www.consultorsalud.com

formarsalud

ENERO 2020 - No. 06

MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE LA REGULACIÓN DE SALUD

4 GRANDES CAMBIOS

EL PRESUPUESTO MÁXIMO UNA REVISIÓN COMPLETA DESDE LAS EPS

ONCOLOGÍA MATEMÁTICA

ERRORES EN LA MEDICACIÓN

MEDICINA FAMILIAR EJE EN EL SISTEMA

consultorsalud
Aportando a la salud Latinoamericana

Director Editorial
Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes

Gerente Administrativa
Liliana Palacios Muñoz

Directora de Proyectos
Laura Daniela Muñoz Palacios

Coordinación Editorial
Yedni Paola Velásquez

Corrector de Estilo
Yedni Paola Velásquez

Diseño y Diagramación
Julián Yobany Garzón

Preprensa Digital
FORMARSALUD

TIENDA VIRTUAL

En nuestra tienda virtual encontrará webinarios, e-books, cursos virtuales y muchos más productos con los que estará actualizado con la información estratégica **del sector salud.**

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS

CONGRESO

SEMINARIO

WEBINARIO

CURSOS

REVISTA

formarsalud

Conocimiento que transforma

formarsalud

Conocimiento
que transforma

www.consultorsalud.com @consultor_salud ConsultorSalud

CONTENIDO

ENERO 2020

06

ONCOLOGÍA MATEMÁTICA

Voy a iniciar diciendo lo obvio, el cáncer es una enfermedad compleja. Esa inmensa complejidad, nos ha llevado a creer – irracionalmente quizás-...

20

LA NECEDAD ESA DEL MÉTODO CIENTÍFICO

Josef Mengele nació en Günzburg en marzo de 1911, hijo de una familia acomodada gracias a una fábrica de equipos para agricultura. Sus historiadores están de acuerdo en que no odiaba...

22

LOS MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE TODA LA REGULACIÓN DE SALUD

Después del 25 de mayo de 2019, fecha en que se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1954 de 2019), se hizo mucho más evidente la necesidad...

28

44 IPS ACREDITADAS

Actualmente en Colombia se encuentran acreditadas 44 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que cumplen con las condiciones legales mínimas de calidad en sus servicios exigidas por la entidad...

32

DE LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN Y OTROS PROBLEMAS

Los errores en la medicación ocurren diariamente, y cobran la vida de 1.3 millones personas en el mundo cada año según ha informado la OMS...

10

MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD EJE EN EL SISTEMA DE SALUD

En Latinoamérica tenemos muchas crisis por el constante déficit en el financiamiento de intervenciones sanitarias de tipo recuperativas...

12

LO QUE DEJÓ EL 2019 Y LO QUE DEBERÍA VENIR PARA EL 2020, EN MATERIA DE SALUD

Ya concluido 2019 y apenas vislumbrando las primeras semanas de 2020...

14

EL PRESUPUESTO MÁXIMO VISIÓN DE LAS EPS

El artículo 240 de la Ley 1955 marca un antes y un después en el sistema de salud, y de ahí la importancia...

36

ASÍ ESTÁ EL ASEGURAMIENTO EN SALUD

El comportamiento histórico del número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los dos regímenes de afiliación a nivel nacional muestra una curva que casi de manera ininterrumpida ha crecido, y tiende a la universalidad, iniciando en el año 1995 con una cobertura en salud de 29,21% y a cierre del año 2018 con 94,66%...

Luis Eduardo Pino Villarreal
M.D. Msc. MBA.

Oncología Matemática

Voy a iniciar **diciendo lo obvio,** el cáncer es una enfermedad compleja. Esa inmensa complejidad, nos ha **llevado a creer** –irracionalmente quizás- que con lo que hoy tenemos podemos dominar **la enfermedad** y llegar a una curación **genérica.** Lamentablemente no es así.

La complejidad de este grupo de enfermedades comprende un amplio rango desde lo biológico **(genético, genómico, proteómico, metabólico, inmunológico),** social, económico y ecológico (la interacción en estos mismos niveles: Microambiente – tumor, sistemas de salud – sistemas económicos, supervivencia **– calidad de vida, costo –** eficiencia etc).

Si abordamos el **cáncer con una visión** reduccionista seguiremos en el autoengaño, **creyendo** que lo importante se restringe al diagnóstico, al **tratamiento** y a que alguien pague por ello.

Los médicos nos centramos en la visión **biológica;** los sistemas de salud en la visión socioeconómica y los **pacientes,** bueno, ellos quieren ser curados o al menos tener un **equilibrio** en lo que se hace, ojalá con el menor impacto **económico** y en su calidad de vida (si es que la hay).

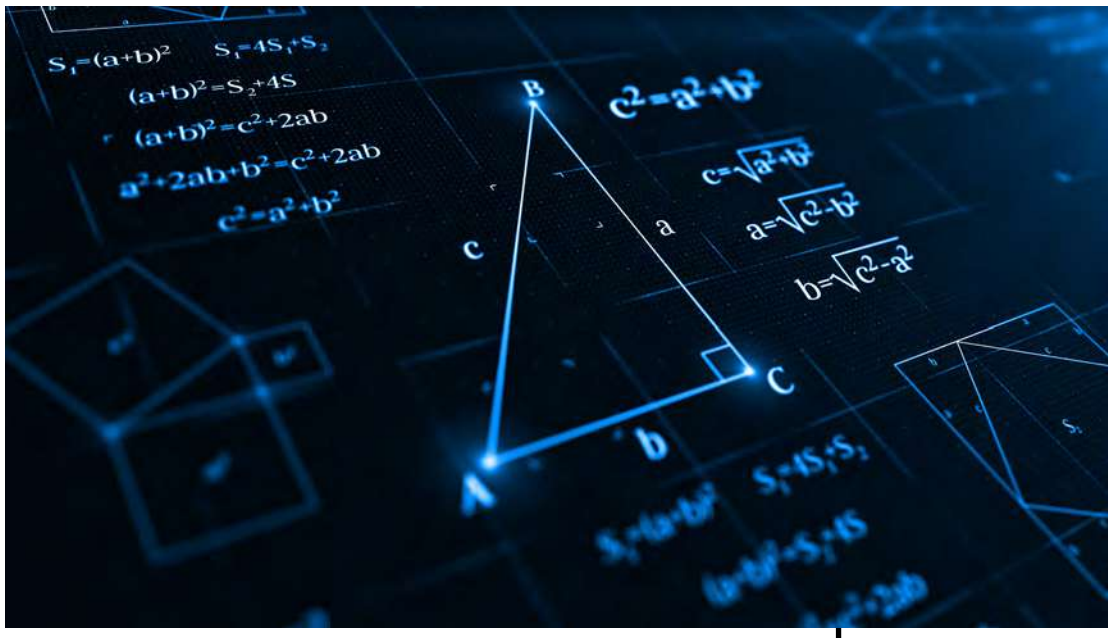
En los sistemas de alta **complejidad,** el **análisis** de los datos en forma **descriptiva** es insuficiente, inexacto e ineficiente. Es decir, **no existe en cáncer**

una sola causa y un solo efecto. La revolución **genómica** nos ha permitido sin duda llegar a un nivel básico de personalización de **diagnósticos** y terapias con mejores resultados en **enfermedades** puntuales como cáncer de pulmón o cáncer colorectal, sin embargo, los datos **biológicos y clínicos** son limitados y solamente pueden brindar soluciones parciales en una atmósfera de **complejidad** extrema como la descrita.

Los ejes que conforman los **datos** en salud son múltiples, pero han sido **resumidos** recientemente ***(Shilo, Rossman, Segal. Nature Medicine, enero 2020: 29-38)*** con la diferenciación de sus propiedades dependiendo de la **fuente de obtención** de los mismos. Los ejes de datos obtenidos a partir de diferentes cohortes son:

1 Número de **participantes** en estudios **(eje N):** Se refiere a los datos de las cohortes, no solo de los **estudios clínicos** sino de los registros poblacionales de **enfermedad.**

2 Profundidad de la **fenotipificación (eje D):** Incluye todos los datos que van desde la denominada omics **(genómica, proteómica, metabolómica etc)** hasta datos **demográficos, antropométricos, sociodemográficos etc.** Este eje es hoy el más heterogéneo, pero a la vez **importante** en oncología.



3 Seguimiento **Longitudinal (eje F):** Se refiere a los datos derivados de la **secuencia** temporal de eventos en el seguimiento de los **registros y cohortes.**

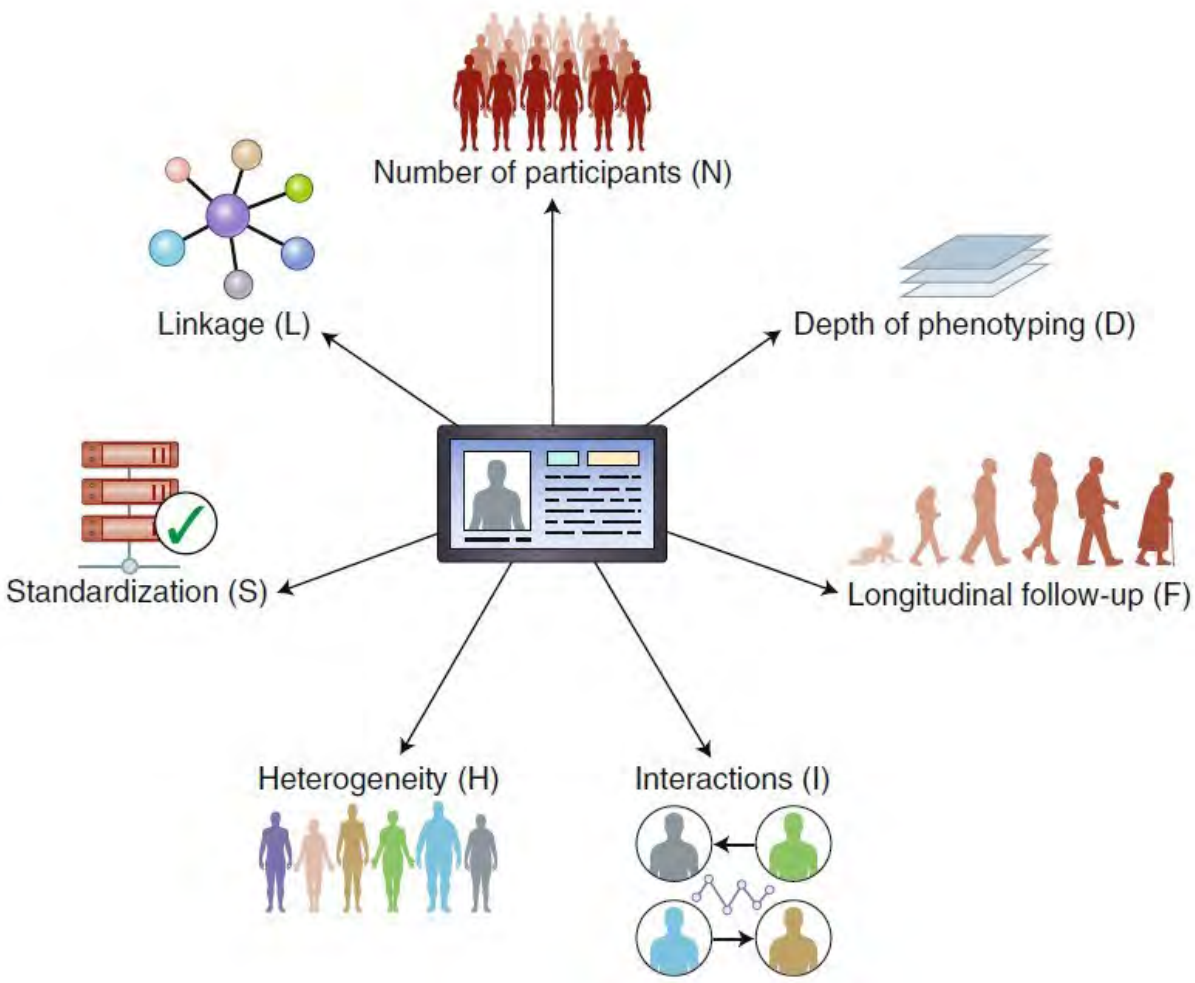
4 **Interacciones** poblacionales (eje I): Son los **datos derivados** de los **impactos** cruzados en las cohortes bien sea **individuo -individuo,** ambiente –individuo, genes–ambiente etc.

