primero el reconocimiento. Adicional a ello, conocer en qué punto estamos en cuanto a nuestros procesos de calidad para poder acreditarnos y por supuesto, saber en qué tenemos que mejorar”, puntualizó Restrepo Cuartas.

“Una universidad acreditada en Alta Calidad tiene un reconocimiento de toda la sociedad. Y por tanto sus niveles de calidad ameritan, que tenga los mejores procesos del país. Por esto queremos invitar a toda a la comunidad universitaria a que nos acompañe en este proceso, que obtengamos esos grandes beneficios que nos ofrece la Acreditación Institucional en Alta Calidad”, precisó Restrepo Cuartas.

Noticias del Sector salud



La salud
es de todos

Minsalud

Tomado de Ministerio de Salud y Protección social

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202238%20de%202020.pdf

SE ACTUALIZA LA CLASIFICACION ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD - CUPS

Mediante la resolución 2238 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, para el 2021, con los siguientes anexos: Anexo Técnico 1 “Manual de uso” Anexo Técnico 2 “Lista tabular”. Anexo Técnico 3 “Códigos especiales para reporte población indígena”. Anexo Técnico 4 “Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud”. Anexo Técnico 5 “Códigos para el reporte de información de intervenciones colectivas”. Anexo Técnico 6 “Códigos para el reporte de información de gestión en salud pública” Anexo Técnico 7 “Códigos para el reporte de procedimientos e intervenciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo”. Los CUPS son el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos. Esta resolución deberá ser aplicada en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Asimismo, será de obligatorio cumplimiento para las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, Entidades Promotoras de Salud – EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado. entidades adaptadas, entidades que administran planes voluntarios de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. las compañías de seguros que expidan el Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito – SOAT. entidades o instituciones de los regímenes Especial y de Excepción de salud, los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. y demás agentes del Sistema de Seguridad Social Integral. En caso de que los procedimientos en salud de la CUPS requieran el uso de dispositivos médicos, estos se considerarán inherentes al procedimiento que lo origina, lo que permite garantizar la prestación del servicio de salud que el médico o profesional tratante determine necesario, en desarrollo de su autonomía profesional. Finalmente, es preciso señalar que será la Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, las que efectuarán la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones aquí previstas, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, atribuidas a las demás autoridades competentes, de conformidad con las normas legales vigentes.



Tomado de Consultorsalud.

<https://consultorsalud.com/14-requisitos-para-contratacion-servicios-salud/>

14 REQUISITOS PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD EN 2021

Catorce (14) requisitos que se deben tener en cuenta para realizar la nueva contratación de servicios de salud los prestadores y pagadores: **1. CARACTERIZACIÓN:** Es el cimiento sobre el que se construye la data de las cohortes de ciudadanos-pacientes que serán protegidos en el contrato. Su origen reciente nos traslada al año 2015 que en la resolución 1536, describe la planeación integral de los servicios de salud. La caracterización está a cargo de las EPS y de las ARL, y **NO** de las IPS. Si usted como prestador quiere ofrecer el servicio de “caracterización” de la población, podría incluirlo como un servicio a prestarle (y cobrarle) a las futuras “aseguradoras (AS) del sistema. La caracterización permite la estimación de la población y su organización en a) nominal ex ante, b) nominal ex post y c) contingente. De allí se nutre la clasificación en los grupos de riesgos que creó la Política de Atención Integral en Salud PAIS; también es un sustrato para el cálculo actuarial anual de la UPC, y crea la línea operativa de gestión de riesgo establecida en el Plan Decenal de Salud. **2. BASE DE DATOS:** De los afiliados objeto de la atención. Por favor tenga en cuenta que ahora los afiliados realizan todos sus trámites a través del SAT – Sistema de Afiliación Transaccional, que se ubica en el portal www.miseguridadsocial.gov.co. Los pagadores no podrán elevar glosas argumentando que la persona que recibió los servicios no tenía sus derechos activos, si su registro le pertenecía y está en la BDUVA vigente que ha podido acceder el prestador **3. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS:** El contrato debe ser simple, pero los anexos detallados, describiendo las coberturas de los servicios y tecnologías que cubre el acuerdo contractual. Aquí es imperativo mencionar que la resolución 535 de 2020, facultó a los pagadores a realizar la contratación integral de servicios de salud financiados tanto con UPC como con Presupuestos Máximos, situación que claramente va a marcar nuevos derroteros, fusionando grupos de prestadores en redes más extensas y oligopólicas por todo el país, y que atraviesan varios territorios político-administrativos, tanto como acumulan la mayor cartera del sistema actualmente: \$3.8 billones de pesos

