

formarsalud

JULIO - AGOSTO 2019 - No. 02



**LA CONVERSACIÓN
EN SALUD EN COLOMBIA**
NO PUEDE CENTRARSE EXCLUSIVAMENTE
EN LOS ASPECTOS FINANCIEROS

**EL NUEVO
SISTEMA DE SALUD**

**UNA MIRADA
AL INTERIOR**
de los hospitales

EDICIÓN ESPECIAL
XIV CONGRESO
NACIONAL DE
SALUD

Director Editorial

Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes

Gerente Administrativa

Liliana Palacios Muñoz

Directora de Proyectos

Laura Daniela Muñoz Palacios

Coordinación Editorial

Camilo Jaimes Osorio

Yedni Paola Velásquez

Corrección de Estilo

Camilo Jaimes Osorio

Yedni Paola Velásquez

Diseño y Diagramación

Julián Yobany Garzón

Preprensa Digital

FORMARSALUD

WEBINARIO
 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO
 Y LEY DE PUNTO FINAL... ASÍ SERÁ
 EL SANEAMIENTO DE LAS DEUDAS
 Y QUE NO SE PAGARA



Jueves
26 Septiembre
 Hora: 3 pm

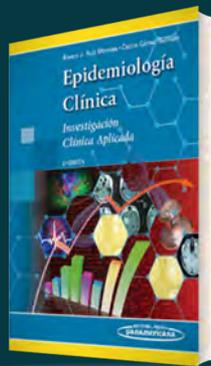
Carlos Felipe Muñoz Paredes
SUSCRIPTORES ORO
CONFERENCISTA

WEBINARIO

TOMO 1
HISTORIA
 clínica electrónica, modelo, arquitectura y estándares

Caso de Uso: Continuo asistencial
 Conjunto de Datos Mínimo de la Historia Clínica Electrónica

EBOOK



LIBRO

www.consultorsalud.com

formarsalud
 JUNIO 2019 - No. 01



SANEAMIENTO
 DE DEUDAS POR
 RECIBIDOS

**ADÍOS MIAS,
 BIENVENIDO
 MAITE**

LOS RECURSOS
 DE GESTIÓN TECNOLÓGICA PARA MEJORAR
 EL MANEJO DE LOS DATOS
 AL SERVIDOR DE LA SALUD

SE AMPLIARÁ
 PLAZA PARA QUE EPSE CONSIGA
 CONDICIONES DE SUSTENTABILIDAD Y FINANCIERAS

**LA SALUD
 Y EL PLAN**
 Nacionales de Recibirlo

REVISTA



Conocimiento que transforma

www.consultorsalud.com  @consultor_salud  ConsultorSalud

CONTENIDO

JULIO - AGOSTO 2019



06

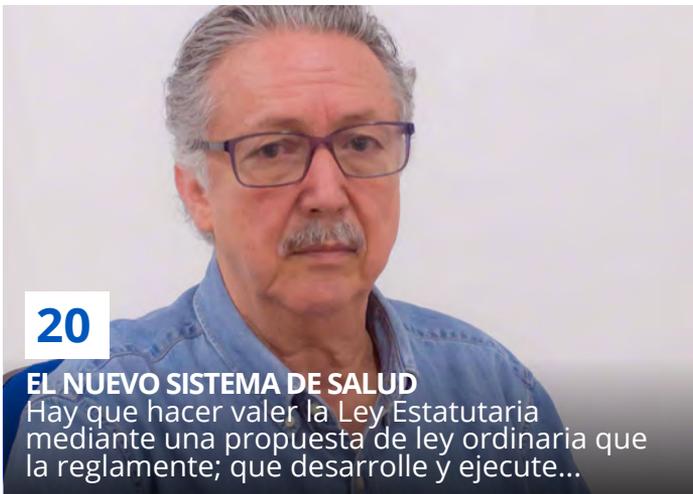
CAMBIAN LOS CIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Es un buen momento para diagramar el nuevo sistema de salud que se abre paso...



10

LA CONVERSACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA NO PUEDE CENTRARSE EXCLUSIVAMENTE EN LOS ASPECTOS FINANCIEROS



20

EL NUEVO SISTEMA DE SALUD

Hay que hacer valer la Ley Estatutaria mediante una propuesta de ley ordinaria que la reglamente; que desarrolle y ejecute...



22

CUANDO LA EVIDENCIA DICE SI, PERO ALGUNOS SIGUEN DICIENDO NO.

El título de esta nota adapta el título de un artículo publicado, en febrero de 2017, en la famosa revista cultura...



26

SALUD COMO UN DERECHO Y UN DEBER, ¿ES ALCANZABLE?



28

LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL: NUESTRO RETO PARA CONECTARNOS DE MANERA EFICIENTE CON LA CIUDADANÍA



30

UNA MIRADA AL INTERIOR DE LOS HOSPITALES



32

ADRES HA GARANTIZADO EL FLUJO RECURSOS DEL SECTOR SALUD



34

QUIZA VA A CONVENIR CERRAR EL CONGRESO



CAMBIAN LOS CIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Carlos Felipe Muñoz Paredes
Gerente General de
CONSULTORSALUD

Es un buen momento para diagramar el nuevo sistema de salud que se abre paso, con las decisiones de políticas públicas, legislación y reglamentos que tenemos en la actualidad. Si bien prevalecen los mismos problemas de antaño, las recetas para su interceptación e intervención parecen cambiar drásticamente; he aquí la primera parte de mi visión de la nueva realidad:

CÓMO SE MUEVE TODO EL SECTOR (GÉNESIS DE LA TRANSFORMACIÓN)

Casi que a manera de titulares, me apresto a definir los primeros seis (6) cambios gruesos que están ya transformando el sistema de salud, y mas aun, me atrevo a manifestar mi aprobación con la inmensa mayoría de estos:



1 Nos abalanzamos raudos hacia un sistema que se nutre de políticas públicas, pero se opera de manera diversa mediante acciones territoriales, que a la vez son bastión de la descentralización y hacen convergencia en la indiscutible diversidad, capacidad y necesidades de sus habitantes; de ahí nace el Maite, Modelo de Acción Integral de Acción Territorial, que retoma todo lo bueno del MIAS, pero comprime sus 10 componentes, convirtiéndolos en 8 retos fundamentales.

2 La focalización legislativa sobre la salud mental, ya ha dado origen a una política pública, una resolución sobre atención de consumidores de sustancias psicoactivas y un reglamento para el habitante de calle; de verdad acertadísimo y breve el recorrido sobre esta condición tan importante, que brilla desde lejos en los análisis de carga de enfermedad, y afecta por igual a individuos como a familias y compañías, incrementando las muertes evitables por suicidios, la violencia intrafamiliar, la depresión en adultos y el consumo de sustancias psicoactivas, sin hablar del ausentismo empresarial, que a su vez impacta a manera de una reducción de la productividad como nación.

3 El acuerdo de punto final y especialmente los aspectos de no repetición, que encausan las baterías al reconocimiento y pago de las deudas principalmente estatales, creadas por la prescripción de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC. Aspectos claves como los dos niveles de auditorías para establecer los montos,



la creación de fondos locales donde deben concentrarse los recursos territoriales para atender estas obligaciones ya añejas, el endeudamiento proactivo de la nación en forma de TES (que hará líquidos estos recursos para el 2020), la profundización de las estrategias de compras centralizadas que ya amenazan positivamente con convertirse en actuaciones regionales (países hemisféricos interesados en hacer justos esta tarea), y del Valor Máximo de Recobro VMR (ahora con 1.037 grupos relevantes), que se suman a un factor hasta ahora desconocido, denominado "techos", mediante los cuales el gobierno por intermedio de la ADRES pretende entregar recursos limitados a las EPS, para que ejerzan como compradores inteligentes de estas tecnologías, mientras de manera simultánea administran el riesgo primario y técnico que de estos ciudadanos pacientes se deriva.

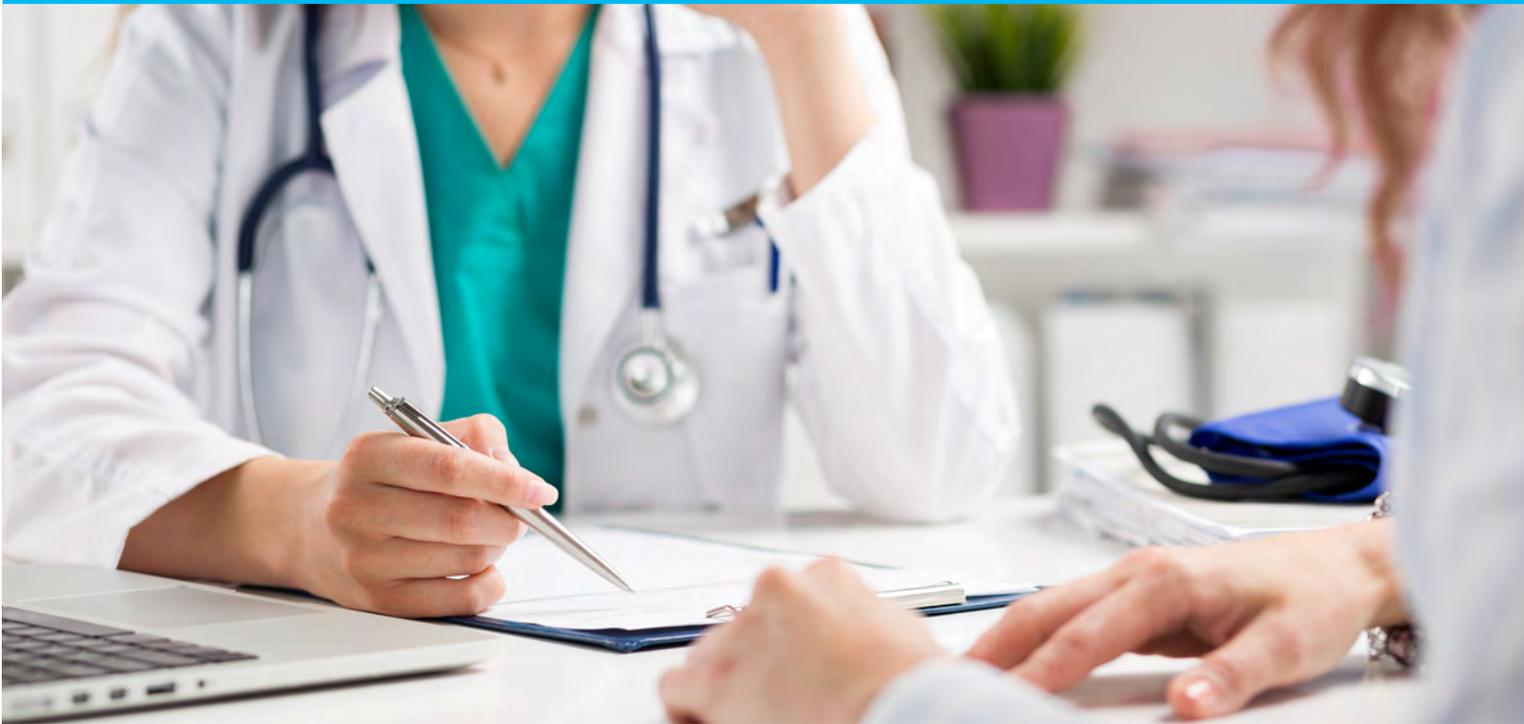
4 El salvamento de las Empresas Sociales del Estado (ESE) no es menos interesante,

ya que parte de la incorporación de un elemento disruptivo denominado "Al Hospital", que no es otra cosa que una minería de datos en tiempo real sobre los principales indicadores de gestión de los hospitales públicos, para establecer de manera comparativa sus mejoras y deterioros, convirtiéndose en la base del nuevo protocolo aprobado en el PND para establecer su riesgo fiscal. Los otros dos argumentos de progresión no dejan de ser menos creativos por decir lo menos: el resurgimiento del subsidio a la oferta en ciertas regiones denominadas dispersas, en las que podrían participar prestadores privados; y, el impulso a modelos asociativos de la mayoría de las ESE de un territorio, que como en el caso del Valle del Cauca, ha tomado forma de Unión Temporal (UT), para preparar el terreno de una red integrada e integral que aspira a quedarse con casi la totalidad de la UPC que deben contratar en próximos periodos las EPS del régimen subsidiado.