5 Heterogeneidad de la **Cohorte (eje H):** Se refiere a todas las **desviaciones** de **diferentes fuentes** del dato dentro del registro **generador** de **información.** Esta variación depende de los tipos de **registros** de los cuales se tomen.

6 **Estandarización y armonización** de los datos **(eje S):** Se refiere a los **elementos** de estandarización de los datos por ejemplo **códigos** como **CIE -10.** Esto en oncología es un reto debido a la inmensa cantidad de clasificaciones y **variaciones** en los registros de **enfermedades** y datos derivados de ellas.

7 Relaciones entre las **fuentes de datos** (Eje L): Se refiere a la extracción y **relacionamiento** de los **datos obtenidos** de diferentes fuentes para la misma **persona** dentro del registro. Esto conlleva un **importante** conflicto relacionado con la privacidad de datos, pero es a lo que están migrando sistemas de **salud** con interoperabilidad **multidimensional (no solo de historia clínica electrónica)** como Estonia.

Ejes de los Datos en Salud (Tomado de Shilo, 2020)



Estos **ejes varían de acuerdo** al tipo de cohorte o registro del cual se tomen. Básicamente las **grandes** cohortes a partir de las cuales **migran** estos datos son:

- **Cohortes "profundas": Registros de poblaciones tipificadas mediante técnicas de secuenciación profunda para llegar al máximo nivel lograble hoy de genotipificación.**
- **Mega – Biobancos: Bancos de datos genómicos**
- **Poblaciones de estudios de asociación por genómica amplificada (GWAS)**
- **Poblaciones de ensayos clínicos tradicionales (Estudios fase III randomizados)**
- **Poblaciones o cohortes de registros de evidencias del mundo real RWE (datos obtenidos de registros médicos electrónicos por ejemplo).**

Los avances en los **modelos matemáticos** de **predicción** han permitido disminuir un poco la bruma alrededor de las **interacciones** en el **ecosistema cáncer,** sin embargo, los datos que tenemos hoy son de una escala, promedio y heterogéneos lo que dificulta **establecer** relaciones **matemáticas** exactas que permitan enlazar **genotipo con fenotipo,** célula con tejido, órgano con sistema e individuo con población. Es entonces **necesario** no solamente transformar la forma en que capturamos los datos con plataformas **tecnológicas,** sino establecer con claridad cuáles son los datos que requeriremos como **insumo** para los modelos **matemáticos** a realizar en cáncer, esos que nos permitan enlazar los **eslabones** perdidos multidimensionales (el eje I).

Un **problema** crucial es que cuando los clínicos pensamos en modelos **matemáticos** en cáncer **consideramos** que estos son aplicables únicamente al **campo** de la investigación básica, pero en los últimos años **(Anderson, A; Maini, P. Mathematical Oncology. Bull Math Biol (2018) 80:945–953),** la oncología matemática ha **evolucionado** para generar **respuestas** prácticas que lleguen a nuestros pacientes con el fin de **mejorar** lo que hacemos en **Oncología.**

Esto no ha **ocurrido** solamente en el **escenario** de los modelos **matemáticos,** vemos también cambios muy importantes para **oncología** en: Nuevos diseños de los estudios clínicos **(estudios de diseño innovador complejo),** en el desarrollo de terapias **(farmacología de intervención),** en la medición de resultados **(indicadores pragmáticos en cáncer)** y en modelos econométricos **(evaluación multidimensional del valor terapéutico etc).**

Todo lo anterior como **respuesta** a los pobres **resultados** en cáncer en todas sus **dimensiones.**

La matemática, la estadística avanzada y la computación unidas en oncología

pueden comprobar **hipótesis,** generar modelos predictivos de todo tipo y lo más **importante,** generar nuevas preguntas de investigación que **podrán** ser resueltas en **menor tiempo** y en forma más exacta. **Considero** que esta nueva era **permitirá** disminuir los periodos de latencia de la ideación a la **realidad** en todos los campos de la **especialidad,** pero sin duda siguen siendo los datos, su **estandarización** y su **calidad** el insumo crítico para estos desarrollos.

Los campos en los cuales la oncología matemática tendrá mayor impacto serán:

1 **Predicción y optimización** de terapias **específicas** para pacientes (modelos matemáticos **aplicados** a diseños **complejos** como los estudios en **"sombrilla" y en "canasta"**)

2 **Captura y análisis** de datos genómicos a escala **poblacional** en **modelos** multiescala. En este campo es muy importante para **países** como el nuestro **incluir** datos de **antropología** para generar modelos étnicos que permitan **caracterizar** nuestras particularidades. (Un buen ejemplo de esto sería el **análisis** computacional de **variables** moleculares **relacionadas** con ancestría).

3 **Inmunoterapia de precisión**

4 Optimización de **estudios** clínicos **avanzados** (modelos complejos, estudios ex **vivo** en modelos simulados, **estudios n=1 etc).**

5 Evaluación de **mecanismos** de resistencia a **terapias**

6 **Integración** de la clínica con la **biología** de sistemas, esto es crucial para mejorar la **oncología** de precisión con terapias imprecisas **(quimioterapia citotóxica, por ejemplo).**

7 Farmacoterapia de **intervención** (rediseño de **fármacos,** píldoras **inteligentes,** diseño de fármacos en 3D, dosis **personalizadas** etc).

Pienso que también hay una **inmensa** oportunidad para la integración **matemática-oncología** en el terreno de la economía de la **salud** y la administración del riesgo. La matemática **actuarial** en este **contexto** puede facilitarnos (una vez tengamos datos) a optimizar los cálculos de presupuestos **máximos** para resultados de **calidad** ajustados por indicadores de desempeño para escenarios **oncológicos** específicos (no es lo mismo cáncer de **pulmón** sin adicción oncogénica que con ella). De igual forma la **construcción** de redes neurales de combinación pueden **ayudarnos** a optimizar el diagnóstico en imágenes oncológicas o en la toma de decisiones **complejas** facilitando las iteraciones múltiples tan **frecuentes** en nuestro campo.

Hay un **inmenso** océano azul en este campo, con lo cual he **revalidado** mi **concepto** de que en **medicina** no iba a necesitar las **integrales** y derivadas.

MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD EJE EN EL SISTEMA DE SALUD

JOSÉ E. CABREJO PAREDES
MD, PHD, MPH
Médico Auditor
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Presidente de la Sociedad Peruana de Doctores

En Latinoamérica tenemos muchas **crisis** por el constante déficit en el **financiamiento** de intervenciones sanitarias de **tipo** recuperativas que, además de no lograr **mejoras** en los indicadores de bienestar de una **población,** adolecen de insumos y materiales necesarios para lograr una cobertura total y **sobretodo** una atención de calidad.

LA ESPECIALIZACIÓN COMO RESPUESTA MÉDICA

Frente al gran avance en los **descubrimientos** en el campo de la medicina con enfoque no **solamente** en la unicausalidad sino también en la **multicausalidad,** se fue creando la necesidad de **"departamentalizar",** por así decirlo, los campos de orientación **tecnológica** de la profesión médica y crear las especialidades ya casi a mediados del **siglo XX.**

Hay que **recordar** que el gran auge de la **tecnologización** en medicina y el detrimento **paradójico** del estado de salud en el mundo llevó a una **reflexión** por parte de sus líderes, allá por **1978,** lo que **culminó** en la conocida **reunión de Alma** Ata donde uno de los más grandes logros en Salud Pública ha sido el **planteamiento** del **Primary Health Care (Cuidado esencial de la salud)** denominado imperfectamente como Atención Primaria de Salud. Es en ese contexto que la **Medicina Familiar** aparece como la única especialidad del **Primary Health Care.**

MEDICINA FAMILIAR: COMPRENDIENDO SU ÁMBITO DE ACCIÓN COMO ESPECIALIDAD

Tan confuso se ha **mostrado** el campo de acción de la **Medicina Familiar en Latinoamérica** como lo ha sido la propia **hermeneútica** de la traducción de Primary Health Care.

En primer lugar, si la traducción: **"Atención Primaria en Salud"** se interpreta en un **contexto biomédico,** se tiene la percepción **equivocada** de creer que es una atención **(tipo consultorio)** de primer nivel, **muchas veces** impropia del enfoque curativo **hospitalario** y relegada a la atención por un **médico** generalista y por tanto la especialidad como tal no **tendría** ninguna diferencia con las acciones de un no **especialista**.

Sin embargo, si **comprendemos** la verdadera connotación como **"Cuidados esenciales de Salud"** entonces se asume que las **acciones** preventivo promocionales, **longitudinales**, e integradoras corresponden a los tres **niveles de atención** y no únicamente al **primer nivel.** Por tanto, se comprende así que esta **especialidad,** como tal, tiene características **instrumentales** específicas que la hacen diferente a otras **especialidades** y requiere un entrenamiento mayor al de un médico **generalista.**

El médico **Familiar y Comunitario** es un especialista que instrumentaliza y enfoca sus acciones en **llevar adelante** los **atributos** de los Cuidados esenciales de Salud, lo cual si bien es cierto es el **Primer Contacto** pero tomado como primordial y no **únicamente** como entrada al sistema.