4. MODALIDADES DE CONTRATACION Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN: Este es un tema apropiado para otro artículo que pronto publicaré. Por el momento digamos que existen también 12 formas de contratación en Colombia, divididas en 3 grupos: a) Modalidades de contratación y de pago sin transferencia de riesgo, b) Modalidades de contratación y de pago no asociada al riesgo primario de incidencia, y c) Modalidades de contratación y de pago asociadas al riesgo primario de incidencia. Con relación a las medidas de protección, estas son cuatro: a) ajuste de riesgo, b) ajuste por desviación extrema del costo, c) franja de riesgo, d) exclusión de riesgos. TODOS los contratos deberían incorporar una o varias de estas modalidades que amparan la ejecución frente a situaciones probables como severidad de las condiciones individuales de salud, costos muy altos e inusuales en la atención, y rango del valor pactado que actúa como colchón de operaciones y de seguridad para ambas partes. **5. GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y PROTOCOLOS:** Cuando aplique. Esto tiene mucho que ver con la vigencia de estos documentos técnico-científicos, con la aparición de consensos terapéuticos, y con la pericia operacional del prestador y del pagador en relación con la cohorte asistida. Normalmente es el pagador el que suministra la GPC y/o el protocolo. **6. NOTA TÉCNICA:** Contiene todas las características, supuestos y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas, agrupamientos de servicios, frecuencias de uso y valores contractuales dentro y fuera del aseguramiento. Actualmente la Nota Técnica NT, incluye otros componentes que la hacen tanto más efectiva como más compleja de ejecutar, requiriendo amplia confianza dentro de los asordantes: Línea base de eficiencia operativa. Análisis de servicios y coberturas. Análisis de complejidad de casos. Identificación y análisis de coeficientes de variación. Estimación del Costo Medio Evento de los casos. Identificación de factores que afectan la eficiencia operativa. Metodología de análisis y control de gestión. Acuerdos de indicadores de calidad y resultados. Diseño y/o ajuste del modelo de datos y del sistema de información. Definición y acuerdo de las reglas de ajuste. Matriz de indicadores y parámetros de eficiencia. Diseño de la Nota Técnica. Generación del anexo técnico. Formulación del plan de eficiencia operativa. Roles y responsabilidades (modelos de gobernanza – VMO). Acuerdos de nivel de servicios entre unidades funcionales. **7. VALOR DEL CONTRATO:** Este puede ser determinado o determinable. Una gran tendencia son los denominados “montos fijos” que otorgan una característica especial y deseable a la contratación: confianza. El pagador conoce que suma desembolsará y el prestador que dinero recibirá cada mes. Se debe tener en cuenta la unidad de reconocimiento y pago de la modalidad contratada, incluyendo la posibilidad de generar anticipos de hasta el 50% de los recursos mensuales. **8. RUTA INTEGRAL DE ATENCION:** Se incluirán todas las obligatorias y las priorizadas por la entidad responsable del pago, junto a sus lineamientos técnicos y operativos cuando apliquen. Recordemos que aquí es muy importante tener en cuenta que