5 La calidad también se apresura a recibir su baño de actualidad, a través de una renovada resolución de habilitación de servicios de salud, que en su etapa de borrador ha recibido al menos 1.400 observaciones "de fondo" de actores de todo el país, que seguramente garantizarán menos posibilidades para ser interpretada, será mas flexible con los intereses generales de innovación y competitividad, y permitirán dos cosechas interesantes de manera complementaria: el manual del verificador tan necesario, y, paralelamente, un ajuste a las condiciones mínimas de infraestructura hospitalaria cuyo borrador reglamentario también ha sido liberado en semanas anteriores.

6 Y no podíamos dejar de mencionar en este primer análisis de los cambios sectoriales, a aquellos relacionados con las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, dentro de las que destacan la inmediata liberación de una resolución completa sobre cómo deben habilitarse y prestarse los servicios de telesalud en Colombia y su enfoque territorial y de redes, y la voluntad para aprobar a la mayor brevedad el modelo de interoperabilidad que parece haberse inclinado del lado del denominado "conjunto mínimo de datos", que serían compartidos por todos los prestadores de servicios, para reconocer el estado de salud y enfermedad previo de cada paciente y grupo familiar, los protocolos diagnósticos aplicados y el manejo terapéutico instaurado, junto con sus resultados, metiendo de lleno al sector salud colombiano al corredor de la última milla de la innovación.

Como no quiero ser exhaustivo en este artículo especialmente construido para el XIV Congreso Nacional de Salud y los 1.000 líderes del sector provenientes de más de 24 departamentos que nos acompañan, voy a revisar tres temas, con algo más de profundidad.



LOS TECHOS Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS EPS

El Plan Nacional de Desarrollo desenfunda hasta la mitad, lo que parece ser la espada de Damocles sobre las tecnologías NO PBS, que ahora y de manera progresiva, van a ser gestionadas, contratadas y pagadas por orden de las EPS, con la incubación del concepto de “Techos”, que no es otra cosa que asignarle a los aseguradores, de acuerdo al consumo previo de esas tecnologías por parte de sus pacientes afiliados, un volumen conocido máximo de recursos, contra un paquete de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC asignado, para que estos actores privilegien la gestión del riesgo de ellos, establezcan sus prioridades, definan rutas integrales de atención y sean cuidados de manera territorial por redes especializadas.

Estos “techos” que bien pudieran haber mejor evolucionado a UPC (en mi concepto), serán la prueba de fuego para comprender si esta carga de tecnologías, que por ahora está siendo atendida

financieramente y sin límites por el Estado (ADRES en el RC y los Entes territoriales en el RS), podrá ser soportada con los ya más evolucionados sistemas de gestión que han incorporado las EPS, y si la estrategia se convierte en el trampolín perfecto para transferir a lo largo de los siguientes tres años, la totalidad de las tecnologías NO PBS hacia estos actores, sin terminar de fundirlos económicamente.

El argumento que el gobierno esgrime para no convertir el “techo” que será asignado en una UPC, radica en la aparente fragilidad del dato que soporta esta transferencia económica, y que no contiene elementos suficientes de análisis cuali y cuantitativos como frecuencias de uso, intensidad de uso, costo efectividad de las tecnologías, adherencia de los pacientes, efectos adversos, etc.

Pero el camino está trazado, y sigue la vertiente definida en la ley estatutaria de salud, que busca primero que haya un solo plan de beneficios, y luego que miremos únicamente al bloque de tecnologías excluidas, para definir si está o no cubierta una prescripción en Colombia con cargo a recursos de origen público.

El renacer de los hospitales públicos

Esta evolución del hospital público colombiano, de ser la cenicienta de la prestación, a encarar con mejores argumentos reglamentarios su futuro, merece algunos comentarios: me parece más que acertado el impulso a sus modelos de asociatividad territorial, como el que ya se cocina en el Valle del Cauca, que obviamente se ve favorecido por la geografía de este sureño departamento colombiano, no es el único disparador de esta condición, que se alinea con el querer del Ministerio de Salud y el necesitar de su población protegida: brindar atención integral, segura y de alta calidad y resolutivez, todo dentro de una armadura territorial de gobernanza y apoyo político contundente.

Seguramente cosecharemos más Uniones Temporales (UT) como la de ASOHOSVAL, que también

se enfrentarán al principal reto de estas iniciativas: los años electorales (como el actual), y la altísima rotación de sus gerencias (que precisamente en marzo del 2020 terminan período), y que dependiendo de los triunfadores y su impericia sectorial, podrían desatender la oportunidad, y arruinar este naciente proceso de reconversión empresarial.

Los hospital públicos unidos... seguramente tendrán mejores alternativas de gestión, de eficiencias en el marco de los grandes números, y podrían adquirir un renovado estatus en las negociaciones anualizadas con las EPS, pudiendo incluso aspirar a obtener contrataciones que pretendan la universal del 92% de la UPC en el RS, para lo cual, casi con seguridad, deberán perder el miedo a la mezcla con IPS privadas que complementen su oferta, y conviertan a estas alianzas en verdaderos puntales del desarrollo social de estos nuevos entornos de gestión territorial, en donde además debemos comenzar a vislumbrar a las RAP (Regiones Administrativas y de Planeación) y sus acuerdos supra territoriales, y a la meso gestión con acuerdos interregionales, como se dibujó en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo.

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, LOS MÉDICOS Y SUS HISTÓRICOS VÍNCULOS ACADÉMICOS

Son innegables las muy cercanas relaciones que han existido en el mundo, y Colombia no es la excepción, entre el gremio médico y la industria farmacéutica, que aparece en escena al menos con dos sombreros; el primero como la gran innovadora, investigadora y descubridora de moléculas y tecnologías que revolucionan la forma de enfrentar las diferentes enfermedades; y el segundo, como el gran educador continuado de los profesionales, a quienes invitan de manera permanente, y poco regulada, a conocer estas revolucionarias tecnologías, seleccionando para ello a algunos muy escogidos miembros de las propias sub especialidades médicas (referentes), para que oficien como mensajeros de alto nivel para compartir las buenas nuevas.

El Reporte de Transferencias de Valor que es obligatorio desde el pasado 1 de julio de 2019 (resolución 2881 de 2018), comienza a intervenir en estas relaciones, definiendo dos tipos de sujetos: unos, lo que generan las Transferencias de Valor (TV) y que por ende deben reportarlas, y dos, los que reciben las TV y que como condición de la resolución, serán reportados al Ministerio de Salud, si se supera el salario mínimo establecido como piso semestral para generar el efecto de control.

Es un buen ejercicio por parte del gobierno que obviamente cojea de manera imposible de ocultar, al no ofrecer de manera simétrica, una solución al pegamento que continuará sosteniendo esta relación: la educación médica continuada, que ambas partes necesitan.

Si bien el Plan Nacional de Desarrollo amenaza con hacerse cargo de este proceso desde el Estado, no vemos argumentos ni recursos para iniciar pilotos serios que sean capaces de competir con miles y miles de reuniones anuales de grupos de médicos que reciben de buen agrado las actualizaciones que ofrece sin costo para ellos la industria farmacéutica, y que en ocasiones no bien determinadas, terminan confundiendo con eventos promocionales y/o de franca publicidad que estimulan el uso de manera no apropiada de las tecnologías objeto del entrenamiento.

Se hace entonces indispensable reclamarle el Estado y al gobierno sectorial, el poner en primera fila legislativa, un proyecto que retome la recertificación del talento humano como un argumento contundente, que será otro bastión para mejorar la calidad y los resultados, y que de manera consecuente, asigne recursos y defina actores diferentes a la industria farmacéutica, para que sean ejecutados, construyendo el primer ejercicio de educación médica centrada en el paciente y en el resultado y no en el medicamento o la tecnología recomendada.

Sera por allá en abril y mayo del 2020, cuando el Ministerio de Salud haga públicos los primeros reportes obtenidos de las transferencias de valor, que podrían poner incluso en tela de juicio a gremios y asociaciones de profesionales poderosos de la salud, que sostienen sólidas relaciones con diferentes conglomerados de la industria farmacéutica y, a quienes de manera poco precavida e incluso arriesgada, un observador desprevenido o un redactor motivado, podrían alinear mucho más allá de un proceso educativo, con estímulos para prescribir en proporción directa a la cantidad de transferencias de valor recibidas, lo cual no necesariamente es una verdad de Perogrullo, y que necesitará un manejo delicado, para no desprestigiar a los médicos colombianos por haberse acogido a la principal oferta educativa, en ausencia de un Estado comprometido con su talento humano.

Pero indudablemente le servirá también al gremio médico colombiano para evaluar su relación con la industria farmacéutica, y definir la conveniencia de aceptar todas las invitaciones a procesos educativos, impulsando mejores autodesarrollos, investigaciones y reflexiones terapéuticas al interior de sus IPS y EPS que le quitarían cualquier estigma futuro a su impoluto proceder.



La conversación en salud en Colombia no puede centrarse exclusivamente en los aspectos financieros

En estos casi 12 meses al servicio del sector salud colombiano, el ministro Uribe se planteó 5 ejes o prioridades para adelantar su tarea: el primero, construir una visión de largo plazo, segundo, elevar la calidad: mejorar el trato a los pacientes, evaluar el desempeño de EPS, replantear la habilitación de IPS y ampliar el sistema de acreditación. El tercer eje es fortalecer la salud pública, el cuarto el fortalecimiento del talento humano en salud y finalmente avanzar hacia la sostenibilidad financiera del sistema.

En diálogo con el Gerente General de CONSULTORSALUD Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes, el Ministro de Salud y Protección Social, dio un balance de gestión sobre este primer año de trabajo en el que abordó temas cruciales como la calidad, la habilitación, la interoperabilidad y toda la reglamentación que se viene en ese sentido, así como de temas coyunturales como Medimás y el reto migratorio.

CONSULTORSALUD: Cercano ya a la fecha de su primer año, desde CONSULTORSALUD y en el país en general hemos empezado a conocer ejecutorias consolidadas, hechos concretos muy importantes que

seguramente van a cambiar la vida para bien, a los pacientes que es el objetivo de quienes estamos en el sistema de salud. Quería empezar preguntándole, desde que pisó por primera vez como ministro el despacho a la fecha, ¿qué desafíos nuevos encuentra y cómo interpreta hoy su presencia y los aspectos cruciales de sus promesas iniciales?

JUAN PABLO URIBE: Gracias a CONSULTORSALUD por este espacio y esta conversación. En estos meses de trabajo en el Ministerio, lo primero que hemos querido es darles continuidad a muchos esfuerzos de país, de Gobierno y del sector que requieren tiempo para consolidarse, que debemos sostenerlos como



El pasado 8 de agosto, hace casi un año, se posesionó ante el presidente Iván Duque, el hoy ministro de Salud y Protección Social, Juan Pablo Uribe, con el reto de seguir con la transformación y consolidación en calidad del sector salud colombiano, del que hay un imaginario que permanece constantemente en crisis.

creo que es esa combinación de continuidad, de reconocimiento de la complejidad y apoyo de todos con los que podemos estar sacando adelante desarrollos importantes para la salud de los colombianos.

CS: Doctor Uribe, su bandera indudable es la calidad y todos respaldamos ese tema, ¿cuál es el logro en este tiempo que usted lleva en ese aspecto?

J.P.U: Quisiera que la salud integralmente sea la bandera, con algún grado de necedad, algún grado de tozudez, hemos hablado mucho de calidad porque queremos equilibrar la conversación en salud. La salud es una ecuación compleja, es una ecuación que sin duda requiere a la calidad en el centro, que es lo que nos interesa como seres humanos y como sociedad, pero tiene que tener una responsabilidad en la eficiencia financiera, requiere un elemento grande redistributivo que vaya contra este gran reto de la inequidad en el país, necesita reconocer el talento humano que es otro de los elementos en el que hemos venido haciendo hincapié, y requiere también una conversación de largo plazo.



una política de Estado sectorial, que estos cambios que se dan no generen necesariamente cambios en políticas públicas que requerimos en el largo plazo. En ese sentido, ha habido una continuidad muy grande en el equipo del Ministerio, un equipo técnico, un equipo muy comprometido con estas múltiples dimensiones que tienen la salud de los colombianos. Sin duda con el paso de los días uno ve que la complejidad de los temas es mayor, la profundidad de los mismos también es mayor, y al mismo tiempo uno encuentra a todo lo largo de Colombia, en todas las dimensiones de la salud, muchas organizaciones, muchas personas, muchos profesionales haciendo un muy buen trabajo, y

Cuando lanzamos esos cinco ejes del trabajo en salud, lo hacíamos no para anteponer la calidad ante los demás, sino para equilibrar la conversación. La conversación en salud en Colombia no puede centrarse exclusivamente en los aspectos financieros, y vuelvo y digo, esto no quiere decir que el ministro y el Ministerio crean que los aspectos financieros por subsanar no sean importantes para el sector, de hecho, estamos avanzando mucho en ellos, pero si nuestra conversación no pasa por aspectos que son misionales del sector salud, vamos a terminar desnaturalizando el sector. La atención con respeto, calidad y seguridad, el reconocimiento

al talento humano en múltiples profesiones de la salud, una mirada a largo plazo para la evolución de un sistema complejo y este tema de la equidad en la salud pública son misionales, son parte de lo que somos en el sector salud, y por eso de nuevo queremos balancear la conversación y que esa mayor ecuanimidad nos ayude también como elemento para transformar la realidad.