Necesitamos un **médico familiar** en el primer nivel de atención para que **aborde** a la persona y sus problemas de salud **(uno de los cuales es la enfermedad)** evitando "etiquetados" sobrediagnósticos y **sobreprescripciones** no basadas en evidencia. **Asimismo,** interviene en las familias para **fortalecerlas** a través de sus recursos funcionales y crear **condiciones** de bienestar o de fidelización de tratamiento en caso de enfermedad; Y no menos **importante,** trabaja con la comunidad logrando su **empoderamiento** y coordinación en redes para la mejora de sus **condiciones** sociales y ambientales con un enfoque territorial.

En el **segundo y tercer nivel** de atención el médico familiar como especialista **hospitalario** ejerce la función integradora de las demás especialidades **biomédicas** para dar un enfoque **biopsicosocial** de las complejidades y además detectar e investigar los factores de **riesgo** que llevaron a ese nivel por enfermedad o complicación y **alertar** al primer nivel a la toma de acciones en los mismos. Ahora asume nuevos **retos** con los cuidados **paliativos** que exige este nuevo siglo donde no **sólo lo hospitalario** sino lo domiciliario **adquiere** un rol protagónico.

MEDICINA FAMILIAR: RIESGOS Y BENEFICIOS EN EL SISTEMA

Lo mencionado **líneas arriba** nos describe los **beneficios** tanto para un **sistema público** como privado donde muchas veces se ha **abandonado** la esencia de la **entrevista clínica,** la connotación **biopsicosocial** y la importancia del **entorno** en la intervención de los **problemas de salud.** Ambos sectores, **público** y privado, serían más **eficientes** en la optimización de sus **recursos** y la población sentiría el bienestar de una intervención **sanitaria** de calidad.

También es **lógico** pensar que uno de los mayores riesgos es enfrentarse a las industrias **farmacéuticas** y aquellas que venden nuevas tecnologías **diagnósticas** pues harán lo **imposible** para hacer que la población piense que se les está dando una **"atención muy primariosa"** y tratando de patologizar todo para justificar una **intervención** especializada en determinada enfermedad o región corporal. Ese **enfrentamiento** es altamente riesgoso pues cuentan con capitales **muy altos** que muchas veces **compran** conciencias políticas. El reto está en manos de quien diseñe o **rediseñe** el sistema de salud.

OLGA LUCÍA ZULUAGA
Directora Ejecutiva de ACESI

LO QUE DEJÓ EL 2019 Y LO QUE DEBERÍA VENIR PARA EL 2020, EN MATERIA DE SALUD

Ya concluido **2019** y apenas vislumbrando las **primeras semanas** de **2020,** es necesario hacer un **balance y revisar** las expectativas.

Al comienzo del **año anterior,** los actores del sector teníamos muchas expectativas, debido a los anuncios del **gobierno nacional** en el sentido que iba a fortalecer la red pública hospitalaria, acompañado de temas de vital importancia para el sistema de salud **colombiano,** en el entendido que un país puede tener un sistema de salud sin **EPS,** más no puede existir sin **hospitales.**

Así las cosas, temas como el **fortalecimiento** del talento humano en salud, acompañado de un régimen laboral para **el renglón,** construcción de una política hospitalaria, reglamentación de las redes integradas de servicios de **salud** y el fortalecimiento de procesos de calidad, fueron algunos de los temas **gruesos** que debían ser resueltos durante el **2019.**

Debemos **reconocer** avances en algunos de esos aspectos como el **programa** de Ai Hospital, los cambios en los estándares de habilitación, el cambio que se generó para que los **hospitales** universitarios puedan continuar con su carácter de instituciones **formadoras** de profesionales de la salud con una gradualidad hasta el **2024** y procesos de inversión en infraestructura y dotación de equipos en varias **ESE.**

El **acuerdo** de punto final, es una importante conquista al **lograr** poner de acuerdo a los ministerios de Hacienda y Salud para generar los **recursos** para saldar la deuda de lo correspondiente a lo no incluido en la UPC, no obstante, el **gobierno** se quedó corto, por lo que no se ha logrado dar inicio real al flujo de recursos **necesario** para oxigenar al sector prestador, **cumplir** los compromisos con el talento humano y con los proveedores.

No obstante, lo anterior, quedaron unos retos muy **grandes** para trabajar en el año 2020 y que podríamos resumir en una frase: **"garantizar la sostenibilidad de la red pública hospitalaria".**

Otra de las **decisiones** que **afectaron** profundamente a la red tiene que ver con la eliminación de los aportes **patronales,** como una centralización de recursos para pagar lo correspondiente a las **cuentas** de lo no incluido en la UPC, se generó una **desfinanciación** de muchos hospitales, sumado a la expedición del **Decreto 1464/19** que permitió que el 30% de los **usuarios** del régimen subsidiado fueran trasladados de las EPS liquidadas al **contributivo,** generando que esos usuarios no fueran **contratados** con los hospitales en una fase inicial.

A lo anterior se **suman** las **exigencias** que se viene realizando de tiempo atrás el Ministerio de Trabajo, que tiene que ver con realizar la **laboralización** de los cargos misionales y las sanciones que se están generando porque los **hospitales,** no tienen cómo responder a esa exigencia por falta de presupuesto. Es por ello, que temas como la **reglamentación** del subsidio de oferta, la definición de las redes **integradas** de servicios de salud, los recursos para la atención de migrantes, régimen laboral para el sector salud y la **modificación** del Decreto 1424 se convierten en temas **prioritarios** para ser manejados con el **Ministerio de Salud** en las mesas que fueron anunciadas al finalizar el año y que ya se inició un **cronograma** de trabajo que arrancó el pasado 15 de enero.

En el mes de marzo próximo se **presentará** por parte de nuestra organización una **propuesta** de transformación del hospital público **colombiano** que permita que las ESE puedan responder a los grandes retos que exigen los **cambios** generados en el sector y aportar a la triple meta, planteada por el gobierno nacional.

Consideramos que el **presidente Duque** tiene un gran desafío en la elección del **nuevo** ministro o ministra, para lograr consolidar todos los **objetivos** planteados en el sector y es por ello que, como gremio, nos sumamos a las voces que **solicitan** que el nuevo jefe o jefa de esa **cartera** sea una persona técnica, conocedora del sector que continúe con la ruta **trazada** y que las mesas que ya se iniciaron **logren** el objetivo propuesto, toda vez que al fortalecer el hospital público **colombiano,** se convierte en un instrumento de equidad.

EL PRESUPUESTO MÁXIMO VISIÓN DE LAS EPS

El artículo **240 de la Ley 1955** marca un antes y un después en el sistema de **salud,** y de ahí la importancia del proyecto de **resolución** que aquí se comenta.

El mencionado **artículo 240** desarrolla este principio general con algunas reglas **adicionales** que, en conjunto, constituyen el marco límite al cual debe **sujetarse** el **Ministerio de Salud** al momento de implementar el principio. Sobre esas reglas cabe comentar lo siguiente:

- Esos **servicios y tecnologías** serán **financiados** con cargo a un **presupuesto** máximo.

- Ese **presupuesto** máximo será transferido a las **EPS** por parte de la **ADRES.**

- No es claro **quién** debe establecer el **presupuesto** máximo anual por **EPS.**

- Si es claro que la **metodología** la debe definir el **Ministerio de Salud.**

- La **Ley** no ofrece **prácticamente** ningún criterio o **directriz** para esa metodología excepto que esta **"considerará incentivos al uso eficiente de los recursos"**.

- En ningún **caso** el cumplimiento del **presupuesto** máximo por **parte de las EPS** deberá afectar la **prestación** del servicio.

Gustavo Morales
Presidente de Acemi

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

• Parecería que son **excluyentes** la negociación centralizada de medicamentos, insumos y **dispositivos** y la figura de techos. Aunque no es del todo clara la **redacción, parecería** que los servicios o tecnologías sujetos a **negociación centralizada** no se incluyen en el cálculo del presupuesto máximo.

• A las **EPS** se les atribuyen **3 obligaciones:** Considerar la regulación de precios, Aplicar los valores **máximos** de recobro por **tecnología** o servicio que defina el **Ministerio de Salud** y remitir la información que Minsalud requiera

• A las **EPS** se les da una **autorización** de Implementar mecanismos financieros y de seguros para **mitigar** el riesgo asociado a la gestión de los servicios y **tecnologías** no UPC

• Se ordena a la **ADRES** ajustar sus procesos **administrativos,** operativos, de verificación, **control** y auditoria

Es necesario entonces **analizar** el proyecto de resolución en comento a la luz de este **principio** general **nuevo** y de las reglas de **Ley** que lo complementan, así:

El presupuesto máximo dentro del aseguramiento

Consideramos necesario, desde el **punto de vista de modelo** y de país, defender el esquema de aseguramiento con **administración** de riesgo en relación con todos los servicios que sean responsabilidad de las **EPS.** En esa medida, creemos que debe definirse con claridad que los **recursos** del presupuesto **máximo** que se transfieren a las EPS, deben cumplir con lo siguiente:

a) Naturaleza de la transferencia. El presupuesto **máximo** debe ser definido como una **prima** que se reconoce y paga a la EPS para efectos de asumir un **riesgo** y, en **consecuencia,** debe ser un ingreso de la entidad. Entendemos que, en una primera etapa, debe ser **calculada** como prima adicional a la prima de aseguramiento denominada **Unidad de Pago por Capitación (UPC)** debiéndose hacer seguimiento sobre el comportamiento del **gasto,** para que, en unos años, pueda incorporarse dentro de la UPC general.

En este sentido, se propone la siguiente redacción para incluir en el artículo 3:

"Numeral xx. Valor máximo o techo. Es la prima que el sistema reconoce y paga a la EPS como contraprestación por la labor de aseguramiento que realiza en su población afiliada, de acuerdo con las coberturas definidas en la presente norma."

b) Coberturas explícitas. Dentro de las coberturas de la **prima** adicional pueden incluirse casi la totalidad de bienes y servicios **otorgados** actualmente mediante la figura del NO PBS. Es muy **importante** que las definiciones sean precisas con el ánimo de no **generar** conflictos en el sistema sobre su alcance y riesgo legal para las **entidades** que participan.

c) No financiado con techos. Ahora bien, es **importante** que no se **incluyan** servicios que por su **naturaleza** y comportamiento no son susceptibles de **aseguramiento,** a saber:

a. Enfermedades **huérfanas.** Como hemos manifestado en anteriores **ocasiones,** es fundamental para las **EPS** considerar de manera independiente de la figura de **presupuestos** máximos la atención de las personas que padecen **enfermedades** huérfanas. La **experiencia** de otros países, que fue retomada por ley es que el mejor **resultado** para el manejo de estas patologías es a través de

centros **especializados** de alta excelencia que se encarguen de la atención **integral** de los pacientes, con compras centralizadas para los **medicamentos.**

La **Ley 1392 de 2010,** definió una serie de pautas para la atención y **financiación** de las personas que padecen este tipo de **enfermedades.** Teniendo en cuenta que estas se encuentran **plenamente** identificadas, nuestra propuesta es la de considerarlas de manera **aislada** al cálculo de la **prima** adicional (presupuesto máximo), implementando todas las herramientas planteadas en la ley.

b. Servicios socio **sanitarios.** Insistimos en la importancia de separar los servicios socio **sanitarios** de los **servicios** de salud. Estos se encuentran más relacionados con el bienestar que con el **abordaje** de la salud como tal, están en continuo crecimiento asociado al envejecimiento, la carga de la **enfermedad** y la soledad.