la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal establecida mediante la resolución 3280 de 2018 tiene una estrategia de progresividad a 15 años con metas establecidas, y acompañada de un financiamiento anual establecido en la UPC, que debe considerarse. **9. AUTORIZACION INTEGRAL:** Es quizás uno de los mayores desafíos, y logros cuando se alcance, y consiste en contratar una red integrada o integral, que atienda una corte de pacientes, contra una RIA establecida por un precio acordado; cuando todas estas variables están claras e instrumentalizadas, el paciente no requerirá más que una autorización al momento de ser incluido en el ecosistema anterior, y luego se movilizará de manera articulada por los diferentes servicios y actores, recibiendo el conjunto integral de atenciones pactadas y sin restricciones. El prestador suministrará los servicios y el pagador cubrirá financieramente ese conjunto de pacientes contra el precio acordado. Este será un paso revolucionario en la erradicación de muchas barreras de acceso que hoy conocemos. **10. PROCESO DE COORDINACION:** Se gesta entre el pagador y los prestadores para garantizar el continuo asistencial, la mayor calidad, oportunidad y los mejores resultados. Recomendamos en este punto automatizar los puntos clave del proceso a través de software cargado con Inteligencia Artificial IA, que le permite a las partes reconocer la evolución del paciente dentro de este “embudo asistencial”, y detectar áreas inefectivas, pacientes que se disipan de la nube estratégica de comportamiento y personal administrativo que actúa de manera asincrónica contra los objetivos planteados. Estas herramientas TIC que se incorporan al concepto de la Esalud, están disponibles en Colombia, y se adaptan de manera rápida a cada proceso y se cobran por el uso que se haga de ellas, convirtiendo los procesos de papel en rutinas electrónicas altamente costo/efectivas. **11. SISTEMA Y OPERACIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:** A diferencia de los anteriores modelos, la operación ahora se desata al interior de las RIPS y no en la individualidad de las IPS. La automatización de procesos sugerida en el punto 10, podría contribuir significativamente a la efectividad de esta operación, que casi siempre ha sido muy buena en el primer componente y pésima en el segundo, asemejándose la segunda parte a una remisión, lo cual va en contravía del manejo de los pacientes a través de los “Prestadores Primarios” que son la puerta de entrada al sistema, encontrando en los “Prestadores Complementarios” el concepto experto diagnóstico y terapéutico ocasional. **12. INDICADORES DE RESULTADOS:** Para objetivar este requisito, salta a la vista la inmediata necesidad de contar entre los actuantes de una línea de base, que indique un escenario subóptimo y una meta, un hito, un KPI a ser alcanzado en un tiempo determinado. Podría ser de interés para el lector ayudarse en este caso de dos herramientas que ya poseemos en el sector; la primera es el Sistema de Evaluación de Actores SEA, mediante el cual se establecen los diferentes rankings; y el segundo la resolución de RIPS del año 2016 que contiene un capítulo interesantísimo sobre cómo se diseñan y miden los HITOS de las RIPS.