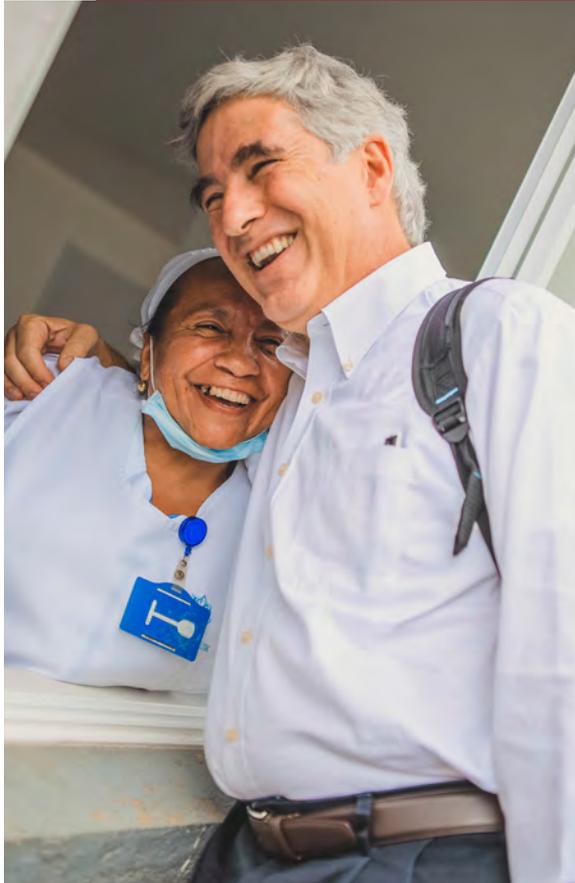
CS: El país se sorprendió con la decisión del cambio de la denominación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Quiero transmitirle el pensamiento de muchos lugares donde sienten todavía inquietud sobre el quehacer de las redes y las rutas que se venían trabajando. ¿Qué significa esta transformación y qué debe esperar el país y los actores que han metido tanto empeño en este Modelo Integral?

J.P.U: No estamos haciendo cambios por cambiar nombres, de hecho, un reconocimiento al MIAS dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), donde hay desarrollos que son ya ganancias adquiridas del territorio y sobre ellas queremos construir el MAITE. Hablando con muchos secretarios de Salud, con muchas instituciones, sentíamos que el MIAS podía evolucionar un poco más allá, y ser un instrumento de articulación entre el esfuerzo de la Nación y el compromiso del territorio.

Un esfuerzo con diferenciación que reconoce una Colombia muy heterogénea, un esfuerzo que recoge dimensiones tradicionales del MIAS en términos de financiamiento, de prestación, de talento humano, pero que mete con mucha fortaleza determinantes de

la salud, el tema de salud pública y de Gobierno o gobernanza.

Lo que queremos es que en cada territorio haya un acuerdo práctico de lo que debemos hacer todos juntos como sistema de salud para transformar la realidad en salud de esa población. **En cuanto**



al tema de redes y rutas; el de redes lo hemos pospuesto un poco, porque queremos hacerle algunos ajustes a la regulación, que sea una regulación que va más en torno al ciudadano, más en torno a la familia y la comunidad, que en torno a una de las partes, como por ejemplo el asegurador. En el tema de rutas, las mantenemos, hemos avanzado en algunas de ellas, y van a ser elementos muy importantes en darle equilibrio y más balance en el territorio a la seguridad social en salud.

CS: Pasando al tema de la salud mental, usted trajo al debate, y a la acción, el tema de salud mental y ya se construyó la

política, ya se construyó un reglamento sobre atención de pacientes consumidores de sustancias psicoactiva y adicionalmente se viene trabajando en la atención del habitante de calle. ¿Qué tan relevante resulta para el país esta reglamentación y cómo se pondrá en acción?

J.P.U: Lo primero es poner esto en un contexto de un país que tiene un problema grande de narcotráfico, y que al mismo tiempo, está viendo como aumenta el consumidor problemático con el abuso de sustancias psicoactivas. Por todas partes que vamos uno de los comentarios más frecuentes, no de familias o líderes comunitarios sino de secretarios de Salud, es el tema del consumo de sustancias psicoactivas y todo lo conexo con ello. Me devuelvo un poco, sabemos muy bien en la carga de la enfermedad que el problema de salud mental es la segunda causa de pérdida de años de vida saludable de los colombianos, y si diagnosticáramos mejor sería la primera.

La depresión, la violencia intrafamiliar o interpersonal, el suicidio y el consumo y abuso de sustancias psicoactivas son una inmensa carga para nuestra sociedad, por eso quisimos ante todo transformar la conversación, que en la conversación en salud, en la conversación social o política, este tema, esta realidad de los colombianos en salud mental esté presente, sacar la salud mental de la sombra, darle visibilidad y empezar a hablar de ella. Por eso hicimos esta revisión a la política de salud mental de la mano con expertos de distintas corrientes, con distintas experiencias, trabajando sobre lo que había.



Luego hicimos esa inmersión en el tema de la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, nos hemos ido por todo el territorio presentando esta política, la cual tiene que ser implementada entre todos, el Ministerio no es un ejecutor, pero sí puede acompañar la ejecución de este tipo de políticas.

Voy a dar ejemplos de ejecución: capacitación de miles de profesionales de la salud en torno a la salud mental, la inclusión en el PBS de más instrumentos terapéuticos para tratar la depresión. Vamos a seguir avanzando en revisar la oferta territorial y en acompañar esa oferta para que se constituya en redes ambulatorias y comunitarias para acompañar a los pacientes que tienen afecciones en este campo. Hay muchas áreas donde estamos trabajando con los secretarios de Salud departamentales, con las EPS, las IPS, para que fortalezcamos la respuesta en salud mental. Esto no se logra en un año, pero si mantenemos la conversación, la atención y si mantenemos el seguimiento a indicadores y metas concretas, estoy seguro de que Colombia va a fortalecer mucho su capacidad de respuesta en uno de los sectores más complejos de la salud, que no tiene una solución mágica, pero que debemos enfrentar

con sinceridad y franqueza para ayudar a la gente.

CS: En el tema de habilitación, que está ligado con la calidad, vemos en el horizonte un proyecto de resolución que transforma para bien la habilitación flexibilizándola, en el buen sentido, permitiendo que haya innovación tecnológica y de alguna manera resguardando de malas interpretaciones la norma. En esencia, ¿cuál es el cambio más importante que traerá la nueva habilitación de servicios de salud?

J.P.U: Creo que el solo hecho de tomar una resolución que llevaba tantos años guardada, generando tantos problemas allá afuera, y buscar como muy bien dice, flexibilizarla, volverla más sencilla donde se pueda mantener el foco de la seguridad real para el paciente, pero darle más capacidad de desarrollo a la oferta asistencial a todo nivel es el mérito grande. Hemos recibido cerca de 4.000 comentarios, de los que casi 1.700 son de fondo, y alimentándonos con todo eso creo que va a salir una resolución mucho más consolidada y ajustada a las realidades del país en los niveles prestacionales, que como bien dicen ustedes, deben ayudarnos a volver menos subjetiva la habilitación, menos engorrosa, menos costosa, menos traumática y podamos avanzar de nuevo sin perder el foco en la seguridad del paciente. Hay una serie de

principios y de criterios que de alguna manera nos han orientado en expedir esta norma de habilitación y ya en su momento los estaremos presentando.

CS: Un tema fundamental para el país, que no está resuelto y no es fácil de resolver, es la interoperabilidad, la historia clínica unifica y de una vez peguemos el tema de Telesalud. He estado muy cercano a los gobiernos, al Ministerio de Salud y al MinTIC intentando avanzar en esta dialéctica tecnológica, aunque con poco éxito. ¿Cuál es su opinión sobre cuáles deberían ser concretamente los alcances de su Ministerio sobre estos temas? ¿Qué podemos esperar del conjunto mínimo de datos o de la carpeta ciudadana que también se le han hecho cuantiosas inversiones en años pasados?

J.P.U: Hace 20 años que yo estaba acá estábamos tratando de tener una historia clínica electrónica única, y luego mirando muchos otros países hemos visto como fracasan cuando lo que buscan es homologar a lo largo de sus instituciones un mismo aplicativo. Hemos tomado una ruta abreviada, mucho más ligera, mucho más sincera en término de practicidad y es la de la interoperabilidad de múltiples aplicativos de historia clínica electrónica. Más del 90% de las IPS que yo visito, públicas y privadas, tienen aplicativos de historia clínica electrónica, en mayor o menor desarrollo. Queremos ese conjunto de datos clínicos básico, que ya lo hemos podido definir de la mano de muy buenos clínicos en todo el país, sea el que se comparta a través de unos estándares de interoperabilidad, y queremos que haya una reserva de la información de cada uno de nosotros en cuanto a confidencialidad. Tres elementos

muy simples de alguna manera que están a la vuelta de la esquina y que los podemos tener en el país sin inversiones gigantescas, sin traumatismos inmensos para las instituciones, que van a permitir un poco como esa carpeta individual de salud, en inglés sería el 'personal health record', va a permitir que cuando Juan Pablo Uribe no esté en Bogotá y llegué a una atención médica de urgencias en Cartagena, ese conjunto de datos clínicos, las alergias, diagnósticos pasados, las intervenciones, estén ahí, estén a la mano de cualquier otra historia clínica electrónica del país, respetando mi confidencialidad. Estamos muy optimistas, hemos avanzado mucho este año con el apoyo de todos, creo que terminando este año vamos a tener pilotos donde EPS e IPS del país van a obtener esto, van a estar compartiendo datos clínicos importantes de los afiliados y de los ciudadanos.

CS: Ese conjunto de datos clínicos o conjunto mínimo de datos, ¿va a estar en el Sispro, van a migrar allá y de allí serán consultables? Y, ¿qué se puede decir de Telesalud y Telemedicina?

J.P.U: Yo entiendo que van a estar más bien en la nube y no en el Sispro, pero es un detalle donde el Ministro podría estar equivocado. En cuanto a la Telesalud y Telemedicina, tenemos toda la capacidad técnica, tenemos el conocimiento, la tecnología y la necesidad para hacer más Telesalud y Telemedicina en todo el país, no solo en las zonas apartadas, sino también en las grandes ciudades, con lo que lograríamos mejor experiencia de servicio, mejores resultados y mayor eficiencia, nuestra triple meta. **Lo que queremos revisar toda la reglamentación para simplificarla, creo que estamos a semanas de compartir con el sector un nuevo marco reglamentario**

para hacer Telemedicina y Telesalud que simplifica mucho las cosas, que vuelve esto un instrumento mucho más directo, donde el ciudadano que lo necesita va a tener del otro lado a un especialista o un profesional de salud que lo va a poder ayudar sin tantas restricciones y sin tantas inflexibilidades, esperemos saber si lo logramos pero de nuevo creo que en estos dos temas, como en el tema de interoperabilidad y de historia clínica electrónica, podemos tener victorias rápidas con esfuerzos relativamente pequeños para un país que tiene tantas necesidades y tantos retos.

CS: Celebramos la llegada de la APP Al Hospital. Los hospitales públicos siguen padeciendo la crisis financiera y ahora el Plan Nacional de Desarrollo incuba la posibilidad de retornar de manera breve y quizás segmentaria el subsidio a la oferta, permitiendo que algunos agentes privados también puedan participar en esas regiones abandonadas de la operación en la infraestructura pública. En uno de los viajes a Cali me reuní con los hospitales públicos del Valle y conozco la unión temporal de todos los hospitales del departamento, ¿eso es lo que ustedes quieren? ¿Que los hospitales se unan y generen estrategias de asociatividad que mejoren los resultados? Nos puede contar su visión del quehacer frente a los hospitales públicos...