La **experiencia** de manejo en otros **países** nos indica que deben ser gestionados por otras áreas **diferentes** a salud. En ese orden de ideas, consideramos que estos **servicios** deben ser financiados o cofinanciados por el Estado, **dependiendo** de la capacidad de pago de los individuos.

Para este caso **particular,** proponemos que no se incluyan dentro de la prima **individual** y que se **reglamente** su suministro y garantía por vías diferentes y con cargo a otros recursos para **garantizar** además el pago de los servicios que actualmente se encuentra asumiendo el **sector.**

c. Algunos **procedimientos** de baja frecuencia como por ejemplo **"cambio de genitales y tratamientos odontológicos especializados, por el efecto de selección adversa, entre otros"** cuya demanda es muy difícil de predecir.

d. **Medicamentos** no incluidos en las normas **farmacológicas** hasta tanto sean evaluados por el IETS. Ellos se **deben** seguir manejando por recobro durante un periodo **establecido** para ver cómo se comporta la demanda.

En estos casos, el **otorgamiento** de estos beneficios deberá mantenerse vía **MIPRES,** quien deberá consultar en el momento del **trámite por parte** del **profesional** de la salud la **disponibilidad** de recursos, permitiendo a la **ADRES** expedir el **CDP (certificado**

de disponibilidad presupuestal) correspondiente. De no atenerse a la disponibilidad de recursos, se genera un riesgo para la **sostenibilidad** del sistema y el cabal ejercicio del derecho a la salud de la **población afiliada** al sistema.

Se propone la siguiente redacción, con el propósito de adicionar un numeral al artículo 3, así:

"Numeral xxx. Coberturas financiadas con cargo a valores máximos o techos. Se financiarán con cargo a techos las coberturas definidas en la presente norma. Aquellas que no se encuentren financiadas con cargo a la UPC ni con cargo a los valores máximos aquí definidos, deberán ser tramitadas vía MIPRES y facturadas por el proveedor del bien o servicio directamente a ADRES".

• Seguimiento a la **suficiencia** de recursos. Es indispensable que se defina el mecanismo que **implementará** el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el **seguimiento** a la suficiencia de la **prima,** y crear en la norma los **mecanismos** de ajuste que se van a utilizar frente a las desviaciones **observadas.**

• **Gobernanza en la Gestión del Techo o Presupuesto Máximo.** Como se mencionó en comunicación del 16 de octubre pasado, para que la **EPS** asuma el riesgo se requiere **otorgar** a la EPS la total **autonomía** para realizar la gestión de los servicios de manera integral, lo que implica, entre **otros aspectos,** evaluar la pertinencia de las prescripciones que se hagan vía **MIPRES.** Lo anterior implica evaluar un ajuste a la regulación de **MIPRES,** de tal manera que la **información** que provenga de dicho **sistema** se articule con el modelo de gestión de riesgo en salud que tienen las EPS. MIPRES, en **consecuencia,** debería convertirse en un instrumento de monitoreo para **seguimiento** del comportamiento de nuevas moléculas y servicios, y no en autorizador automático.

Asimismo, se debe **disponer** de guías de manejo, analizadas y difundidas por **IETS,** para mayor información de los profesionales y de los pacientes sobre las condiciones de **progresividad** en la **incorporación** de las nuevas **tecnologías** en los tratamientos.

Transición hacia el aseguramiento.

Si el **Ministerio de Salud** considera que de manera transitoria debe **reglamentar** la figura de **presupuestos** máximos como la ha plasmado en el proyecto de norma, mientras tiene mayores **elementos** que le permitan el cálculo técnico de la prima, **consideramos** que la propuesta debe ser ajustada por las siguientes **razones** de carácter general:

Si el **Ministerio de Salud** considera que de manera transitoria debe reglamentar la figura de **presupuestos** máximos como la ha plasmado en el proyecto de norma, mientras tiene mayores elementos que le permitan el ***cálculo técnico*** de la prima, consideramos que la **propuesta** debe ser ajustada por las siguientes **razones** de **carácter general:**

a. Como la propuesta de **resolución** está soportada en la administración de recursos por parte de las **EPS** y no de aseguramiento, debe existir claridad sobre la suficiencia de **recursos** y el restablecimiento del equilibrio cuando se supera el presupuesto máximo. La **figura** propuesta en el **artículo 13** no garantiza el restablecimiento del equilibrio cuando el presupuesto máximo es superado, y los excedentes en las otras entidades o no existen o no son suficientes. Debe quedar clara la **obligación** de pagar el exceso, con base en los soportes allegados por la entidad. De lo contrario se genera una contingencia para la Nación en la **medida** en que genera un daño a la EPS que debe ser reparado. Si es administradora, no se le puede delegar un riesgo y mucho menos **delegar** solo el de pérdida.

b. Tratándose de una **administración** ya que la EPS debe gestionar el servicio, dar cuenta detallada de los servicios pagados y devolver a la **ADRES** lo que logre ahorrar frente al presupuesto asignado, se debe eliminar el artículo 14, en el que señala la definición de un porcentaje de ***"los ingresos de operación asociados a los recursos del presupuesto máximo que se tendrán en cuenta en la evaluación del indicador de patrimonio adecuado".*** Si esto no es aún una prima para gestionar el riesgo, como **corresponde** en un esquema auténticamente asegurador, sino la **administración** clásica de un recurso público por entidades privadas, entonces el presupuesto máximo no puede considerarse verdaderamente un ingreso, y mucho menos debería tener entonces un **impacto** en el indicador de **patrimonio** adecuado.

C. Es **necesario** definir qué valor se va a **reconocer** a la EPS por la gestión asociada a esta **labor.**

Además de estos **comentarios** que tienen que ver con la propuesta de responsabilidades de las **EPS** frente a la **regulación** de la figura de **presupuestos máximos** o techos establecida en el **artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 (PND),** que entendemos que es transitoria mientras se logra la información y **estudios** suficientes para pasar al aseguramiento total, presentamos en seguida los **comentarios** específicos a los **artículos** del proyecto de resolución en la versión publicada el pasado **16 de diciembre.**

formarsalud
Conocimiento que transforma

formarsaludPodcast
Conocimiento que transforma

INFORMACIÓN Y ANÁLISIS QUE SE MUEVEN A SU RITMO

LA NECEDAD ESA DEL MÉTODO CIENTÍFICO

Virginia Abello
Hematologa

Josef Mengele nació en **Günzburg** en marzo de 1911, hijo de una **familia** acomodada gracias a una fábrica de equipos para agricultura. Sus historiadores están de acuerdo en que no odiaba **particularmente** a los judíos, a pesar de haber crecido en un ambiente antisemita; era más bien un católico conservador y un **nacionalista.** En 1930 empezó a estudiar medicina en la **Universidad de Múnich,** donde su trabajo de grado se basó en el estudio **antropológico** de la mandíbula de **4 razas.** El Dr Otmar Freiherr von Verschuer, de quien fue el alumno favorito, tuvo una **influencia** fundamental en su carrera. En ese momento se **consideraba** a von Verschuer como un prestigioso eugenicista con un interés muy particular en higiene racial. Los dos se consideraban científicos; de hecho, el **Dr Mengele** se graduó de dos doctorados. Al ser **trasladado** a Auschwitz, buscando huir del frente de batalla, él mismo dijo que veía **"grandes posibilidades** de

investigación"[1]. Se estima que Mengele fue responsable de **51000 muertes** en este campo de concentración entre 1943 y 1944. Su interés en la **influencia** de los factores genéticos en cómo los seres humanos nos defendemos de las infecciones, lo llevó a **experimentar** con aproximadamente 900 gemelos, de los cuales **sobrevivieron** alrededor de 72. En nombre de la ciencia, este doctor realizó otros **muchos** escalofriantes experimentos. Al igual que tantos otros científicos, los protagonistas de esta historia **justificaron** sus investigaciones basándose en los posibles beneficios para la sociedad, que no pueden ser **obtenidos** por otros métodos. Después de la guerra, se redactó el **Código de Nuremberg,** que busca proteger a los sujetos de investigación. Básicamente el individuo debe acceder voluntariamente, el experimento debe basarse en una **presunción** seria de que puede funcionar, el investigador debe estar capacitado para ello, el problema a **abordar** debe ser más importantes que los riesgos a los que se exponen los participantes y se deben tomar todas las **medidas** necesarias para evitar posible eventos adversos serios sobre el sujeto de **investigación.[2]**

Aún con el código adoptado, **en 1957** la empresa **Grünenthal** fue autorizada para comercializar la Talidomida como sedante para tratar las **náuseas** en **mujeres embarazadas,** sin haber realizado previamente estudios de **teratogenicidad.** 3000 casos de dismelias se documentaron en el mundo. Los **comercializadores** de la molécula, nunca habrían reconocido su producto como causante de dichas anormalidades, si no fuera por la **tenacidad** de dos investigadores **independientes.[3]** La tragedia de la talidomida obligó a los gobiernos promulgar normas **para garantizar** la seguridad en el uso de **medicamentos,** la creación de centros de **farmacovigilancia** y sistemas para detectar las reacciones adversas de los medicamentos **comercializados.** Además, en materia de ensayos clínicos con nuevos medicamentos, se inició el **desarrollo** de una **estricta normativa sobre productos** en fase de desarrollo para garantizar la seguridad y la creación de comités de ética y de **investigación** para controlar el desarrollo de la investigación clínica en humanos.