13. MODELO DE AUDITORIA: Para hacer algo de futurología con el tema, quiero recomendar de entrada olvidarse de la auditoría de cuentas médicas tradicional y hace muchos años en obsolescencia pura, para avanzar hacia una auditoría asesora de procesos, que debería terminar en un “libro abierto” de operaciones, donde las partes, entiéndase pagador y prestador, exhiben sus números para entender el comportamiento real de los pacientes y el cumplimiento o la desalineación que viene soportando la Nota Técnica inicial, para proceder a los ajustes oportunos. **14. MECANISMOS PARA LA RESOLUCION DE CONFLICTOS:** Este último requisito, se atiende por si solo con una conversación permanente de los actores y una observación continuada del contrato y su comportamiento, con la exhibición de los riesgos que han convertido en siniestros, y la decisión inquebrantable de crear una alianza sectorial para cuidar del paciente, obtener buenos resultados y mantener la economía de las partes en una zona segura.



**PRESUPUESTOS MAXIMOS INSUFICIENTES PARA AMBOS REGIMENES 2020.
SERAN AJUSTADOS**

Tomado de Consultorsalud

<https://cionsultorsalud.com/presupuestos-maximos-insuficientes/>

El Ministerio de Salud informó que los Presupuestos Máximos para la vigencia del 2020 tendrán que ser ajustados a partir de la adopción de una nueva metodología. Se resalta que, con base en la información reportada a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión N° 27, desarrollada el día 23 de noviembre de 2020, se recomendó ajustar el presupuesto máximo para la vigencia 2020 de las EPS y EOC de ambos regímenes a las cuales se les determinó riesgo de superación de este presupuesto. Recordemos, que el ajuste al presupuesto debe realizarse en razón al reporte de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC cuya proyección se basó en los valores de referencia presentados en la Resolución 205 del 2020. En este sentido, el documento establece que la resolución adopta la metodología para la definición del ajuste del presupuesto máximo fijado para las EPS de ambos regímenes para la vigencia 2020. Es preciso mencionar, que este ajuste será efectuado de acuerdo con el reporte de suministro de servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC registrados en la plataforma MIPRES. Para el ajuste no se tendrán en cuenta los registros de pruebas COVID-19 realizadas con anterioridad del 26 de agosto de 2020. Los recursos para la financiación de las tecnologías que determinaron el riesgo de superación del presupuesto máximo para la vigencia 2020 de algunas EPS serán apropiados por el Ministerio de Hacienda quien los dispondrá al Ministerio de Salud para que los ejecute a través de transferencia a la ADRES.

AUMENTO DE ATENCIONES Y USO DE TECNOLOGÍAS NO UPC. CONSULTORSALUD a través de su área de Bigdata ha hecho una revisión de las atenciones realizadas por cada agrupamiento de patologías en códigos CIE10 para las tecnologías NO financiadas con cargo a UPC desde el año 2019, y hasta septiembre del 2020, ubicando los promedios mensuales de estas atenciones, y ha encontrado que efectivamente hay un uso superior en el 2020 como puede verse en la gráfica. Veamos algunos ejemplos: El promedio mensual de atenciones para Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en el 2019 fue de 9.121, y el 2020 subió hasta 21.188. Tumores: 18.806 promedio de atenciones mensuales para 2019, y 20.602 para el 2020 (crecimiento del 9,55%). Las enfermedades del sistema respiratorio pasaron de 43.579 / mes en promedio, avanzando hasta 47.738 atenciones promedio mes del año 2020. En otros casos las atenciones promedio mensuales han disminuido: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: para el 2019 fueron 88.029 atenciones mensuales, y para el 2020 va en 84.679 atenciones cada mes en promedio. Este breve análisis identificó también que los códigos para propósitos especiales con los que se confirmó o descartó el diagnóstico de covid, y que se utilizaron ampliamente al comienzo de la pandemia, disparan el promedio general del año 2020, pero no impacta este análisis global que es renglón a renglón. La herramienta MIPRES se convirtió en un elemento protector del acceso de los pacientes al sistema de salud, lo cual quisiéramos corroborar con una mirada completa al módulo proveedor dispensador, para establecer inequívocamente que la prescripción se convirtió en una tecnología entregada oportunamente a los pacientes.

METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL AJUSTE DE LOS PRESUPUESTOS MÁXIMOS. Criterios para el cálculo del ajuste del presupuesto máximo: Fuente de información: Se tomará la información reportada en las tablas 6 y de suministros del módulo de proveedores MIPRES para el periodo *marzo a agosto de 2020 con fecha de corte el 1 de septiembre de 2020*. Revisión de datos: Datos con validación de consistencia, dispensación y cobertura. Cobertura NO UPC: Se revisó la cobertura de UPC para medicamentos y procedimientos y se tomaron los datos clasificados como NO UPC junto con los UPC condicionados. Clasificación por Grupo Relevante y EPS: Se clasifica la información por grupo relevante y por EPS. Los valores extremos (atípicos) en recursos de los grupos relevantes en el mes se ajustaron al valor máximo por persona de ese grupo relevante y de la EPS en el periodo evaluado. Ajuste factor cantidades ajustadas (FQA): Se calculan las cantidades ajustadas para cada grupo relevante utilizando el método de Chain-Ladder (método del triángulo). Lo anterior, en virtud que a la fecha de reporte de la información no se ha suministrado toda la información correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia 2020. El valor hallado con el método de Chain-Ladder se distribuye de acuerdo a la participación del valor de cada grupo relevante de cada EPS o EOC en el valor total de suministros de las EPS o EOC de la base utilizada para el

cálculo. Las cantidades (FQA) de cada grupo relevante y de cada EPS se obtienen de la división entre el valor encontrado anteriormente y el valor promedio de marzo a agosto del suministro del grupo relevante de la EPS o EOC. **Proyección del gasto con cargo al presupuesto máximo 2020:** Con la información de los 6 meses (marzo-agosto) de los grupos relevantes y por EPS se tomó el valor promedio de las cantidades UMC y se multiplicó por los 10 meses para proyectar las cantidades para el periodo marzo a diciembre de 2020. A este valor se le suman las cantidades ajustadas FQA. La proyección del gasto con cargo al presupuesto máximo 2020 resulta de multiplicar las cantidades estimadas para la vigencia 2020 por el Valor Máximo de Ajuste. **Ajuste por traslados de afiliados:** Se estima el valor de los traslados para el periodo marzo a diciembre con la información reportada por la ADRES con corte a agosto de este año.

AJUSTE A LOS PRESUPUESTOS MÁXIMOS 2020

Resulta de restarle a la proyección del gasto con cargo al presupuesto máximo 2020 calculado en el literal f) el valor del presupuesto máximo establecido en la resolución 206 de 2020 y de restarle el ajuste por traslados de afiliados del literal g). Si el resultado es positivo, se aplica el ajuste del presupuesto máximo, si es negativo significa que el presupuesto máximo de la resolución 206 de 2020 y el ajuste de traslados del literal g), son suficientes para el periodo marzo a diciembre de la vigencia 2020. Finalmente, se especifica que la información reportada en las tablas 6 y 7 de suministros del módulo de proveedores de MIPRES que se utilizará para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2020, no incluye la información de los CUPS asociada a las pruebas de Covid-19.