J.P.U: Creo que hay múltiples modelos para cumplirle a la ciudadanía y creo que no vamos a avanzar hacia un modelo único, en el Valle del Cauca hay una conciencia muy grande de red y la geografía permite un funcionamiento

en red bastante interesante en gran parte del departamento, entonces ya veremos eso. Yo me quiero devolver al hospital público colombiano, Colombia optó por un sistema de salud complejo que ha tenido grandes méritos pero que también impone retos, uno de ellos es que la participación privada, que es tan valiosa bien encaminada, no va a ser suficiente para responder a las expectativas y necesidades de servicios en salud de nuestra población, no lo es hoy y no lo va a ser en muy largo plazo.

Es más, es muy importante que siempre haya una contribución desde el hospital público colombiano, nos hemos volcado este año a trabajar por ese hospital público. Quiero aclarar que el hospital público no está todo en crisis, acá hay generalizaciones que nos creemos, dicen que 'la salud colombiana está en crisis', en unas cosas sí, pero no toda la salud, hay muchas cosas funcionando bien, pasa igual con el hospital público, dicen que 'el



hospital público está acabado, está en crisis', pues algunos sí, pero de hecho este año hemos visto que es mucho más fuerte la tendencia del número de hospitales públicos que están sin riesgo financiero y haciendo las cosas bien, que el de aquellos que están en alto riesgo financiero y en crisis, es decir el balance es positivo, estamos encontrando por toda Colombia hospitales públicos de primer, segundo y tercer nivel que tienen superávit financiero, que están invirtiendo en acreditación en calidad, que le pagan oportunamente al talento humano, que están al día con proveedores y que incluso cofinancian desarrollos tecnológicos e infraestructura.

¿Qué queremos? Queremos, como en la salud mental, darle luz y visibilidad a ese hospital público colombiano. Al Hospital nos permite ser más granulares en el diagnóstico del hospital público, saber dónde está el hospital público que tiene serios problemas, dónde hay un conjunto de hospitales públicos con problemas y también viceversa, saber dónde hay instituciones públicas que son ejemplares incluso para el sector privado. Este es un trabajo sistemático que tiene dimensiones muy precisas, no solo financieras, también de servicio, de seguridad, operativas e incluso de enlace con la salud pública territorial, todo esto encaminado a tener un hospital público cada vez más fuerte, articulado con el territorio y sin duda con sostenibilidad y calidad. Yo soy bastante optimista en que en el conjunto vamos muy bien, reconozco eso sí que tenemos sitios con grandes dificultades y que tenemos hospitales particulares que son un inmenso reto y eso estamos enfrentando.

CS: Pasando al acuerdo de punto final y la no repetición que son baluartes de este Gobierno, aún no conocemos las deudas con total certeza. ¿Cuándo realmente cree que habrá dinero para empezar a dispersar de acuerdo con el protocolo que se aprobó en el Plan Nacional de Desarrollo?

J.P.U: El dinero ya está, esa es una muy buena noticia para el sector, el Ministerio de Hacienda tiene los recursos a través de instrumentos de crédito público para empezar a honrar esa parte de deuda que era de la Nación por los servicios por fuera de la UPC en el contributivo y el subsidiado. De hecho, los primeros desembolsos son los de la liquidación de Caprecom, \$514 mil millones, seguidos de cerca de \$178 mil millones de glosas transversales que ya están auditados y conciliados, casi \$700 mil millones que ya están. Ahora, ¿cuándo vamos a terminar de hacer este ejercicio?, no lo sabemos, depende del concurso de los gobernadores y los departamentos en el régimen subsidiado, con todo el sistema ahí, y sin duda las EPS del régimen contributivo en el otro componente. Pero va a ser un ejercicio progresivo y en la medida en que vayan entrando quienes están más organizados, el sector se va a ir fortaleciendo también.

CS: Siguiendo con el tema financiero, en lo relacionado a la no repetición trae un nuevo componente muy llamativo, es el concepto de Techos. Lo que entiendo como Consultor es que se trata de hacer una proyección del uso y gasto actual de tecnologías No PBS para hacer una especie de prorrateo contra las EPS y sus usuarios que han usado servicios, y asignarles ese Techo para que sea un comprador inteligente de servicios, además de adherirle el componente de gestión de riesgo; eso haría que se optimizara el uso de esos recursos, pero me nace la duda de ¿por qué si le vamos a asignar el techo a la EPS, que es

como el recurso para la EPS, mejor no le asignamos ese Techo y lo volvemos una UPC y entonces vamos eliminando el componente no incluido del Plan para crear un solo bloque de derecho, como lo pide la Ley Estatutaria de Salud, y ocuparnos de dos segmentos, lo excluido y lo que tenemos como derecho fundamental?

J.P.U: Primero quiero anotar que hay más elementos, no solo el del Techo, por primera vez tenemos valores máximos de recobros que estamos aplicando para reducir la dispersión. Estamos trabajando fuertemente en el tema de inclusiones que sé que es algo que a ustedes les interesa, que podamos mover más cosas hacia las inclusiones, pero también las exclusiones, estamos haciendo más cosas en ese tema, la misma recentralización del No PBS del subsidiado tiene que ver con eso. En cuanto a Techos hay realmente una diferencia técnica: el Techo persigue lo que usted dijo, que haya una responsabilidad en la gestión de todo ese proceso que tiene que ver con el recobro afuera, que hoy no le duele a nadie, solo a todos los colombianos al final en un desborde que compromete la sostenibilidad de la seguridad social. Entonces el Techo sí busca esa transferencia digámoslo de responsabilidad de gestión, en lograr eficiencia y cerrar abusos, pero es un Techo que se hace contra el histórico de un consumo y no necesariamente de una prevalencia de incidencia de siniestralidad en la población, esa es la diferencia sutil con la UPC, porque la UPC se calcula no sobre el histórico, sino sobre esa carga a la enfermedad que se refleja después en unos siniestros que generan un costo, es decir, parecido al Techo pero no exactamente lo mismo en la discusión.

Sí creo que su pregunta tiene una orientación de política pública acertada y es que a futuro Colombia tiene que ir cerrando

en torno a ese aseguramiento universal la mayor cantidad de servicios y de medicamentos que puede tener en el derecho a la salud el colombiano, ahí vamos a estar todos más cómodos, mientras más inclusiones podamos tener y más pequeños sea ese No PBS, que hace parte del derecho a la salud, creo que tendremos mayor equilibrio y mayor sostenibilidad.

CS: Usted tocaba el tema de la compra centralizada y los valores máximos de recobro, quiero preguntarle brevemente sobre ese tema. Conociendo los modelos regionales y entendiendo que Colombia se está convirtiendo en un referente internacional de la regulación de precios de medicamentos, ¿Colombia va a hacer comprar regionales de medicamentos?

J.P.U: Estamos procurándolas hacer, hemos buscado en la región con secretarías de Salud, identificar medicamentos que de alguna manera nos duelen a todos, que son importantes, tienen alto costo y de pronto una compra centralizada regional nos fortalece a todos en mejorar el acceso a estos medicamentos. El fondo estratégico de la OPS cumple ahí un papel importante que también estamos tratando de confirmar, muy parecido a lo que hacemos con el fondo rotativo en vacunas, que al final es esa compra masiva y regional la que permite mejores precios unitarios. Vamos a ver qué tanto podemos avanzar. Al mismo tiempo tenemos un programa de compra centralizada en medicamentos nacional, que de nuevo sigue sobre la muy buena iniciativa que se hizo en su momento de Hepatitis C y esperamos pueda crecer para darle mayor eficiencia, mejor acceso y más sostenibilidad a nuestro sistema.

CS: El país está muy contento con la iniciativa de incentivos por resultados y por calidad,

la inquietud del fondeo de la iniciativa al principio nos inquietó porque le estamos quitando la plata, esos 24 mil pesos que la EPS recibía por todos los del contributivo para hacer actividades de promoción y prevención. ¿Cómo está sorteando usted esa parte que parece ambivalente de quitar la plata de promoción y volverla una inyección de incentivos?

J.P.U: Creo que no estamos quitando la plata, creo que estamos es asegurando la plata contra el resultado que queremos tener en prevención.

CS: ¿Las EPS no estaban usando bien ese dinero de prevención?

J.P.U: Yo repito algo que oigo con frecuencia cuando voy por todo el país, y es que la mayoría de los ciudadanos sienten que muchas de las actividades de prevención y promoción no les llegaban, y eso es una crítica generalizada, creo que todos tenemos que reflexionar sobre ella. Lo que hacemos es tomar una plata significativa por primera vez, casi \$600 mil millones al año, y decir que no la vamos a poner en el gasto, sino que la vamos a poner en resultados. No nos la estamos llevando a ningún otro lado, todo lo contrario, antes en el gasto podía haber mucho esfuerzo y de pronto ineficiencias y el resultado que se alcanzaba podía ser marginal, ahora lo que queremos es asegurar, en una tendencia que es importante a nivel mundial en política social y en salud, de atar de nuevo el financiamiento con los resultados. Vamos a ver cómo nos va, tenemos el segundo semestre del año para reglamentar esto, es la primera vez y es importante que lo hagamos bien, va a ser muy importante cómo escogemos los indicadores y las metas, cómo se verifican, cómo ese verificador debe ser independiente para



garantizarnos de nuevo que la plata siga el resultado y creo que nos ayuda a cambiar algo sobre todo en la cultura de la salud y es que pasemos de la cultura del gasto, del 'deme, deme deme', a la cultura del resultado, el 'yo generé, yo generé, yo generé'.

CS: En ese sentido, ¿el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA), instrumento que seguimos para hacer los rankings y ver cómo se están comportando prestadores y aseguradores, va a ser el utilizado para la calidad o se va a diseñar otro instrumento?, y, en segundo lugar, ¿además de los prestadores, las EPS y otros actores del sistema recibirán incentivos?

J.P.U: En principio esto exige una estructuración independiente distinta a la del SEA, es una oportunidad de nuevo para hacerlo bien, va a tener una complejidad metodológica importante, el efector de estas actividades de prevención termina siendo una ESE, una IPS,



realmente que pueda ser parte de la red de una EPS y creo que por eso al final en la discusión del PND se dejó esa precisión, creo que eso no contradice lo que queremos hacer.

Esto es solo el primer paso, tenemos que ser capaces de llevar, y así lo ha querido el presidente Duque desde el inicio de su Gobierno, más incentivos atados a resultados a otros espacios del sector. Estamos trabajando ahora en un manual de acreditación para EPS que esperamos tener a finales de año, es un sueño del Ministerio y mío que un conjunto importante de EPS del contributivo y subsidiado el año entrante empiecen un proceso de acreditación voluntario donde empiecen a buscar resultados con estándares superiores para los ciudadanos que representan y afilian. Queremos seguir buscando incentivos, reconocimiento y estímulos para esas IPS que logran acreditación en salud, que demuestran estándares superiores de calidad

y seguridad, es un trabajo donde aún tenemos una deuda, pero estamos avanzando.

CS: En cuanto a las personas registradas en el instrumento SISBEN y afiliada al régimen subsidiado, ¿van a verse impactadas por el ajuste en la calibración de la pobreza nacional? ¿eso abre la puerta para que se recategorice esta población y realmente se proteja a quienes lo requieren y quienes tienen alguna capacidad de pago hagan su aporte? ¿Cómo va ese tema?

J.P.U: Esto es un tema que lidera Planeación Nacional, toda la redefinición del instrumento de este Sisbén IV, entrará digámoslo en implementación el próximo año, y va a ser muy importante porque nosotros en materia de salud hemos optado por un sistema de aseguramiento individual con una focalización muy importante de subsidio. Es una pregunta abierta que tiene Colombia, por qué la mitad de su población sigue estando toda en el subsidiado cuando ha habido una reducción de la pobreza tan grande en los últimos 20 años. Sin embargo más que esa discusión de focalización de subsidios que el país siempre tendrá que mantener y dar, en el caso de salud lo que queremos, aprovechando este instrumento, es llegarle a una fracción de la población, a un número de hogares que llamamos la ‘población sándwich’, que realmente no alcanzan a estar en el régimen contributivo por la manera en que devengan ingresos que no les permite esa estabilidad, pero no son suficientemente pobres o vulnerables para estar en el subsidiado. Aquí va a poder haber una contribución parcial, una solidaridad parcial que les va a permitir gozar del aseguramiento y al mismo tiempo ser solidarios con todos los demás en el país.

CS: Ineludiblemente debemos hablar de Medimás al ser un componente muy importante, numéricamente hablando, del aseguramiento en Colombia. Vemos a esta EPS altamente vulnerable no solo por sus ejecutorias, sino por toda la carga judicial que ya tiene encima y los riesgos que esto está incubando para el país. ¿Qué opina del tema de Medimás hoy? ¿Cuál es la postura gubernamental respecto de lo que están pidiendo los tribunales y qué pueden esperar los pacientes y prestadores frente a esta incertidumbre que hace perder confianza?