Para la misma época en **Estados Unidos,** en el **Tuskegee Syphilis Study,** inocularon a 339 pacientes con sífilis y no les dieron tratamiento, para describir la **historia natural** de la enfermedad. En el mismo país en 1963, el Dr. Chester Southam, un prestigioso investigador del **Instituto de Cáncer Sloan-Kettering en Nueva York,** diseñó un estudio para determinar si una deficiencia inmunológica en el paciente es la causa del **desarrollo** del cáncer. Para ello inoculó células cancerosas a ancianos debilitados, internados en un hospital de enfermos **crónicos** judíos. Para el Dr. Southam, sus resultados mejorarían nuestra habilidad para **mejorar** las defensas contra el cáncer, y no era necesario obtener **consentimiento** informado ya que estos experimentos ya se consideraban **rutinarios** y las inyecciones no traerían consecuencias. Ante las primeras **denuncias,** que llevaron a la renuncia de varios médicos, el hospital reunió un comité que **decidió** que la **investigación** debería seguir **adelante.[4]**

Desafortunadamente, la historia de la **medicina** tiene muchos más ejemplos de **reconocidos** investigadores para su época, que aseguraron que por el bien de la **humanidad expusieron** a seres humanos a **sustancias** o tratamientos que consideraban justificados, ya que lo hacían en busca de **fines nobles.** Sin embargo, la opinión de un **científico** no es suficiente. En 1964, durante la **18ª Asamblea Médica Mundial,** se redactó la Declaración de Helsinki, donde una vez más el mundo **científico** se puso de acuerdo en las normas de la investigación, haciendo énfasis en la **protección** de personas con autonomía comprometida y creando los **Comités de Ética en Investigación,** quienes deben garantizar que se cumplan todos los criterios para llevar a cabo un experimento protegiendo a los sujetos de **investigación** y sobretodo siendo un tercero imparcial, que juzga si el experimento es o no **justificado.[5]** Los ejemplos son suficientes para entender por qué esto es **deseable.** Hoy en día ningún **producto,** por maravilloso que parezca a los ojos de su investigador, puede llegar a un **paciente,** mucho menos uno vulnerable como quienes sufren de cáncer y buscan desesperadamente curas milagrosas, sin haber surtido todos los requisitos del método de las buenas prácticas clínicas **(GCP por sus siglas en inglés).**

Apartarse de **método científico** es sumamente peligroso, la historia lo ha demostrado, pero además es **ilegal** en nuestro país, donde **múltiples** normas que rigen desde hace más de 20 años, estipulan como debe hacerse la **investigación** en seres humanos ***(Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008, Resolución 201020764 del 2011, Decreto 2200 de 2005, Resolución 1403 de 2007).*** Hay muchos investigadores en Colombia haciendo un esfuerzo enorme, con recursos limitados tanto en tiempo **como en dinero,** para cumplir con todos los requisitos que con razón la **ley impone** para definir si un tratamiento es seguro y efectivo. Nadie, no importa qué tan buena, **segura** y eficaz considera su idea, puede someter a individuos a ningún **tratamiento** no probado por estos métodos, y de hacerlo no solo está incurriendo en un conflicto ético, sino que también está **incumpliendo** nuestra ley. Mucho menos puede comercializarse esta terapia y aún menos publicitarse que **"ha sido efectiva"** sin que esto haya sido apropiadamente probado y publicado para poderse **verificar.** En conclusión, el método científico no es ninguna necedad para poner **barreras** al acceso de nuevas terapias, es una forma indispensable de **proteger** a los seres humanos de científicos ligeros.

---

1. Schlossberg R. Josef Mengele: A Life; 2012.
2. Nuremberg TId. Código de Nuremberg; 1947.
3. Benito, Ed. El detective de la talidomida. El País; 2013.
4. Arras J. The Jewish chronic disease hospital case. In: Press OU, ed. The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics; 2008.
5. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para la investigaciones médicas en seres humanos. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/: Asociación Médica Mundial.

LOS MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE TODA LA REGULACIÓN DE SALUD

DOS REGLAMENTOS NUEVOS Y DOS BORRADORES DE ALTO IMPACTO PARA ESTE 2020

Después del **25 de mayo de 2019,** fecha en que se aprobó el Plan **Nacional de Desarrollo (Ley 1954 de 2019),** se hizo mucho más evidente la necesidad **imperiosa** de establecer un antes y un después en **materia** de sostenibilidad **sistémica,** adoptando el país dos **estrategias** que contienen varios mecanismos.

La primera **estrategia** ya comenzó a **ejecutarse;** se trata del punto final, en la cual el **Gobierno Colombiano** acepta que tiene una deuda histórica y gigantesca en **materia** de pagos atrasados por tecnologías no incluidas en el plan de beneficios **(NO POS);** hecho que **indudablemente** ha debido generar una **cadena de ineficiencias,** iliquidez, apalancamientos indebidos en diferentes actores, **llegando** por supuesto a **convertirse** en barrera de acceso para pacientes y motivo de liquidación para IPS y proveedores.

Esta deuda **sugiere** la cifra de **$6,7 billones de pesos,** que el Estado Colombiano, sin **poseerlos,** se compromete a cancelar progresivamente, y dentro de un **cronograma** nacional de endeudamiento público en forma de TES.

La segunda **estrategia** también ya inició su **despliegue,** y contiene cuatro enfoques completamente dedicados a **pagar** menos por más valor agregado de los medicamentos que utilizamos los **colombianos;** De hecho son dos normas regulatorias centradas en los precios y **valores de recobro** de los **medicamentos,** y otros dos (2) poderosos y adicionales mecanismos regulatorios, que **transformarán** el ecosistema sanitario, la forma como **contratamos** y pagamos los medicamentos, e incluso las relaciones entre prestadores, pagadores y la industria **farmacéutica** y sus dispensadores finales e intermedios. Veamos de que se trata:

Carlos Felipe Muñoz Paredes
Gerente General
CONSULTORSALUD

1. MEDICAMENTOS CON PRECIOS MÁXIMOS DE VENTA

Hasta el pasado **27 de enero de 2020 teníamos** en Colombia 1.069 CUM con precio máximo de **venta al público.**

Recordemos que los precios de regulación de medicamentos **establecidos** por la **Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPMDM),** llegan hasta la salida del distribuidor mayorista.

Esto quiere decir que, en las **farmacias** y droguerías y distribuidores minoristas, el precio de **regulación** no aplica. Allí el **gobierno** sugiere un precio justo, que sería algo así como el precio **máximo de venta** más el Índice de **Precios al Consumidor IPC (Inflación).**

Con la expedición de la circular **10 de 2020,** el pasado **27 de enero,** se incorporan 770 **CUM adicionales** a la regulación directa.

Igualmente se actualizan **los precios de regulación de 1.717 CUM.**

La **circular 10 de 2020** establece **igualmente** el **"Precio por Unidad de regulación de mercados relevantes" (sometidos a la metodología de la circular 13 de 2013),** y aclara que estos **precios constituyen** un Precio Máximo de Venta para las operaciones realizadas en las **transacciones institucionales.**

Para aquellos **medicamentos** que se encuentran financiados con recursos de la **Unidad de Pago por Capitación –UPC** sin indicaciones **condicionadas,** los precios establecidos por unidad de regulación sólo corresponden a un **precio** de referencia para el mercado.

Las nuevas **presentaciones** comerciales de medicamentos que conforman **Mercados Relevantes regulados en la Circular 10 de 2020,** deben acogerse a estos precios por **unidad de regulación** y se identifica una nueva lista con **491 precios** por unidad de regulación.

De igual manera **Cuatro (4) Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND)** quedaron cubiertos por precios por unidad de regulación **(Asfotasa alfa, Sebelipasa alfa, asparaginasa erwinia y Trientina)**

Finalmente, para evitar un **incremento** injustificado de precios, se crea una lista de 122 **mercados** relevantes que entran al monitoreo del comportamiento de sus **precios** en las transacciones institucionales, considerando la **diferencia** entre el **Precio de Referencia Internacional – PRI** y el Precio de **Referencia Nacional – PRN,** así como el **comportamiento** estable de los precios en el mercado **farmacéutico.**

2. VALORES MÁXIMOS DE RECOBRO/COBRO

El **21 de noviembre** se expidió la **resolución 3078** de 2019, que actualizó el listado de grupos relevantes con sus valores **máximos** de recobro/cobro, para el reconocimiento y pago de servicios y **tecnologías** no financiados con la **UPC.**

El nuevo **listado** de grupos relevantes con **valores máximos sube a 1.036**

Recordemos que esta lista viene **definida** por un **descriptor,** su forma **farmacéutica,** la unidad de medida, el **valor máximo** de recobro y el principio activo base de cálculo.

3. PRESUPUESTOS MÁXIMOS

Este es el **primer mecanismo** que tenemos en borrador para aprobación, y que ha **gestado** un gran **movimiento** de estudio y debate nacional al interior de las EPS, los prestadores y **especialmente** de la industria farmacéutica.

El mecanismo de **Presupuestos Máximos (PM) consiste** en una completa transformación sobre la inapropiada forma como **financiábamos, calculábamos** el uso, **los precios y negociábamos** y pagábamos las tecnologías no financiadas con UPC **(ahora denominadas Protección Individual).**

Los Presupuestos Máximos se estructuran de la siguiente manera:

• Se centralizan todos los **recursos** que van a **financiar** las tecnologías de la **protección** individual **(antes NO PBS).**

• Se calcula el **Presupuesto Máximo** anual de ese **gasto** en salud. Ese cálculo se **deriva** de dos fuentes: la **primera** son los registros de prescripciones en **MIPRES** y reportes de los **Entes** territoriales para el régimen subsidiado, que nos entregan la **"cantidad";** y la segunda **fuente** para el cálculo es el **"valor"** al que se van a reconocer esas tecnologías, que será el denominado Valor Máximo de Recobro/cobro **(que ya vimos en el numeral 2 de este articulo).**

• Se crea un **Delta,** que es una **proyección** de usos, una especie de colchón para amortiguar la proyección de **servicios** y evitar un desbordamiento del **Presupuesto Máximo.**

• Se **distribuye** el Presupuesto Máximo encontrado mediante los **factores** anteriores, entre las diferentes EPS y la participación **porcentual** de sus recobros **previos,** y se gira de manera mensual a cada **EPS** que lo administrará en una cuenta maestra **especialmente** en apertura para pagar a IPS y **proveedores.**

• Finalmente se calcula un **"per cápita"** del **Presupuesto Máximo** en cada EPS, para utilizarlo cada vez que se movilicen **poblaciones** entre entidades aseguradoras.

La idea que no solo parece **indispensable,** sino también **correcta,** atraviesa por una malla **validadora** de opiniones expertas y muy

formarsalud

Conocimiento que transforma

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
- Congreso nacional de salud
- Webinarios
- Entrenamientos presenciales
- Ebooks
- Cursos cortos
- Cursos especializados
- Diplomados
- Videos

info@consultorsalud.com

serias, que sugieren **situaciones** que podrían fácilmente hacer colapsar el nuevo modelo **planteado,** y conducir el **país** a una situación similar o incluso peor que la actual.

Veamos cuales son algunas de las principales observaciones:

• No debería ser un **Presupuesto,** sino una UPC para **garantizar** un aseguramiento integrador.