LA COVID-19 EVIDENCIÓ LA NECESIDAD DE REFORMAR LOS SISTEMAS DE SALUD

“El New York Times llamaba la atención de los países de América Latina para aprovechar las falencias dejadas a la vista por la pandemia para reformar los sistemas de salud pública, a los cuales califica estar al borde del colapso. Pablo Peña y Miguel Lago, expertos en salud pública de América Latina, señalaban en el artículo que la subregión vive la mayor crisis sanitaria de su historia reciente, y las más de 350.000 muertes (hasta esa fecha) causadas por la Covid-19 representaban un tercio de las muertes globales aunque la cantidad de habitantes solo fuera el ocho por ciento de la población mundial. La pandemia ha evidenciado que América Latina, incluida Colombia, necesita transformar sus sistemas de salud, y señalan los articulistas: “La evidencia es clara: si queremos sistemas más accesibles, equitativos y eficientes, debemos reforzar la sanidad pública. El modelo predominante en la región no satisface el derecho a la salud que los Estados garantizan por la ley. Urge actuar pronto: el avance de la sanidad pública desde principios de siglo ha sido desigual”. “Los modelos sanitarios de América Latina reflejan y refuerzan la desigualdad de la región. Los pobres enfrentan mayores esperas para servicios peores. Este fenómeno lastra su productividad, reduce sus ingresos y alimenta el ciclo de desigualdad”, y agrega: “Los gobiernos de la región no deben desaprovechar la oportunidad presentada por la epidemia del coronavirus para reforzar su sanidad pública. La recompensa valdrá la pena: no solo alargará y aliviará millones de vidas, sino que ayudará a romper el ciclo de injusticia social y pobreza. La desigualdad económica con la que hemos nacido no puede seguir determinando que la salud de uno valga cinco veces más que la de otro”. En el mismo sentido, la OMS se pronunció en septiembre afirmando que la salud pública es la piedra angular de la estabilidad social, económica y política y por lo tanto se debe invertir en servicios orientados a la población para prevenir, detectar y responder a las enfermedades, además de preparar a los sistemas de salud para posibles pandemias que se darán en el futuro. Tedros Adhanom Gebreyesus afirmó: “durante los últimos años muchos países han hecho enormes avances en medicina, pero han descuidado sus sistemas básicos de sanidad pública” y agregó: “hay que continuar invirtiendo en salud pública y en atención primaria mientras se lucha contra la Covid-19. La salud es una necesidad y un bien humano y no un artículo de lujo para los que puedan permitírselo. La salud pública es la base de la estabilidad social, económica y política. Eso significa invertir en servicios orientados a la población para prevenir, detectar y responder a las enfermedades”. Se refirió también a los sistemas de salud de América Latina colocando de ejemplo a Uruguay: “Aunque América ha sido la región más afectada, Uruguay ha notificado el menor número de casos y muertes en América Latina, tanto en total como por habitante. Esto no es un accidente. Uruguay tiene uno de los sistemas de salud más sólidos y resistentes de América Latina, con una inversión permanente basada en el consenso político sobre la importancia de invertir en la salud pública”.

No resulta entonces extraño que Colombia por iniciativa del gobierno nacional haya emprendido una nueva reforma al sistema de salud, sin embargo, han coincidido los analistas, en que el proyecto que se comenzó a discutir en octubre, no parece responder, más allá de algunos apuntes generales, a una respuesta útil ante las debilidades evidenciadas por la pandemia.

El proyecto de Ley tiene 68 artículos, y el 50%, se dejan pendientes para reglamentar, lo que parece ser tradición en estas reformas. Sólo 20 artículos se pueden considerar nuevos ya que los restantes están plasmados en otras normas (Ley 1122/07, Ley 1438/11 y la Ley estatutaria 1751/15). Se reviven estrategias como el MIAS y se trata de reglamentar de nuevo al talento humano en salud, desconociendo que en el Congreso ya se tramitan por lo menos dos proyectos con ese mismo objetivo”

Noticias del Programa



Vicerrectoría
de Posgrados

Maestría en Gestión de
Servicios de Salud

PBX: 6516500
Ext: 1461 - 1455



**Universidad
de Santander**
VIG LADA MINEDUCACIÓN
ODES

MAestría EN GESTIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD
ODES



INTERNACIONALIZACION DEL CURRÍCULUM

En el pasado en de noviembre tuvimos el honor de tener como facilitadores de 3 módulos internacionales.

MÓDULO INTERNACIONAL DE INNOVACIÓN EN SALUD: altos dignatarios y docentes de la Consejería de Andalucía:

FRANCISCO SÁNCHEZ MALO, con amplia **experiencia en gestión de la investigación biomédica en calidad de** • Responsable de las convocatorias de ayudas a proyectos de investigación e innovación, estancias formativas en investigación e infraestructuras científicas desde 2002 a la actualidad. • Elaboración normativa de investigación en el Sistema sanitario Público de Andalucía • Miembro de la comisión de evaluación de las convocatorias competitivas de proyectos de investigación • Responsable de las convocatorias de los Premios de Investigación en salud de Andalucía • Organización de las Jornadas de Investigación de Andalucía desde 2002 hasta la actualidad • Elaboración y seguimiento de convenios de colaboración para la investigación biomédica con universidades andaluzas y nacionales, laboratorios farmacéuticos y otras instituciones públicas y privadas. • Elaboración de numerosos informes acerca de la I+D+i en Andalucía para las autoridades sanitarias. • Evaluación del Planes y Estrategias de la Consejería de Salud de Andalucía. • Colaborador de programas de Planes Nacionales de I+D+i • Coordinador de la Consejería de Salud de las publicaciones sobre Indicadores científicos de la producción andaluza en biomedicina y ciencias de la salud. **y experiencia docente como facilitador de los cursos de** • Estadísticas sanitarias e Indicadores de Investigación Biomédica. • Epidemiología e Investigación Clínica. • Higiene y seguridad los alimentos y prevención de salud