J.P.U: Voy a contestar en tres niveles distintos: el primero es que nuestro sistema tiene que seguir avanzando hacia la depuración de actores en general, aquellos actores que no cumplan con las expectativas deben ir saliendo, la Supersalud ha hecho un esfuerzo muy grande para revocaciones o completas o parciales, esa depuración y consolidación de aseguradores con mejores indicadores de desempeño es fundamental para el largo plazo del modelo que Colombia optó en seguridad social.

El segundo de los temas es que es muy importante para el Ministerio abstenerse de comentar sobre los fallos judiciales que hay que respetar y que hay que acatar, acá hay un debido proceso para todas las partes que todos debemos respetar, sin duda la segunda instancia que va a revisar el fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca va a dar luces sobre un muy complejo tema jurídico, y de nuevo es responsabilidad del Ministerio estar velando por el conjunto de los ciudadanos en el entretanto.

Lo tercero es que cumpliendo con esa responsabilidad, el Ministerio, el Gobierno y el Sistema le están dando a Medimás todos los meses la UPC de sus afiliados y haciendo el esfuerzo correspondiente en el

No PBS para que a su vez esta EPS, como todas las demás EPS, cumplan con sus obligaciones en el día a día.

Vengo de una región en Colombia que atraviesa una crisis grande de comunicación y he encontrado que esta EPS le está cumpliendo a la red allá en los pagos corrientes, en la relación y seguimiento a sus afiliados, eso es lo que quisiéramos ver en todo el país, quisiéramos que las EPS tengan redes reales, funcionales y efectivas para la población, quisiéramos que el giro de los recursos sea inmediato, transparente, información pública, que el Gobierno pueda honrar, como lo hará en el acuerdo de punto final, su deuda con las EPS, y que los ciudadanos mantengan su libertad de elección. Este es un modelo de competencia regulada donde yo siempre insisto que el elemento más importante en este modelo es que cada colombiano sepa que puede escoger su EPS y dentro de su EPS sus IPS para los servicios en salud, esto es fundamental y ojalá garanticemos todos los días ese derecho en todo el territorio nacional.

CS: No le he preguntado sobre el giro directo, ¿se aplicará giro directo también en el contributivo plenamente y en qué porcentaje? Le pregunto porque quizás la clave aquí son los porcentajes, porque llevamos una muy buena práctica en el subsidiado con buenos resultados.

J.P.U: Vamos ya por alrededor del 70%, quiero que el sector reconozca eso, ya casi estamos casi que llegando al 80% de giro directo en el subsidiado, pero conozco también EPS del contributivo que están haciendo un esfuerzo muy grande de giro directo. El PND nos faculta para cuando haya incumplimiento desde la EPS en sus parámetros financieros y de funcionamiento hacer el giro directo y llevarlo hasta el máximo, 90% en el contributivo y 92% en el subsidiado en las condiciones actuales, y muy importante con esto es la información pública, es vital que el flujo de los recursos sea conocido y podamos ver que donde están los contratos está llegando la gente y está la plata; y no que tengamos la gente en un sitio y los contratos y los flujos en otra parte. Es muy importante en el giro directo la no intermediación



innecesaria de los recursos, pero también la visibilidad y transparencia de ese flujo.

CS: Colombia es el país por excelencia receptor de migrantes venezolanos, el impacto debe ser gigantesco. Nos preocupa lo que podría representar en el tema de salud pública, en los indicadores, en el control de enfermedades transmisibles y en la carga de enfermedad cuando la volvamos a calibrar, además del gigantesco esfuerzo financiero, ¿qué está pasando con ese tema?

J.P.U: De esas cosas que digamos uno antes del 7 de agosto no veía con esa dimensión era este fenómeno y este reto migratorio en todo el país, que ya no es solo en la frontera. Tres dimensiones para hablar del tema: en la de salud pública que usted muy bien señalaba, hemos hecho un trabajo grande en reforzamiento de biológicos, hemos podido contener los brotes de infectocontagiosos que han aparecido, particularmente sarampión. No podemos bajar la guardia ni cantar victoria, pero los grupos de respuesta rápida, el trabajo del Instituto Nacional





de Salud, la coordinación con los secretarios de Salud ha permitido que Colombia, recibiendo más de 1.3 millones de migrantes en el territorio y más de 3 millones que han pasado por aquí, haya podido controlar estas amenazas en salud pública, hay mucho por hacer ahí pero creo que vamos bastante bien. La OPS en una misión reciente nos calificó como un ejemplo mundial a seguir en el control de sarampión.

El segundo tema es el asistencial, tenemos unas cuentas que se van acumulando y uno no sabe cuánto es porque hay hospitales muy juiciosos en documentar los servicios y hay otros menos juiciosos, unos con modelos eficientes y otros que no. Lo que sabemos es que hemos movilizado \$110 mil millones en estos 10 meses, mucho más de lo que se había movilizado antes, pero insuficiente frente al gasto que se va acumulando, por eso esto es una preocupación del presidente Duque, de la Cancillería, de este Ministerio, del Ministerio de Hacienda, y es cómo movilizamos más recursos para acompañar el esfuerzo asistencial de la red hospitalaria, particularmente pública, pero en algunos sitios también privada en la atención de migrantes.



El tercer tema que creo es la salida a mediano y largo plazo que estamos trabajando y es que ojalá una fracción muy importante de esos migrantes entren a los mecanismos de protección social colombiano. Ese recién nacido que ingrese a nuestro régimen subsidiado, ese migrante que regularizó su permanencia en Colombia, que entre al contributivo, como lo están haciendo ya en algunas de las grandes capitales del país, y con esto vamos a ser más eficientes, vamos a ser más predecibles y vamos a darles una mejor respuesta humanitaria y social que es lo que todos queremos hacer, este es un reto abierto de nuevo y este Ministerio está volcado de manera importante en enfrentar ese reto.

CS: Ministro Juan Pablo Uribe muchas gracias por su invaluable tiempo y su presencia en el XIV Congreso Nacional de Salud que organiza CONSULTORSALUD

J.P.U: A Ud. Carlos Felipe y a su equipo por la importante labor que desarrollan en todo el país.



Sergio Isaza Villa
Médico Pediatra
Presidente Federación
Médica Colombiana

UN NUEVO SISTEMA DE SALUD

Hay que hacer valer la Ley Estatutaria mediante una propuesta de ley ordinaria que la reglamente; que desarrolle y ejecute la estrategia de atención primaria en salud cuyo objetivo sea la creación de territorios saludables, con una estructura única de financiación y pago fuertemente controlada por representantes de la sociedad, sin EPS ni ningún tipo de intermediador financiero; un sistema de salud con planes transectoriales en los diversos ámbitos de la vida humana, individual y social mediante la propuesta de políticas interministeriales de gobierno que den cuenta de los determinantes de salud y enfermedad; un sistema de salud que ofrezca información en tiempo real de sus ejecuciones, situación y avances; que tenga un código de sanciones ejemplares para sus transgresores; que no tenga ningún tipo de pólizas como el POS o el Plan de Beneficios, pues no será un sistema de aseguramiento privado con ánimo de lucro sino un verdadero sistema de salud que propenderá por el bienestar general y garantizará la atención de las personas de acuerdo a sus necesidades; que honre la dignidad del trabajo de todos sus integrantes mediante la estabilidad laboral y el respeto de sus derechos como trabajadores. La realidad exuberante actual es que en centros de salud, hospitales y clínicas, públicos y privados, no existe el contrato laboral y, por lo tanto, no hay estabilidad laboral ni aportes a seguridad social y salud por parte de los empleadores. Todo queda a cargo del trabajador. Existen contratos

de prestación de servicios, trabajo a destajo, ordenes de prestación de servicios o pagos por eventos gracias a la intermediación o tercerización laboral, que el gobierno dice estar sancionando, pero que es el primero en incumplir. Esas supuestas sanciones más parecen ser una táctica publicitaria del gobierno para frenar la organización de los trabajadores de la salud, quienes han incrementado la creación de sindicatos tanto médicos como de otras profesiones y oficios de la salud. En las formas de contratación están involucrados tanto los hospitales públicos y privados como los carteles de las enfermedades de alto costo, verdaderas mafias criminales. Un ejemplo es el cartel de la hemofilia en la costa atlántica. Son esas organizaciones criminales las que controlan la disponibilidad de puestos en buena parte del sistema hospitalario público para garantizar su dominio político y el robo al sistema de salud. Imagínense lo que se podría hacer en atención médica a la población y en actualización de infraestructura sanitaria con el dinero que semanalmente nos informan que se roban; son cifras de decenas de miles de millones de pesos. Las noticias de salud dicen y repiten desde hace más de 20 años que el SGSSS es un modelo fracasado. Lo único que hay que hacer es cambiarlo. Cambiar un sistema que busca el lucro, por uno que busque el disfrute del derecho fundamental a la salud.

MEMBRESÍA ORO

Reciba 12 webinars gratuitos y descuentos exclusivos durante un año





 **INFORMACIÓN Y ANÁLISIS
QUE SE MUEVEN A SU RITMO**

CUANDO LA EVIDENCIA DICE SI, pero algunos siguen diciendo No.

La historia de la regulación pro-competitiva sobre medicamentos biotecnológicos de Colombia

Claudia Vaca y Carolina Gómez
Fundadoras Centro de Pensamiento
“Medicamentos, Información y Poder”.
Universidad Nacional de Colombia

*El título de esta nota adapta el título de un artículo publicado, en febrero de 2017, en la famosa revista cultural *The Atlantic*¹. El artículo llama la atención sobre el exceso de uso de tratamientos que son innecesarios, o que incluso pueden ser dañinos, aunque las pruebas o la evidencia sean claras en desaconsejarlos. Cita un estudio realizado en 2012, y financiado por el Departamento de Salud y Envejecimiento de Australia, que buscaba reducir el gasto en procedimientos innecesarios en el que se identificaron 156 prácticas médicas activas, probablemente inseguras o ineficaces.*

Estos hallazgos invitan a promover lo que en la literatura reciente se conoce como reversión médica. La reversión médica se define como el fenómeno en el que una práctica médica establecida hace mucho tiempo se modifica, debido a estudios o pruebas emergentes y bien diseñadas.

El término reversión médica fue acuñado por Vinay Prasad, en un best seller de divulgación científica del mismo título². El autor, un oncólogo que se ha hecho famoso en redes sociales, compila con rigor una gran cantidad de casos de tratamientos que se han prescrito durante años, a menudo décadas, que luego la evidencia controvierde. El libro invita a que se use la evidencia para que se desincentiven las prácticas clínicas inseguras o innecesarias.

1 David Epstein and ProPublica . When Evidence Says No, but Doctors Say Yes. Disponible en <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/02/when-evidence-says-no-but-doctors-say-yes/517368/>

2 Prasad V, Cifu A. Ending Medical Reversal: Improving Outcomes, Saving Lives (Johns Hopkins Press Health Books (Paperback)) 1st Edition.



Pues bien, así como en la práctica clínica es indispensable conocer los hallazgos de estudios clínicos robustos para mejorar los resultados de los pacientes; la regulación sobre la aprobación de medicamentos debe considerar los avances científicos, en búsqueda del bienestar de la población.

Colombia ha dado un paso adelante en los que podría llamarse la reversión regulatoria. Se trata de la interesante historia del Decreto 1782 de 2014, en el que se establecen los requisitos técnicos para la aprobación y vigilancia de los medicamentos biológicos y biotecnológicos.

Este decreto establece tres formas o rutas para presentar la información de registro de un bioterapéutico: Una ruta del expediente completo para los medicamentos biológicos completamente nuevos, también llamados pioneros, y dos rutas para las versiones ya conocidas: una ruta de comparabilidad y una ruta abreviada.

La ruta del expediente completo exige un paquete de pruebas que incluyen extensos y complejos experimentos con animales y experimentos con humanos tanto sanos, como enfermos.

Las otras dos rutas (rutas de la comparabilidad y comparabilidad abreviada) se reservan para la aprobación de las versiones genéricas de biotecnológicos, también llamados biosimilares, que entrarán al mercado después de vencida la patente. Usualmente más de 15 años de uso. Es decir, se trata de medicamentos con una efectividad y seguridad conocidas, que deben haber realizado una exhaustiva evaluación científica para demostrar que son esencialmente similares al medicamento de referencia (el nuevo o pionero).

Para demostrar que la molécula es esencialmente la misma, un biogénico o biosimilar hace un ejercicio de comparación, de ingeniería reversa, para demostrar su alta similaridad fisicoquímica y funcional con el medicamento nuevo.