• No debería **incluirse** todavía al régimen **subsidiado,** puesto que los datos para realizar los cálculos **provenientes** de los Entes **territoriales (ET)** son francamente **insuficientes** y de mínima calidad, creando un escenario ficticio y **económicamente** muy deficitario con relación a la verdadera gestión de esas EPS y sus **poblaciones.**

• Aparentemente se **trata** de lograr una cobertura completa de las tecnologías no **financiadas** con UPC, cuando ese Presupuesto Máximo debería dejar por fuera patologías Huérfanas **(baja frecuencia no asegurable),** servicios sociosanitarios (financiados con otros recursos no de salud), **Procedimientos** de baja frecuencia, entre otros.

• Para esas **excepciones,** debería **contemplarse** un proceso paralelo en donde sea la **ADRES** el pagador directo; ojo, no estamos diciendo el pagador de **recobros,** sino una **entidad** capaz de gestionar todo el proceso incluyendo la emisión de certificados de disponibilidad **presupuestal** que amparen el gasto.

• Debe **contemplar** mecanismos de seguimiento a las potenciales **desviaciones** del uso y la **realización** de ajustes inmediatos.

• Requeriría que el **IETS y el INVIMA** unifiquen cronogramas que serían progresivos de **incorporación** de nuevas **tecnologías,** para alinear su ingreso con el financiamiento anual del PM.

• En caso de no **lograr** iniciar con una **UPC** para asegurar estos servicios, debería considerarse pagar a las **EPS** un valor por la **gestión administrativa** que iniciarían a realizar.

• No debería ser una **opción** frente a la posibilidad de superación del **Presupuesto Máximo (PM),** el autorizar a las **EPS** para reducir el pago de las **tecnologías por debajo** del VMR **establecido,** porque ese concepto genera la duda sobre si el Estado y el **Ministerio subestimaron ese valor (el del VMR).**

• Una **recomendación** práctica para **superar** el tema anterior, sería que el **gobierno** y la CNPMDM hicieran una gran regulación general de todos los precios de **medicamentos** de manera directa **(precio máximo de venta incluyendo el canal comercial y no únicamente el institucional).**

• Para el **ingreso** de nuevas **tecnologías,** y dentro de un cronograma progresivo y conocido, deberían **incluirse** solamente aquellas que **agreguen valor** y sean superiores a las que ya existen; todas las demás pasarían **automáticamente** a convertirse en exclusiones.

Como puede verse en esta breve **síntesis,** el debate es de alto calibre, y las posturas no son quejas menores, sino que, la **mayoría** tiene hondas **implicaciones** no solo en la credibilidad del **mecanismo,** sino en su operación correcta y sostenible en el **tiempo.**

4. NUEVA METODOLOGÍA PARA REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

Como si lo anterior fuera poco, el **gobierno** para **finalizar** el mes de **octubre de 2019** terminó de recibir **observaciones** a un proyecto de circular que emitirá la **Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM),** mediante la cual se derogaría la muy famosa **circular 13 de 2013,** y se establecen nuevos criterios, que a juicio de **CONSULTORSALUD,** son mucho más drásticos y conducen a menores valores para la **mayoría** de las **moléculas** que están bajo **regulación** y las nuevas que **ingresarían.** Pero vemos los cambios para entender el **impacto:**

• Se cambian y **aumentan** el número de países con los cuales se hace la referenciación **internacional** de los **precios.** Ahora son 19 e incluyen a **Turquía y Sudáfrica** y se eliminó del listado a **Alemania.**

• La **actualización** de precios se haría cada **tercer año.**

• La selección de los **medicamentos** que entrarían a **regulación** se daría por uno de **cinco criterios:** incremento de precio **injustificado,** mayor nivel de recobros, medicamentos nuevos, tratamiento de **enfermedades** de alto costo y **mercados** relevantes de elevada concentración.

• Se tomarían en cuenta **tres (3) percentiles,** y no uno como **actualmente se realiza:**

• Si hay un oferente, el PRI por unidad de medida, será el percentil 25.

• Si hay de dos a tres oferentes, el PRI por unidad de medida, será el percentil 20.

• Si hay 4 o más oferentes, el PRI por unidad de medida, será el percentil 10.

• Para hacer la **referenciación internacional** para los medicamentos claves, bastará un solo país.

• Las transacciones **sujetas a la regulación** serían:

• Todas las transacciones institucionales: primaria, secundaria y final.

• Transacción primaria y secundaria comercial.

• En los **minoristas** el precio máximo de **venta podrá** ser incrementado en el valor **correspondiente** a los costos logísticos.

• Las **IPS podrán marginar** así:

• Medicamentos no estériles: aplica para aquella agrupación de formas farmacéuticas categorizadas como líquidos-orales y sólidos-orales. Se podrá adicionar al Precio Máximo de Venta – PMV, un valor fijo de $80 por unidad de dispensación.

• Medicamentos estériles: aplica para aquella agrupación de formas farmacéuticas categorizadas como líquidos-inyectable y sólidos-inyectable. Se podrá adicionar al Precio Máximo de Venta- PMV un valor fijo de $6.000 por unidad de dispensación.

• Todos los **Medicamentos Vitales** No Disponibles Tendrán un Precio **Máximo de venta.**

Bueno… como pueden darse **cuenta,** estos cuatro **mecanismos** que enfocan a la regulación de los precios de los medicamentos, **constituyen** por si solos, en una **fuerza** de contracción del costo de salud, que podría llevar a nuestro **sistema de salud** a un punto de equilibrio **financiero** en el corto plazo.

Ya se imagina usted querido lector, las **poderosos** fuerzas que **actualmente** se han desatado en la nación y fuera de ella, para **evitar,** modificar o dilatar la **aplicación** de estas nuevas reglas de juego, que pondrán a pensar a muchos **gerentes** de acceso en cual debería ser en el inmediato futuro, la mejor forma de **relacionamiento** entre la industria y los pagadores: **¿con menos intermediarios acaso? ¿Contratos integrales de tecnologías UPC y de PM?**

HASTA PRONTO.

44 IPS Acreditadas

Actualmente en Colombia se encuentran acreditadas 44 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que cumplen con las condiciones legales mínimas de calidad en sus servicios exigidas por la entidad acreditadora, nacional: el ICONTEC Según el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) esta acreditación se entrega como reconocimiento al esfuerzo que vienen realizando diariamente estas IPS para brindar mejores servicios de salud a todos los colombianos.

¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

Acreditación en salud es un **proceso voluntario** y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que **garantizan** y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de **alcanzar,** previamente conocidos por **las entidades evaluadas.** Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función **(Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).**

HISTORIA DE LA ACREDITACIÓN

La acreditación en **salud** es una metodología de evaluación externa, **establecida** y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el **sector salud,** realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite **asegurar** la entrega de **servicios** de salud seguros y de alta calidad.

Se basa en **requisitos** de procesos de atención en salud, **orientados** a resultados y se desarrolla por **profesionales** de salud que son pares o contrapartes del **personal** de las **entidades** que desean acreditarse y de reconocimiento **público** en el ámbito nacional e internacional, con **efectos** de mejoramiento de **calidad** demostrados.

PROCESO VOLUNTARIO EN COLOMBIA

Esta **evaluación** corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce **públicamente** a una Institución Prestadora de **Servicios de Salud, (IPS),** Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), **Entidad de Medicina Prepagada (EMP)** o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el **cumplimiento** de estándares superiores de calidad, **previo** cumplimiento de los **requisitos mínimos** determinados por el Sistema Único de **Habilitación.**

En este listado se **encuentran actualmente** acreditadas, la Clínica Country, **Hospital general de Medellín,** Luz Castro de Gutiérrez ESE, la Clínica los Nogales, **Clínica Universitaria de Colombia,**

Javesalud, Hospital **Universitario San Ignacio,** Hospital Universitario de Nariño, **Fundación Cardio Infantil,** el Centro Médico Imbanaco, entre otros.

OBJETIVO DE LA ACREDITACIÓN

El **objetivo** del Sistema Único de Acreditación, además de **incentivar** el manejo de las buenas prácticas, es **afianzar** la competitividad de las **organizaciones** de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar **decisiones** basadas en los resultados de la **Acreditación** y decidir libremente si deben permanecer o **trasladarse** a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

EJES DE LA ACREDITACIÓN

Los ejes de la acreditación son seis (6)

1. **Seguridad del paciente**
2. **Humanización de la atención**
3. **Gestión de la tecnología**
4. **Enfoque de riesgo**
5. **Cultura organizacional**
6. **Responsabilidad social empresarial**

LISTA COMPLETA DE IPS ACREDITADAS

1. Empresa Social del Estado Salud del Tundama
2. CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD (Hospital Universitario Mayor Mederi- Hospital Universitario Barrios Unidos)
3. Organización Clínica Bonnadona Prevenir
4. Clínica del Country
5. Laboratorio Higuera Escalante
6. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE
7. Clínica Los Nogales
8. DIME Clínica Neuro-Cardiovascular
9. Clínica VIP
10. Clínica Universitaria Colombia
11. Red de Salud del Centro ESE
12. Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia HOMI
13. Hospital Universitario de la Samaritana
14. Clínica Universitaria Bolivariana
15. Hospital de San José Sociedad de Cirugía de Bogotá
16. Servicios Especiales de Salud - Hospital de Caldas
17. San Vicente Fundación - Centros Especializados
18. Fundación Clínica Shaio
19. Virrey Solís IPS
20. Medicina Intensiva del Tolima S.A.
21. JaveSalud
22. Hospital Universitario San Ignacio
23. Hospital Susana López de Valencia
24. Hospital Infantil Universitario de San José
25. Hospital Infantil Los Ángeles
26. Clínica Universidad de la Sabana
27. Clínica Juan N. Corpas
28. Clínica Chía
29. San Vicente Fundación
30. Laboratorio Clínico Continental
31. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
32. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
33. Hospital Universitario Departamental de Nariño
34. Hospital Civil de Ipiales
35. Fundación Valle del Lili
36. Fundación Cardioinfantil
37. Clínica Reina Sofía
38. Clínica Foscal
39. Fundación Santa Fe de Bogotá
40. Clínica del Occidente
41. Centro Médico Imbanaco
42. Centro Policlínico del Olaya
43. Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular
44. Hospital Pablo Tobón Uribe

Resulta muy **importante** para el futuro considerar dos posturas del **Ministerio de salud** que invocan dos nuevas tendencias con relación a la acreditación; estas **tendencias son:**

- ***Acreditación de las EPS***
- ***Acreditación de los prestadores primarios***

En **Consultorsalud** consideramos muy importante todo el **trabajo** armónico y **continuado** que impulsa la **calidad** y los resultados **sectoriales.**

consultorsalud
Aportando a la salud Latinoamericana

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)

info@consultorsalud.com

De los errores en la medicación y otros problemas

Los errores en la **medicación** ocurren diariamente, y cobran la vida de 1.3 millones **personas** en el mundo cada año según ha informado la **OMS;** pero los **errores** en la medicación no solo cobran vidas, también provocan **reacciones** adversas graves o moderadas en los pacientes.