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ NARBONA, con un nivel de experiencia en innovación como Ponente, moderador o dinamizador en encuentros, jornadas y sesiones en el ámbito de la salud y/o innovación.

Presidente de Jurados y Comités Científicos. Evaluador de Proyectos de Innovación en las Convocatorias de Innovación de la Consejería de Salud, Colaborador con el Ministerio de Sanidad en el Desarrollo de la metodología de evaluación del Banco de Buenas Prácticas.

JOSÉ LUIS CASTRO CAMPOS con formación académica como Master en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias. Universidad de Granada y Escuela Andaluza de Salud Pública, EASP. (2019-2021; en desarrollo). Master en Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga. 2008 Experto en Epidemiología e Investigación Clínica. Universidad de Granada y EASP. 2009 Experto Universitario Seguridad del Paciente. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2008 Experto Universitario Promoción de la Salud en la Comunidad. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2006 y EXPERIENCIA LABORAL 2016 - hoy: Jefe Gabinete Secretaria General de Investigación. Desarrollo. Innovación en Salud. CSyF

JOSÉ MARÍA DE LA HIGUERA GONZÁLEZ con formación académica como Licenciado en Medicina (1979) Universidad de Granada. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Programa MIR. Clínica Puerta de Hierro de Madrid-Centro Nacional de Especialidades Médico Quirúrgicas de la Seguridad Social. 1980-82) Master en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública 2000-01; **EXPERIENCIA DOCENTE como Profesor** del Máster de Dirección de Sistemas y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la Salud. Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) 2013-2020 y **EXPERIENCIA EN INNOVACION** Experiencia en proyectos innovación y desarrollo europeos de programas marco de I+D desde 1989

MODULO INTERNACIONAL DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA Y DE UNIDADES CLÍNICAS, PRODUCT MANAGER COMO JEFE DE

SERVICIO Y HOSPITAL 4.0: tuvo la orientación del experto internacional **FRANCESC MOREU OROBITG**, Ex gerente del Hospital de Santa Cruz y San Pablo, del Hospital General de Valencia, del Hospital Universitario de Bellvitge. Ex gerente del Área de Gestión Costa de Ponent del Instituto Catalán de la Salud, de la Región Sanitaria Centro del Servicio Catalán de la Salud. Ex director general de CSC Consultoria i Gestió del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Socio director de Moreu y Asociados. Gerente del INSALUD en el primer gobierno socialista y asesor ejecutivo del Ministro de Salud de aquella época. Consejero Delegado del Instituto de Diagnóstico para la Imagen de Cataluña y Presidente y Consejero Delegado del Instituto Catalán de Oncología. Presidente del Consejo Asesor de Planificación Sanitaria de Cataluña. Desde estos cargos ha colaborado de forma

muy significativa en la modernización y descentralización del sistema sanitario español, especialmente en el catalán, y en la introducción de nuevos modelos de organización y gestión en los servicios de salud regionales. Su **experiencia docente e investigativa**: Ex profesor asociado de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de Terrassa Ex profesor asociado de la Facultad de Medicina la Universidad de Barcelona. Es director del programa de formación de directivos hospitalarios de la Barcelona Management School de la Universidad Pompeu Fabra. Miembro del Consejo de Administración de la Fundación Torres de Beà y de ACES, patronal del sector privado de establecimientos sanitarios en Cataluña