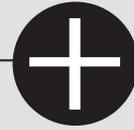
En estos casos los experimentos con humanos podrían reducirse, dada la evidencia de seguridad y efectividad derivada del uso del pionero y sus homólogos. En ciertas ocasiones se requieren estudios clínicos más complejos de Fase III. A estos estudios se les denomina estudios confirmatorios.

En otros casos, los estudios confirmatorios se podrían eximir. Las exenciones de los estudios confirmatorios están descritas, de manera camuflada, por la agencia sanitaria de Estados Unidos, por la Agencia Europea y por otras agencias del mundo. La

Organización Mundial de la Salud insinúa de forma muy tímida que es posible eximir estudios confirmatorios. Colombia lo hace de manera explícita para la ruta abreviada de la comparabilidad.

La evidencia reciente crece en favor de eximir más ampliamente los estudios confirmatorios por considerarse innecesarios y todo indica que la postura regulatoria de Colombia será la regla y no la excepción.

El artículo de Francois-Xavier Frapaise publicado recientemente establece que *"Dado que los ensayos Fase III, grandes y costosos, no han demostrado su capacidad para detectar diferencias clínicas entre biosimilares y originadores, es razonable que en los próximos años, un paquete más sólido de química, fabricación y control de calidad, junto con evidencia disponible; además de los estudios Fase I, podrían reemplazar el paradigma de desarrollo actual de los biosimilares, que se basa en estudios Fase III "* (The End of Phase 3 Clinical Trials in Biosimilars Development?, BioDrugs 2018 - 32: 319).



Este y otros artículos están siendo discutidos en escenarios técnicos. En Biosimilars Development se cita una discusión entre médicos tratantes, en la que se reconoce la complejidad de la polémica sobre la exención de estudios Fase III para el registro de estos medicamentos, pero que muestra optimismo frente a esta tendencia³.

3 Anna Rose Welch, Editor, Biosimilar Development. Physicians Speak Out About Biosimilar Value Disponible en <http://xurl.es/uiwy5>



En contra de la evidencia, Afidro, el gremio de las multinacionales farmacéuticas, en 2017 solicitó al Consejo de Estado medidas cautelares sobre el artículo 9 del decreto 1782 (ruta abreviada de la comparabilidad), y presentó una demanda de nulidad contra el mismo artículo. El Consejo de Estado en abril de este año negó preliminarmente la medida cautelar solicitada⁴.

Colombia lleva más de 10 años pagando sumas gigantescas por los medicamentos biotecnológicos para el cáncer, la hemofilia y otras patologías. Hablamos de cifras que rondan los 2 billones de pesos. Esos medicamentos hasta hace 4 o 5 años estaban protegidos por patentes. La ADRES pagó el año pasado más de 600 mil

millones de pesos por solo cinco de estos biotecnológicos monopólicos. Pero ahora podría ahorrar una importante cantidad de recursos, gracias a las versiones genéricas que vienen en camino. Por ejemplo, para el Rituximab, usado en cierto tipo de leucemias, se han radicado cinco solicitudes de registro de competidores en el INVIMA. Para el Trastuzumab indicado para cáncer de seno, hay cuatro solicitudes y para el Bevacizumab que se usa para el cáncer de colon, tres.

¿Qué hacer cuando nuevos datos demuestran que exigir pruebas redundantes, no es beneficiosa y sí puede ser perjudicial para el país?

El debate llegó a la Asamblea Mundial de la Salud de este año cuando varios expertos del mundo pidieron al Director General de la OMS que las guías de la organización reflejen esta oportunidad para facilitar el acceso los bioterapéuticos genéricos. Los países respaldaron esta necesidad y el asunto se encuentra en análisis en la OMS⁵.

Durante décadas se difundió la idea de que un genérico de un medicamento biotecnológico sólo podría demostrar su calidad si presentaba un experimento clínico, aún si demostraba que se trataba de una molécula esencialmente igual a la del pionero. Aún si, desde el punto de vista ético se exigía someter seres humanos a un riesgo innecesario. Esta creencia, sumada campañas de miedo lideradas por quienes controlan el mercado actual de biotecnológicos, ha ocasionado el retraso de la entrada de competencia en este mercado, con significativos costos para los sistemas de salud. El Centro de Pensamiento “Medicamentos, Información y Poder” envió una carta abierta a las Sociedades Científicas para liderar en conjunto una estrategia académica que acompañe estos debates y facilite la aceptación de las versiones más baratas de biotecnológicos que entrarán pronto al mercado. También para que el INVIMA, y otras agencias del mundo, evalúen con rigor los requisitos de registro de biocompetidores, pero evitando generar barreras y dilaciones a la entrada de competencia. Estamos esperando una respuesta positiva a esta invitación.

4 Resumen en inglés de la decisión del Consejo de Estado sobre la demanda de Afidro para decretar medidas cautelares sobre la Ruta Abreviada de la Comparabilidad del Decreto 1782 de 2014 (Aprobación de Bioterapéuticos en Colombia) Disponible en <https://us5.campaign-archive.com/?u=fa9cf38799136b5660f367ba6&id=98d2b094a7>

5 Ver carta de expertos en http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/Memo_on_WHO_Guidelines_on_SBP_s_.pdf

Consultoría Estratégica

En CONSULTORSALUD acompañamos estratégicamente a las empresas del sector salud en:

- 1 ▶ Contratación de servicios
- 2 ▶ Redes de prestadores
- 3 ▶ Estructuración de negocios
- 4 ▶ Estudios de mercado
- 5 ▶ Rutas integradas
- 6 ▶ Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

SALUD COMO UN DERECHO Y UN DEBER, ¿ES ALCANZABLE?

Por **José E. Cabrejo Paredes MD, PhD, MPH**

Médico Auditor

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Presidente de la Sociedad Peruana de Doctores

DESDE QUE A NIVEL MUNDIAL SE ACEPTÓ COMO DEFINICIÓN DE SALUD AL "ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR...Y NO SÓLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD", EN LA TRADUCCIÓN HISPANA HEMOS TRATADO DE COMPRENDER Y APLICAR ESTA CONCEPCIÓN CON ÉXITOS Y TROPIEZOS, PERO SOBRETUDO CON ALGUNAS IMPRECISIONES QUE GENERAN CONTINUOS CAMBIOS Y REFORMAS EN LAS POLÍTICAS DE ESTADO DE LOS PAÍSES DE NUESTRO CONTINENTE.

La Salud vista como "Bienestar" es la expresión del estar bien, de la felicidad, de ese equilibrio y armonía externa e interna que presenta un ser humano y es por ello que más que colectiva es individualizable.

Vista como un derecho ésta debe tener la protección del Estado, pero no enfocada únicamente en la provisión de servicios asistenciales hospitalarios, sino fundamentalmente en las regulaciones legislativas de protección acerca de los determinantes sociales y en el reconocimiento de la importancia del territorio socioantropológico que se basa en la interculturalidad, la tolerancia y la solidaridad. La salud vista como un derecho, supone el ejercicio de la ciudadanía, pero no en espera de una respuesta a sus necesidades sino a la generación de sus capacidades.

Pero la salud no solo debe ser vista como un derecho, sino

además justificadamente como un deber, porque al ser el bienestar individualizado esto exige un autocuidado que hace a la persona actor principal de la autorregulación de sus experiencias que pueden o no generar un problema de salud.

Por tanto, el individuo no se hace ajeno y pasivo a una atención como típico "paciente", sino más bien está comprometido y asociado a sus proveedores de servicios para conservar la esencia de su bienestar, para fidelizarse a su tratamiento y reincorporarse con energía a su esquema social.

Se hace necesario plantear las dos caras de la salud en momentos que en el globalizado siglo XXI, que tiene una preponderancia de libre mercado, la salud fuertemente deja de ser vista como un derecho y muchas veces pasa a convertirse en un "bien de consumo" que exige tener un tipo de seguro para recuperarla o conservarla y si a esto le agregamos el alto grado de



“Hospitalocentrismo” que reina en Latinoamérica se genera un inmenso gasto en fármacos y altas tecnologías diagnósticas muchas veces innecesarias pero reguladas por criterios comerciales.

Asimismo, se observa que en lugar de políticas de salud los Estados latinoamericanos generan legislaciones de intervención reactivas que lejos de ser una política de bienestar se convierte en la respuesta a la emergencia de una enfermedad o al abordaje de la misma por lo cual no es una política de salud sino más bien una política para la enfermedad.

Para culminar este análisis, confundir aseguramiento o protección del derecho equitativo al cuidado en salud con una política de “seguros” también es un gran problema pues los costos se incrementan más debido a que nos preocupamos por atender los daños ocasionados y no en evitar que estos se

produzcan, cabe en sí pensar cómo estamos abordando las atenciones en los distintos niveles: Como cuidados esenciales de la salud, tal como lo manifestaba mi maestro y compatriota David Tejada de Rivero, o como Atención Primaria de Salud que se sigue confundiendo con un consultorio de primer nivel de atención que sólo atiende capa simple y que deriva casi todo a la atención hospitalaria.

Entonces se plantea el reto de lograr que nuestros Estados comprendan y apliquen las connotaciones de este concepto de salud como deber y no sólo como derecho y la lleven a la práctica en reformas constitucionales y legislativas, que sigan trabajando en servicios asistenciales que brinden calidad y seguridad al paciente, pero que por sobretodo brinden espacios cuyos determinantes favorezcan este bienestar tan anhelado y no sólo reaccionar ante el daño producido.

Alma Ata nos dejó una lección hace 40 años, que sí se puede lograr un avance si todos estamos convencidos cual es el objetivo final. En Latinoamérica necesitamos aclarar nuestros objetivos y creer en nuestras innovaciones mucho más cuando los problemas ahora no son solo materno infantiles sino además metabólicos, de senilidad, oncológicos y otros que nos obligan a tener nuevos y mejores enfoques del abordaje de la salud en general.

Julio César Aldana Bula
Director General del Invima

El Gobierno colombiano ha asumido un fuerte compromiso con la modernización y digitalización del Estado, persiguiendo más allá de una mayor conectividad y acceso a internet de alta calidad, un cambio de mentalidad y perspectiva que pongan al ciudadano en el centro del quehacer público.

Es por esto que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), se suma a este propósito y asume el reto de la transformación digital de la entidad, adoptando cambios apalancados por tecnologías de la información modernas y eficientes que permitan mejorar la interacción con sus usuarios y acercarse a la ciudadanía.

Para el **Director General del Instituto, Julio César Aldana Bula**, la transformación digital es **“una herramienta de administración moderna que nos ayudará a ser más eficientes, más transparentes y más confiables ante la ciudadanía”**.

Igualmente, afirma: **“el Invima trabaja por el propósito indeclinable de salvaguardar la salud pública. Con la transformación digital como base de los pilares de esta administración, buscamos fortalecer los procesos de eficiencia, transparencia y mejora del estatus sanitario”**.

En este sentido, la transformación digital es mucho más que una integración de tecnologías, pretende transformar modelos operacionales y optimización de procesos, apropiando las nuevas tecnologías de la información, para generar mayor valor a los usuarios y robustecer el modelo de Inspección, Vigilancia y Control, impactando positivamente en la salud pública.

LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL: nuestro reto para conectarnos de manera eficiente con la ciudadanía



En este sentido, la **transformación digital** es mucho más que una integración de tecnologías, pretende transformar modelos operacionales y optimización de procesos, apropiando las **nuevas tecnologías de la información**, para generar mayor valor a los usuarios y robustecer el modelo de Inspección, Vigilancia y Control, impactando positivamente en la salud pública.

El Invima asume el reto de la transformación digital, en el marco de la estrategia del **Gobierno Nacional** que busca la modernización y digitalización del Estado, para mejorar la productividad y el bienestar de la ciudadanía, utilizando las nuevas tecnologías.

A través del **‘Pacto por la Transformación Digital’** que hace parte del **Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022**, se busca tener una entidad mucho más cercana al ciudadano, por medio de un plan de trabajo para el proceso de implementación de transformación, con acciones concretas durante este cuatrienio.

Enfocado siempre en velar por la salud pública de los colombianos, Invima desarrolló un modelo **probabilístico/estadístico** de Inspección, Vigilancia y Control, alimentado por los ciudadanos, la industria y dos grandes plataformas que permiten tener un Invima conectado.

El Instituto se encuentra en un proceso de articulación entre personas, procesos y tecnología para lograr ser una entidad más transparente, eficiente, cercana, con dinámicas y criterios unificados con la industria, promoviendo la mejora del **estatus sanitario del país y empresarios más competitivos**.