La seguridad de la **asistencia sanitaria,** y **especialmente** el problema de los errores de medicación, son actualmente uno de **los temas** prioritarios de las **autoridades** sanitarias de muchos países desarrollados, sobre todo de Estados Unidos, Australia y, **más recientemente,** de Reino Unido y Canadá.

¿QUE ES UN ERROR DE MEDICACIÓN?

Para **comenzar,** es necesario **aclarar** que es un error de medicación –EM-. La agencia gubernamental **estadounidense FDA** define este **concepto** como: Cualquier evento prevenible que pueda causar o conducir a un uso **inapropiado** de medicamentos o al **daño** en el paciente mientras el medicamento esté bajo el control del profesional de la salud, paciente o **consumidor.**

En necesidad de la aclaración de **estos eventos** el **Consejo de Coordinación Nacional** para la medicación de informe de errores y Prevención de España, clasificó los Errores de **Medicación –EM- en 15 segmentos:** Medicamento erróneo, omisión de dosis, dosis **incorrecta,** frecuencia de administración errónea, forma **farmacéutica** errónea, error de preparación, manipulación y/o **acondicionamiento,** técnica de administración incorrecta, vía de **administración** errónea, velocidad de administración errónea, hora de administración incorrecta, **paciente** equivocado, duración de tratamiento incorrecto, monitorización insuficiente del **tratamiento**, medicamento deteriorado y falta de **cumplimiento** por el paciente.

¿QUÉ SON LOS EVENTOS ADVERSOS?

equivocado, duración de tratamiento incorrecto, monitorización **insuficiente** del tratamiento, medicamento deteriorado y falta de **cumplimiento** por el paciente.

Los eventos adversos son **cualquier** daño leve o **grave** causado por el uso terapéutico de un medicamento, o **bien** cualquier daño resultante de su uso clínico. Estos eventos obedecen a un **orden** de clasificación así:

- **Acontecimiento Adverso Potencial:** Es un error en la **medicación** grave que podría haber causado un daño, pero que no lo **llegó** a causar, bien por **suerte** o porque fue **interceptado** antes de que llegara al paciente.

- **Acontecimiento adverso por Medicamentos:** Es **considerado** como cualquier daño, grave o leve, causado por el uso **(incluyendo la falta de uso)** de un medicamento. Estos pueden ser **eventos prevenibles** causados por errores en la

medicación y suponen, por tanto, daño y error. En contraste los no **prevenibles** son aquellos que se **producen** a pesar de un uso apropiado de los medicamentos y **corresponden** con las denominadas reacciones.

Estos errores y **acontecimientos** adversos, están sujetos a suceder, ya que es un proceso humano el de **prescribir** y administrar los **medicamentos.** Las cifras demuestran que los EM no son acontecimientos **aislados.** Por ejemplo: ***según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud - INS en Colombia, se recopilaron 14.873 errores de medicación en un lapso de 8 años; los más frecuentes fueron en Bogotá (8.817 casos), Antioquia (1.304 casos) y Valle del Cauca (919).***

El tipo de **error** que más se **presentó** fue de administración del **fármaco,** aunque también hubo errores de dispensación por parte de los **farmacéuticos** y de prescripción por **parte** del médico tratante.

Según las **observaciones** del estudio, los errores a su vez obedecen a la **confusión** en el nombre del fármaco, o a la errónea interpretación de las **prescripciones** médicas.

Específicamente, en Colombia se ha identificado que el 9% de los errores de **medicación en hospitales** se da por problemas de **etiquetado** y empacado.

Es preciso decir que existen **protocolos establecidos** en el país para **precisamente** evitar EM, estos **lineamientos** son amparados por leyes como la Resolución **1403 del 2007**, donde se **adopta** dentro del manual de condiciones esenciales y **procedimientos** del servicio farmacéutico la farmacovigilancia. **(Cap. III, numeral 5)** sobre los programas institucionales de farmacovigilancia, los **formatos** de reporte de **dichos** programas, y la periodicidad de los reportes.

ERRORES POR MEDICAMENTOS EN TODO EL MUNDO

Tampoco son casos **concernientes** únicamente a Colombia, ya que según un estudio realizado por el **Centro de Salud Cerro Almodóvar,** en España se presentan errores de **medicación** hasta en el 57% de los **casos, 27%** de estos errores son relacionados al etiquetado y diseño de los **fármacos.**

En comparación, la **similitud** de los medicamentos tanto visual como fonéticamente **representan** el 30% de las **muertes** por EM en el mundo.

Los nombres de los **medicamentos** también juegan un **papel** importante en la confusión al momento de dispensar el fármaco al **paciente,** a continuación, se muestra un gráfico de los reportes de farmacovigilancia en Bogotá del 2012 al 2016:

MEDICAMENTO FORMULADO	MEDICAMENTO FORMULADO
ABACAVIR	DARUNAVIR
AMPICILINA	AMOXICILINA
BETAMETASONA	DEXAMETASONA
CEFALOTINA	CEFAZOLINA
DICLOXACILINA	AMOXICILINA
	DOXICILINA
EPINEFRINA	VASOPRESINA
LOVASTATINA 20 mg TABLETAS	LORATADINA10 mg TABLETAS
METOCARBAMOL	METRONIDAZOL
NIFEDIPINO TAB 30 mg	NIMODIPINO TAB 30 mg
SOLUMEDROL	DEPOMEDROL
VIDAGLIPTINA	SINAGLIPTINA

Como se **evidencia** los nombres fonéticamente similares, llevan al error del **dispensador,** si a esto se suma un etiquetado parecido, se aumenta la **probabilidad** de entregar mal el **fármaco prescrito.**

Si ponemos a **Brasil** como escenario, también se evidencian errores de medicación ya que según un estudio hecho por la **Revista Latinoamericana de Enfermería –RLAE-** entre el año 2002 y 2007 en el hospital general de Goiás, se **identificaron** 230 errores en la medicación de los pacientes siendo la mayoría en la preparación y administración de **medicamentos** (64,3%), errores de dosis (16,5%), de horario (13,5%) y de **técnica** de administración (12,2%), siendo más frecuentes con antineoplásicos e **inmunomoduladores** (24,3%) y antiinfecciosos (20,9%). Además, se constató que 37,4% de los medicamentos dados **erróneamente** eran potencialmente peligrosos.

En **Argentina,** en el año 2012 **fallecieron 22.700** personas a causa del mal uso o **abuso de medicamentos;** de estos casos, el 50% se vincula a la denominada **"polifarmacia",** que es cuando una **persona** toma de manera simultánea seis medicamentos o más. Esta **situación** afecta generalmente a **personas** mayores de 65 años.

Cuando un **paciente toma uno o varios** medicamentos de por vida, a menudo ignora que, si toma otro **fármaco,** los efectos de **algunas** de las medicinas que necesita pueden verse inhibidos o **contrarrestados.**

Por otro lado, el **20% de los casos** de muerte **anteriormente** mencionados obedecen a la mala prescripción médica o la mala **administración** de los pacientes, esto **último** se refiere a la ingesta del medicamento acompañado de **alcohol,** o a ingerir el **fármaco** en ayunas.

Estas **cifras y estadísticas** demuestran que, Colombia no es único país en el que ocurren estos errores, y se **evidencia,** además que no son casos aislados y de poca frecuencia. No **obstante,** los hechos **coyunturales** de esta semana han hecho que pongamos la lupa sobre estos casos.

LA AUTOMEDICACIÓN COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La **automedicación** también es un problema que afecta la salud de **muchas personas,** pero **contrario** a los errores de **medicación** no constituyen una responsabilidad del médico o del **farmacéutico.**

Comencemos en **Colombia:** Según un estudio hecho por la Universidad de **Antioquia** y publicado en al año 2002, de una muestra de **1263 personas,** el 97% afirmó que se había automedicado **alguna vez.**

Las razones para la **automedicación** varían, pero **prevalecen** la siguientes: **comodidad (no tener que pedir cita),** no hacer filas largas, no perder tiempo, economía **(se ahorra una consulta),** se resuelve la **situación** más rápido y las **personas** se sienten responsables con su salud.

Entre los **medicamentos** que más se automedican los colombianos están: **antibióticos,** sedantes, ansiolíticos, antihistamínicos, analgésicos, **anticonceptivos** orales y **broncodilatadores.**

Del mismo modo que **sucede** con los errores de **medicación,** no es un problema que afecte solo a los **colombianos.**

Volvamos a las **22.700 personas** fallecidas a **causa** del mal uso de los **medicamentos**, pues de estas el 30% correspondían a casos de **automedicación.**

De un modo más **específico,** según un informe elaborado por el **Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFY)** se registra que 8 de cada **10 argentinos** se auto medican.

Los **medicamentos** de venta libre, la mayoría de ellos analgésicos, **desdibujaron** la **barrera** de acceso a los medicamentos, pero también trajeron **problemas** como los de la **automedicación;** en el caso argentino el medicamento que más es automedicado es el **Ibuprofeno de 800 Mg,** lo que según un **estudio** indica que las **dosis** menores ya no dan **resultado** según opinión de los pacientes.

En **España** sucede algo **similar,** ya que varios estudios **realizados** han llegado a la **conclusión** de que **alrededor del 25%** de los envases de **antibióticos** anuales que se consumen, se deben a la **automedicación.** Algo **parecido** ocurre con los analgésicos. Desde 1994 la venta de **analgésicos** ha subido un 23% y se estima que el consumo de estos **medicamentos** por automedicación supone la misma cantidad que los pautados en una consulta **médica.**

Las autoridades **sanitarias** españolas determinaron además que los pacientes que **ingresan** por complicaciones asociadas a la automedicación, le **cuestan** al estado un **aproximado** de 3.000 euros más, dependiendo de la **estancia** en la clínica u hospital. **Sin embargo,** en Colombia no hay un estudio que compruebe cuanto le cuesta al **Estado** un paciente que presenta complicaciones por **automedicación.**

Este es un sin **duda** un llamado a las **autoridades** de vigilancia en **salud,** que deben fijar normas que **conduzcan** la **disminución de la automedicación** en el país, y a las **instituciones** a controlar el **rotulado** diferencial, fortalecer el entrenamiento de los **responsables** de la dispensación y acordar seguramente elevar los **requisitos** para este tipo de actividades.