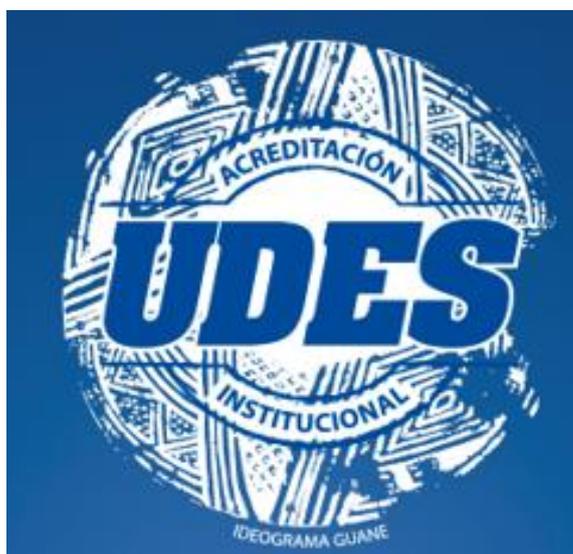
Ha dictado multitud de conferencias y seminarios en diversos foros tanto en España como en Latinoamérica y viene colaborando en diversas actividades con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile desde hace casi 20 años Comentarista habitual de temas de salud tanto en publicaciones especializadas como en medios generalistas habiendo escrito diversos capítulos en tratados de gestión sanitaria Ha dirigido el proyecto de investigación sobre “la reinención del hospital”, libro blanco que ha sentado las bases de la reforma hospitalaria en España.

Cuenta con amplia **experiencia internacional**: Desde 1995 ha dirigido proyectos de modernización de sistemas de salud en América Latina, en México, Chile, Colombia, Argentina, Brasil y Uruguay y ha colaborado con el BID.

En España, viene concentrando su trabajo en el asesoramiento técnico a las autoridades de los sistemas de salud de las comunidades autónomas, orientando las funciones y competencias de los diferentes niveles organizativos del sistema: financiador, asegurador, comprador y proveedor. Ha participado también como asesor técnico en el desarrollo legislativo de los sistemas de salud regionales

MODULO INTERNACIONAL DE COMPETITIVIDAD Y GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS: a cargo del Dr. **LUIS FERNANDO GIACOMETTI ROJAS**, Ex Director de proyectos a nivel regional para empresas de consultoría internacional en políticas y gestión sanitaria, consultor para organismos internacionales como BID, OPS y BM en temas de competitividad, gestión de la calidad, seguridad de paciente, auditoría de servicios de salud y planificación estratégica de instituciones de salud. Ex Director de la Unidad de Postgrados en Gestión de servicios de salud de la Universidad del Rosario (Bogotá) y profesor invitado Universidad Politécnica de Valencia (España) en sus programas de Maestría de Economía de la salud y Gestión de hospitales en Brasil, Venezuela, Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Panamá y del Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud de la Universidad de Barcelona (UB -EVS) impartido en asocio con la Universidad de El Salvador. Profesor invitado en la Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Rosario (Bogotá - Colombia), Maestría de Administración en Salud de la Universidad CES (Medellín - Colombia). Ex Decano Facultad de Salud y Coordinador de Postgrados en Administración en Salud, U de Santander - Panamá.

Actualmente Asesor técnico Gerencia General de la Administradora de Riesgos en Salud - ARS Futuro, en apoyo a los procesos de contratación de servicios de salud, auditoría, políticas de calidad y seguridad de paciente, y gestión de riesgos en salud. Consultor especialista de Management Consulting Group (MCG) en el campo de planificación, organización de servicios de salud, gestión de riesgos y evaluación de la calidad y Director de proyectos de Iberoamedical Ltd, administradora de redes de atención en salud a nivel internacional.



*Feliz Navidad
y próspero
Año Nuevo 2020*