“Estamos convencidos de que este es el camino y que las instituciones u organizaciones que no se transforman digitalmente van a tender a desaparecer”, Julio César Aldana Bula.



BIG DATA SALUD

Estamos en capacidad de acompañar a las aseguradoras, Instituciones prestadoras de servicios de salud, Industria farmacéutica y proveedores de bienes y servicios en salud, en el manejo especializado de sus datos, transformándolos en información útil, actualizada y estratégica para tomar decisiones.

- Línea Investigación de Big data
- Línea Analítica y Minería de datos
- Línea Predictibilidad e inteligencia artificial

info@consultorsalud.com



Una mirada al interior de los hospitales

**Olga Lucía Zuluaga
Rodríguez**
Directora Ejecutiva de ACESI

Una vez pasen las elecciones del próximo 27 de octubre de 2019, alcaldes y gobernadores recién elegidos, armarán sus gabinetes municipales y departamentales y realizarán sus planes de desarrollo, que serán el norte de la administración. Uno de los primeros temas que deberán tener en cuenta los mandatarios electos es quién o quiénes van a gerenciar las empresas sociales del estado dentro de sus jurisdicciones territoriales a partir del 1 de abril del año 2020; toda vez que el mecanismo de elección de alrededor de los 980 hospitales públicos, ya es responsabilidad de la entidad Territorial (presidente de la República, Gobernadores y alcaldes), dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión. El periodo será de cuatro (4) años, y dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión.

Este cambio radical en la designación de los gerentes de las ESE define varios aspectos para tener en cuenta.

El primer mensaje es para esos gobernantes elegidos: coadyuvar, cooperar y apoyar a los nuevos gerentes y establecer el compromiso de sacar adelante al hospital u hospitales.

En días anteriores, el Ministerio de Salud organizó una jornada para visibilizar algunos casos exitosos de hospitales estatales del orden territorial en donde las finanzas eran sanas, la calidad del servicio excelente, la infraestructura adecuada y en general, unas instituciones muy organizadas. Al explorar cuál era el secreto de su éxito, se encontró que aparte de un gerente con altas cualidades, el alcalde o el gobernador, estaban absolutamente comprometidos, no solamente como mandatarios sino como presidentes de sus juntas directivas.

Ahora bien, el reto para los nuevos gerentes y las Entidades Territoriales, con el apoyo del gobierno nacional es enorme, vale la pena mencionar los aspectos más críticos que merecen ser tenidos en cuenta. El primero es enfrentar el limbo jurídico administrativo, con el choque de trenes entre las mismas entidades del estado, mientras Mintrabajo aboga por una planta de personal estable en los cargos misionales (situación en la cual, estamos de acuerdo), que no esté al vaivén de las cuotas políticas con contratos a dos y tres meses para los profesionales de la salud, al mismo tiempo permitiría que las estrategias y planes de trabajo fluyan, y tengan continuidad para la obtención de la triple meta. Por otro lado, MinHacienda y las Secretarías de Salud departamentales no aprueban dichas plantas de personal, porque en la mayoría de las instituciones no tienen garantizado presupuestos a largo plazo para cumplir las obligaciones laborales de los nuevos funcionarios en planta; situación que debe ser reglamentada por el nivel nacional con recursos para la laboralización de los hospitales públicos, acompañados de estudios técnicos que permitan garantizar la planta de cargos que requiere la población para ser atendida.

Este fortalecimiento del Talento Humano en salud en la red pública hospitalaria, sería un cambio importante y de gran impacto, desde ACESI abogamos desde luego por la profesionalización y la estabilidad laboral de todas las personas que trabajan en un hospital, pero también, es necesario reflexionar y saber de dónde van a salir esos recursos. Es por ello, que hemos insistido en la necesidad de que sea el mismo Ministerio de Salud el que asuma la carga laboral de la red hospitalaria acorde a las necesidades de la población, para evitar que cada prestador asigne una parte de sus ingresos al pago de sus nóminas.

Para agravar el tema laboral, los nuevos gerentes deberán a partir del 1 de enero de 2020, Conforme a lo aprobado en el Plan Nacional de Desarrollo, asumir pagos de pensión, salud y ARL del bolsillo de cada hospital, dado que ya no habrá giros de los aportes patronales que recibían las ESE anteriormente, en otras palabras, otro frente de gastos para estas entidades de salud.



Otro de los retos para los nuevos gerentes de los hospitales, es el fortalecimiento tecnológico, en cumplimiento de las nuevas normas, como facturación electrónica, historias clínicas digitales e interoperabilidad, para garantizar procesos con altos estándares de calidad y humanización en los servicios de salud.

No podemos dejar de lado, un tema muy importante para la continuidad de las instituciones y es la recuperación de cartera, el cual es el otro gran desafío que tendrán que asumir los nuevos responsables de los hospitales y los que están terminando su periodo. En este sentido, cabe resaltar la cartera que se genera por atención en el servicio de urgencias, en donde hay una obligación perentoria por parte de los hospitales de salvar la vida a toda persona que llegue con riesgo de fallecer. En muchos casos la estabilización, demanda de cirugías de emergencia y procedimientos altamente costosos; sin embargo, el flujo de recursos por este concepto no tiene la celeridad que se requiere, colocando en aprietos financieros a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Situación que se ha venido agravando con el fenómeno migratorio venezolano, en donde la cartera por atención de servicios de salud a esta población ya suma miles de millones de pesos en todo el país, no solamente en los departamentos de frontera.

Y a manera de colofón, es importante que el Ministerio de Salud en el corto plazo, inicie las mesas de trabajo para el fortalecimiento de las empresas sociales del estado, a través de un Gobierno Corporativo competitivo, pero que garantice la viabilidad financiera, con una alta rentabilidad social.

ADRES

ha garantizado el flujo
recursos del **sector salud**

Cristina Arango Olaya
Directora de la ADRES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES– tiene como misión principal, administrar el presupuesto del sistema de salud de la forma más eficiente, oportuna y transparentemente posible. En el 2019 la entidad tiene un presupuesto de \$53,1 billones, un 15,2% más que en 2018.

De estos recursos, el 97% se destinan al aseguramiento del régimen subsidiado y contributivo de salud, los cuales son reconocidos a las EPS a través del giro de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y con ellos deben garantizar la cobertura del Plan de Beneficios en Salud (PBS), las licencias de maternidad y paternidad, las incapacidades por enfermedad general y per cápita de promoción y prevención de los afiliados al sistema de salud.

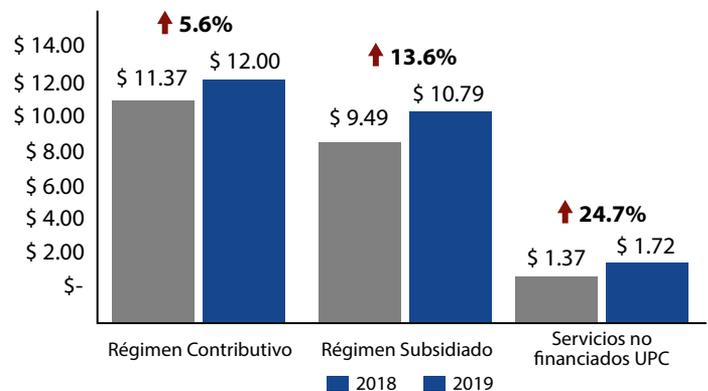
En una menor proporción, la ADRES utiliza el 8,7% de los dineros de salud en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC (No PBS), y con un 0,5% del presupuesto se pagan las atenciones médicas e indemnizaciones por muerte de las víctimas de accidentes de vehículos no asegurados, eventos catastróficos y terroristas.

Desde sus inicios, la ADRES ha girado con oportunidad los recursos apropiados para la salud. Inclusive, la figura de unidad de caja le ha permitido a la entidad una mejor planificación presupuestal y una garantía de flujo de recursos al sistema de salud.

Entre enero y junio de 2019 se han realizado giros por \$22,79 billones por el aseguramiento en salud

de los colombianos, cifra superior en 8% frente al mismo periodo del año anterior y de los que se han beneficiado más de tres mil IPS o proveedores de servicios de salud. Las otras obligaciones, como el reconocimiento y pago por servicios no financiados con la UPC (No PBS) también se han venido cumpliendo, de enero a junio de este año se han girado \$1,72 billones, lo que representa un incremento de 24,7% con respecto al mismo periodo del año anterior.

Ejecución presupuestal ADRES enero a junio 2018-2019
(Cifras en billones)



Si bien el sector salud se vio afectado por el aplazamiento de los recursos para recobros (\$2,7 billones), a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND) se plantearon los mecanismos para mantener los giros en lo que resta del año y cumplir con lo inicialmente proyectado. Esto representa un incremento del presupuesto de recobros de 30% frente al año anterior.

A pesar de todos los esfuerzos presupuestales, la presión de gasto de los servicios tecnologías en salud no financiado con la UPC resulta desbordante para el sistema -tanto en lo operativo como en lo fiscal-. Es así como las diferentes herramientas del PND permiten una transformación para lograr un flujo de recursos más estable y que los esfuerzos institucionales se puedan concentrar en identificar las brechas de eficiencia en el gasto no PBS y tomar los correctivos que esto amerita.



Formarsalud es una marca de **CONSULTORSALUD** especializada en la educación del talento humano de salud colombiano y latinoamericano que desarrolla sus funciones a través de:

- Inmersiones sectoriales
- Cursos cortos
- Congreso nacional de salud
- Cursos especializados
- Webinars
- Diplomados
- Entrenamientos presenciales
- Videos
- Ebooks

info@consultorsalud.com

QUIZA VA A CONVENIR CERRAR EL CONGRESO

Al menos en el sector de la salud, nada de lo que hagan los legisladores de verdad importa.

Gustavo Morales
Presidente de Acemi

No, no me ha atacado súbitamente una fiebre autoritaria o fascista, ni me he montado en el bus de los populismos de derecha e izquierda. 27 años de carrera profesional dan fe de mi profunda convicción en la importancia de la separación de poderes y del papel central e inescapable de la rama legislativa en una democracia.



He tenido que trabajar en discusiones salgan buenas normas, y nada me distintas calidades con el hace pensar, hasta ahora, que ese no pueda ser el Congreso y con congresistas caso. El actual Congreso es mejor que muchos de de distintas vertientes, otros países, y me atrevo a decir que, según varios durante muchos años. criterios, es mejor que otros de nuestra historia En esta legislatura que reciente.

transcurre, he visto de cerca la seriedad con la que la mayoría de los congresistas El problema no es pues, ni la existencia del Congreso, asumen su rol legislativo, muchos de ellos ni su trabajo, ni el resultado de sus debates, así incluso desde el anonimato mediático. no compartamos todo el enfoque de su actividad legislativa. El problema es que, como están las cosas, nada de lo que haga el Congreso importa ya Esto ha sido particularmente evidente en el tema de salud, donde se han dado discusiones muy de fondo sobre en Colombia. No me refiero a la trillada percepción la arquitectura de nuestro Sistema. En de que “las leyes no se cumplen”, o de que “aquí un país serio, es de esperar que de esas no se respeta la autoridad”; quizá me refiero a



una forma muy insidiosa y dañina en la que se manifiestan estos desgastados lugares comunes. Lo cierto es que esos congresistas que proponen, se reúnen, estudian, consultan, persuaden, concilian, corrigen, revisan, vuelven a proponer, se molestan, llegan a acuerdos, ceden y conceden, buscan fórmulas, para al final llegar a la aprobación de unas normas determinadas, con la esperanza de que ellas gobiernen el asunto respectivo. Esos Congresistas, repito, están perdiendo soberanamente el tiempo y harían mejor en dedicarse a otra cosa.

Los jueces de la República y los organismos de control se han encargado de hacer inocuo lo que muchos consideramos una manifestación esencial del principio democrático. Nada de lo que redacten o aprueben los legisladores ahora importa, los jueces o los burócratas de Procuraduría y Contraloría se encargarán de volverlo otra cosa, de cambiar completamente su sentido, de reducir a la nada y hacer trizas semejante empeño de deliberación republicana. No estoy aquí criticando aquellas decisiones que declaran inconstitucional alguna ley; esas son perfectamente entendibles en defensa de la supremacía de la Constitución. Me refiero a fallos que ponen a la ley a decir exactamente lo opuesto a lo que ésta dijo expresamente, a decir lo que los jueces o los funcionarios de turno quieren que diga. Para estos, el texto de la norma ya no es siquiera una tímida directriz orientadora; es más bien, un estorbo a ignorar.

Tres ejemplos del sector salud ilustran cabalmente el punto:

1 En 2007, después de tremendas discusiones, el Congreso de Colombia aprobó una norma (artículo 15 de la ley 1122 de 2007), que textualmente dice lo siguiente: “Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud...” Es evidente que el legislador pretendía con ella ponerle un límite al gasto en salud que las EPS contratan con sus IPS propias, esto es, las que son de su propiedad, las que le pertenecen, las que, en los términos del Código Civil, hacen parte de su patrimonio en la medida en que ejercen sobre ellas derecho de dominio. No es posible, razonablemente, entender de otra forma el término “IPS propias”. ¿Respecto de cuáles IPS no puede una EPS contratar más del 30% del valor del gasto en salud? Pues respecto de las que le son propias. Eso, y no otra cosa, es lo que dice la norma.

Pues resulta que no, que esa forma de leer la norma, tan elemental y obvia, resultado de su nítido texto, no es la correcta. Acaba de conocerse un fallo del Consejo de Estado, (escrito por la magistrada Peña Garzón), que pone a la norma legal recién mencionada a decir exactamente lo contrario a lo que ella quiso decir. Al declarar como válida una resolución de algún Superintendente de Salud con agenda que, hace más de 11 años, –cuál Andrés Bello del S. XXI- redefinió el concepto de propiedad a su antojo; el Consejo de Estado acaba de considerar que lo que la norma en realidad dice es que el límite del 30% aplica a IPS subordinadas o que pertenezcan al mismo grupo empresarial. Nada de eso dice la ley, se trata de una extrapolación que ni siquiera se acerca a lo que muy claramente quiso el legislador. Pero eso no es lo peor: lo peor es que la resolución en cuestión omitió mencionar el caso de las IPS que son de manera lisa y llana propiedad de una EPS, las que fueron construidas y compradas por la EPS y le pertenecen de manera directa, como a mí me pertenece mi casa o mi televisor. Esas, que operan bajo el mismo NIT y eran las que el legislador quería regular, quedan ahora totalmente liberadas de las restricciones que el legislador les quería poner; y, en cambio, las que tienen alguna relación contractual con la EPS por algún acuerdo societario o alguna fraternidad de grupo, que el legislador ni siquiera mencionó, quedan ahora sometidas a la famosa restricción del 30%.

Así por ejemplo, si una EPS construye ahora, con los recursos de administración que otras leyes le permiten, digamos, unos consultorios de atención primaria, o un centro diagnóstico, y los cuenta como de su propiedad, podrá destinar a ello todos los recursos para gasto en salud que se le dé la gana, pues se trata de la prestación de servicios bajo un mismo NIT, situación que no encuadra en ninguna de las situaciones de subordinación o de grupo empresarial, para la cual se requiere la participación de dos agentes económicos. Pero si en cambio, la EPS llega a un acuerdo societario con otra entidad dueña de IPS, o contractual, o de colaboración, o llegan a pertenecer al mismo grupo empresarial, allí si aplican todo tipo de restricciones que el legislador jamás concibió.

Cuando la sentencia C-1041 de 2007 de la Corte Constitucional señala que la restricción a la integración vertical “debe ser entendida en sentido amplio, es decir como una prohibición de toda forma negocial que implique un acuerdo de voluntades entre EPS e IPS para la provisión de prestaciones en materia de salud”, ello significa que para alcanzar el límite del 30% de contratación entre la EPS y la IPS propia, se tienen en cuenta todas las formas de contratación (capitación, prestación por servicio, etc.), y no, como pareciera entenderlo el Consejo de Estado, que toda forma negocial conduce a considerar a la IPS como propia cuando con ocasión de esta se den las condiciones de subordinación o grupo empresarial.

2 En 2015, el Congreso aprobó, después de años de debate, la Ley Estatutaria de Salud, que definió el alcance y los límites del derecho fundamental a la salud. Al hacerlo, estableció que el sistema de salud debe pagar todos los procedimientos y servicios que ordenen los médicos en ejercicio de su autonomía (sin entrar a determinar de qué bolsillo o de qué forma se pagan, esa es otra discusión), pero que, en ningún caso, deberían pagarse procedimientos o servicios que fueran excluidos, a través de un procedimiento científico y participativo. En eso consiste trazar límites: en definir



que está adentro y que está afuera. Y en este caso, queda por fuera lo excluido. Se entiende entonces, que con recursos públicos del sistema no se puede costear lo excluido y que esa negativa, por estar autorizada por el legislador estatutario, no constituye violación alguna a derecho alguno.

¿Claro y relativamente simple, verdad? Pues no. La Corte Constitucional acaba de emitir un fallo que autoriza, por vía tutela, que el sistema de salud pague con recursos públicos servicios y procedimientos que han sido válidamente excluidos por haberlo así decidido el Ministerio de Salud tras poner en marcha el riguroso procedimiento de exclusiones establecido para el efecto. Es decir, de nuevo, de nada sirve que el legislador trace límites, si al otro día los jueces los van a ignorar. El acceso a los servicios excluidos debe garantizarse, pero no con cargo a los recursos del sector salud. Esto era lo que decía la Ley y es una lástima que sea la propia Corte la que diga lo contrario.

Si bien es cierto, la decisión tendría como fundamento la sentencia C-313 de 2014 que declaró la exequibilidad del proyecto de ley que culminó en la expedición de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), lo cierto es que inaplicar el listado de exclusiones acudiendo a los mismos criterios

que históricamente se han utilizado para inaplicar el POS (hoy Plan de Beneficios con cargo a la UPC), equivale a que en la práctica el esfuerzo del legislador por delimitar el alcance del derecho fundamental a la salud, haya perdido toda eficacia.

3 Un último ejemplo, más antiguo y aún más estructural. La ley 100 de 1993, que en teoría gobierna nuestro sistema de salud, estableció que las EPS podrían prestar servicios directamente, esto es, que podrían integrarse verticalmente con las IPS. (Artículos 156, 177 y 179, entre otros, declarados exequibles por la Corte Constitucional en la sentencia C-616 de 2001).

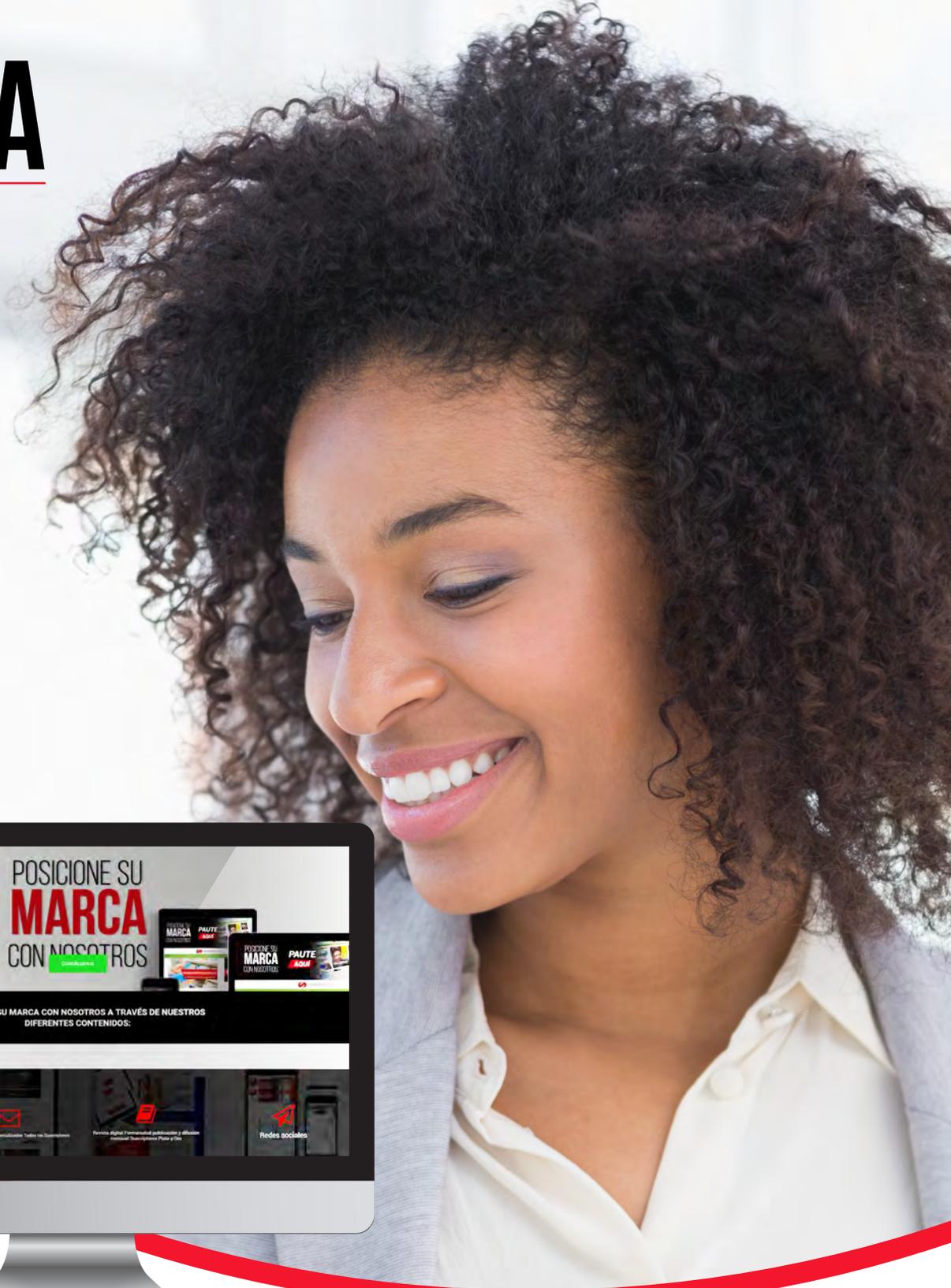
Además, la misma Ley estableció que las EPS recibirían a cambio del cumplimiento de la obligación de garantizar el POS, una Unidad de Pago por Capitación. La Ley 100 de 1993 se refiere a la Unidad de Pago como reconocimiento, lo cual no es otra cosa que una transferencia a título de pago. Este último carácter lo reiteró la Ley 1753 de 2015 en el artículo 67, al señalar que los recursos de la ADRES se destinan entre otras al “reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento”.

Hoy en día hay gente en la cárcel, o con su patrimonio confiscado y embargado, marginados totalmente de la posibilidad de servir al Estado o trabajar en el sector salud, porque cometieron el terrible error de entender que la ley decía lo que en efecto decía, esto es, que las IPS podían estar dentro de la EPS, que la prestación se puede hacer de manera directa por la EPS, que la contratación con externos NO es la única modalidad viable de prestación, y que la UPC es un pago por el aseguramiento. ¿Su delito? Aplicarle las reglas del castellano a la lectura de la ley. Organizaron desde las EPS esquemas de prestación directa, invirtieron en IPS propias, en fin, hicieron lo que la ley explícitamente autorizaba. Pero como a muchos no les gustaba esa opción, decidieron perseguir a quienes optaron por ese camino autorizado en la ley. ¿Qué la ley lo permite? Eso es irrelevante para los jueces y los Contralores y los Procuradores. Para ellos, la ley ya ni siquiera hace las veces de directriz general, su texto es un dato estorboso que hay que ignorar, a la hora de tomar decisiones que ponen en juego la vida y el patrimonio de muchas personas que actúan conforme a la Ley.

De modo que, a los legisladores que tanta energía le dedican a redactar con cuidado las normas, especialmente en el sector salud, va un mensaje lleno de pesadumbre: Dedíquense a otra cosa. No vale la pena. Pierden el tiempo. O aprueben lo que primero se les venga a la cabeza, todo da igual. Los jueces y los burócratas de los organismos de control harán con el cuidadoso fruto de su labor legislativa lo que les indique el fervor mediático y su sesgo ideológico, no lo que establece la Ley.



PAUTA



421 mil personas del sector salud verán tu **marca** cada mes

 **formarsalud**
Conocimiento que transforma

 **consultorsalud**
Aportando a la salud Latinoamericana

TELESALUD

Los servicios incluyen:

- Software de Telemedicina: cuenta con HC propia, modulo de agendamiento, sala de video conferencia, sala de chat, plataforma para cargue de documentos.
- Telediagnóstico
- RIS y PACS
- Lectura remota para usos de Teleradiología
- Tele concepto
- Teleconsulta a través de nuestra IPS y centro de referencia asociados.
- Alojamiento y backup de datos
- Control estadístico

telemedicina@consultorsalud.com





CONOCIMIENTO QUE TRANSFORMA

www.consultorsalud.com



@consultor_salud



/ConsultorSalud