TELESALUD

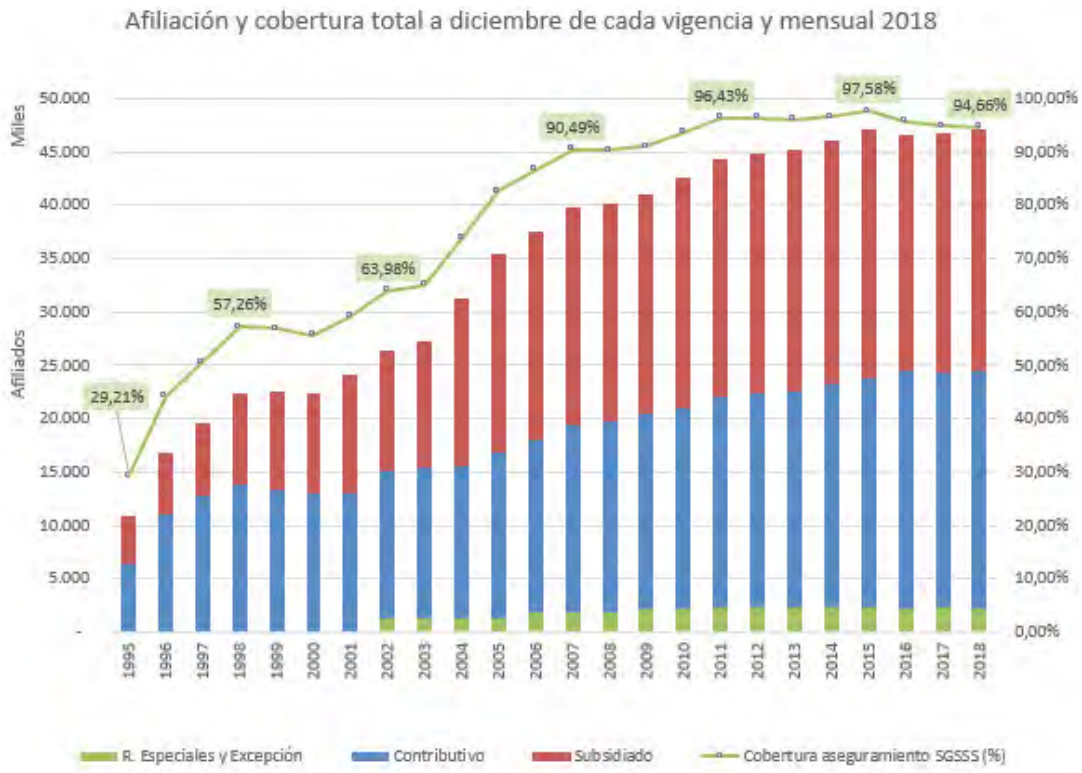
LOS SERVICIOS INCLUYEN:

- **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

ASÍ ESTÁ EL ASEGURAMIENTO EN SALUD

El comportamiento **histórico del número** de afiliados al **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** en los dos regímenes de afiliación a nivel nacional muestra una curva que casi de manera **ininterrumpida** ha crecido, y tiende a la **universalidad,** iniciando en el año 1995 con una cobertura en salud de 29,21% y a cierre del año **2018 con 94,66 %.**



Con el fin de seguir **observando** el **comportamiento** del Aseguramiento en Salud a nivel nacional, **disponemos** de las variables relacionadas con el nivel de **aseguramiento** nacional, **departamental,** municipal, afiliados y por **Entidad Promotora de Salud.**

Hemos tomado el ultimo corte **correspondiente a noviembre del 2019** y los dividimos en **tres (3)** componentes: **el primero,** Cobertura del sistema de salud por departamentos y **municipios,** el segundo Entidades promotoras de **Salud EPS,** y por último características de los afiliados.

AFILIACION GENERAL

El primer **componente** está relacionado con el número de **afiliados,** la población sisbenizada, la **cobertura** del aseguramiento en **salud,** su evolución **histórica nacional 2017-2019** a corte de noviembre 2019.

La población **clasificada** dentro de la encuesta **Sisbén** como **nivel I, II:** Corresponden al total de personas con un puntaje inferior al corte adoptado en la Resolución 3778 del 2011. En el **nivel I del Sisbén,** para el 2017 fueron de 25.871.020, y con corte a **noviembre del 2019** se registra un aumento de 7,71% **(1.996.536)** para un total de 27.867.556.

En cuanto al **nivel II** del Sisbén para el 2017 se encontraron **2.811.274 personas,** y para el 2019 se registró un **aumento** de **109.047 personas,** para un total de 2.920.321.

	Nacional		
	diciembre 2017	diciembre 2018	noviembre 2019
Sisbén 1	25.871.020	27.140.038	27.867.556
Sisbén 2	2.811.274	2.787.974	2.920.321
PPNA	554.364	525.698	312.696
Contributivo	22.045.454	22.378.384	22.931.507
Subsidiado	22.434.577	22.658.108	22.795.640
Excepción & Especiales	2.287.296	2.138.117	2.200.049
Afiliados	46.767.327	47.174.609	47.927.196
Población DANE	49.291.609	49.834.240	50.329.086
Cobertura	94,88%	94,66%	95,23%

Paralelo a esto, la **Población Pobre** No Asegurada **(PPNA),** para el 2017 se **estimaba en 554.364** y para 2019, se **produjo** un decremento de **43.59%** llegando a un total de 312.696.

El **aseguramiento** en el régimen **subsidiado** en el 2017 fue de **22.434.557 personas,** y a corte del 2019, registro un incremento de **361.083** para llegar a la cifra actual de **22.795.640 afiliados.**

En el régimen **contributivo del 2017** a 2019 se **registró** un aumento de 886.053 **nuevos afiliados,** para llegar a un **total de 22.931.507** afiliados totales.

AFILIACION A NIVEL DEPARTAMENTAL

Observando el **comportamiento a nivel departamental** para el 2019 los departamentos que **contaban** con el mayor número de afiliados son: **Bogotá** donde el 93% están asegurados un total de **7.693.566.** Antioquía **93,97 (6.354.144)**, Valle del Cauca **90,15% (4.327.589),** Atlántico **99,42% (2.556.349),** Cundinamarca **81,65% (2.320.643),** Bolívar **97,64% (2.141.698),** Santander **100% (2´099.870).**

Por otro lado, los **Departamentos** con el menor número de afiliados son: **Amazonas** cuenta con 72.357, **Vaupés** con 31.251, **San Andrés** 57.382 y **Guaviare** 77.830. Pero se resalta que estadísticamente estos **Departamentos** cuentan con más del 60% de **cobertura.**

Los **Departamentos** con el menor número de cobertura son; **Vaupés 65,55%, Guaviare 66,48%, San Andrés 72,73% y Caquetá 78,53%.**

AFILIACION EN LAS EPS

Actualmente **Colombia** cuenta con **43 EPS** en régimen **Contributivo y Subsidiado** de estás, y quisimos referenciar las **5 EPS** con mayor cobertura **actualmente:**

La nueva **EPS** cuenta con **5.711.662** que corresponde a un **(11,94%)** de afiliados del total de afiliados al **sistema de Salud,** de ellos 3.785.637 corresponde al régimen contributivo y **1.926.025** pertenece al Subsidiado. La **EPS Sura;** cuenta con un total de 3.674.701 (7,68%) de **afiliados,** de estos afiliados tan solo 143,581 se encuentran dentro del régimen **subsidiado** y 3.531.120 pertenecen al régimen **contributivo.** EPS Sanitas; cuenta con 3.225.211 **afiliados (6,74%),** de estos afiliados 65.565 son de régimen **subsidiado** y 3.159.646 de régimen contributivo. **Salud Total;** Tiene **3.194.032** afiliados (6,68%), 206.128 de régimen **subsidiado** y 2.987.904 de carácter contributivo. Y Medimás: **Cuenta con 3.171.249 (6,63%),** de carácter contributivo tiene 1.777.584 y **afiliados** al régimen **subsidiado** 1.393.665. En total suman 18´976.855, un 39,67% de los casi **48 millones** de afiliados al sistema.

	Régimen			
Nombre Entidad	Contributivo	Subsidiado	Excepción & Especiales	Total Afiliados
Nueva Eps	3.785.637 (16,52%)	1.926.025 (8,44%)		5.711.662 (11,94%)
Eps Sura	3.531.120 (15,41%)	143.581 (0,63%)		3.674.701 (7,68%)
E.P.S. Sanitas	3.159.646 (13,79%)	65.565 (0,29%)		3.225.211 (6,74%)
Salud Total	2.987.904 (13,04%)	206.128 (0,90%)		3.194.032 (6,68%)
Medimas	1.777.584 (7,76%)	1.393.665 (6,11%)		3.171.249 (6,63%)
Coosalud	142.232 (0,62%)	2.249.690 (9,86%)		2.391.922 (5,00%)
Famisanar	2.128.243 (9,29%)	196.364 (0,86%)		2.324.607 (4,86%)
Régimen de Excepción			2.090.414 (100,00%	2.090.414 (4,37%)
Mutual Ser	143.543 (0,63%)	1.850.369 (8,11%)		1.993.912 (4,17%)
Emssanar E.S.S	117.981 (0,51%)	1.794.462 (7,86%)		1.912.443 (4,00%)
Asmet Salud	65.300 (0,29%)	1.818.916 (7,97%)		1.884.216 (3,94%)
Coomeva E.P.S.	1.553.336 (6,78%)	202.223 (0,89%)		1.755.559 (3,67%)
Compensar	1.655.617 (7,23%)	32.914 (0,14%)		1.688.531 (3,53%)
Savia Salud	130.031 (0,57%)	1.531.387 (6,71%)		1.661.418 (3,47%)
Comparta	64.058 (0,28%)	1.485.362 (6,51%)		1.549.420 (3,24%)
Capital Salud	62.768 (0,27%)	1.046.890 (4,59%)		1.109.658 (2,32%)
Saludvida E.P.S.	63.971 (0,28%)	1.018.448 (4,46%)		1.082.419 (2,26%)
Cajacopi Atlántico	55.491 (0,24%)	993.651 (4,35%)		1.049.142 (2,19%)
S.O.S.	753.655 (3,29%)	90.985 (0,40%)		844.640 (1,77%)
Ambuq Eps	23.157 (0,10%)	757.263 (3,32%)		780.420 (1,63%)
Comfamiliar Huila	21.378 (0,09%)	545.917 (2,39%)		567.295 (1,19%)
Convida	40.221 (0,18%)	490.561 (2,15%)		530.782 (1,11%)
A.I.C. Epsi	15.031 (0,07%)	510.638 (2,24%)		525.669 (1,10%)

Se destacan como las **primeras EPS** del régimen subsidiado a Coosalud con un **total de 2.391.922 afiliados,** de los cuales 2.249.690 corresponden al **régimen subsidiado** y 142.232 al régimen contributivo, **Mutual Ser** con 1.993.912 afiliados, **Emssanar** con 1.912.443 afiliados y **Asmet Salud** con 1.884.216 afiliados.

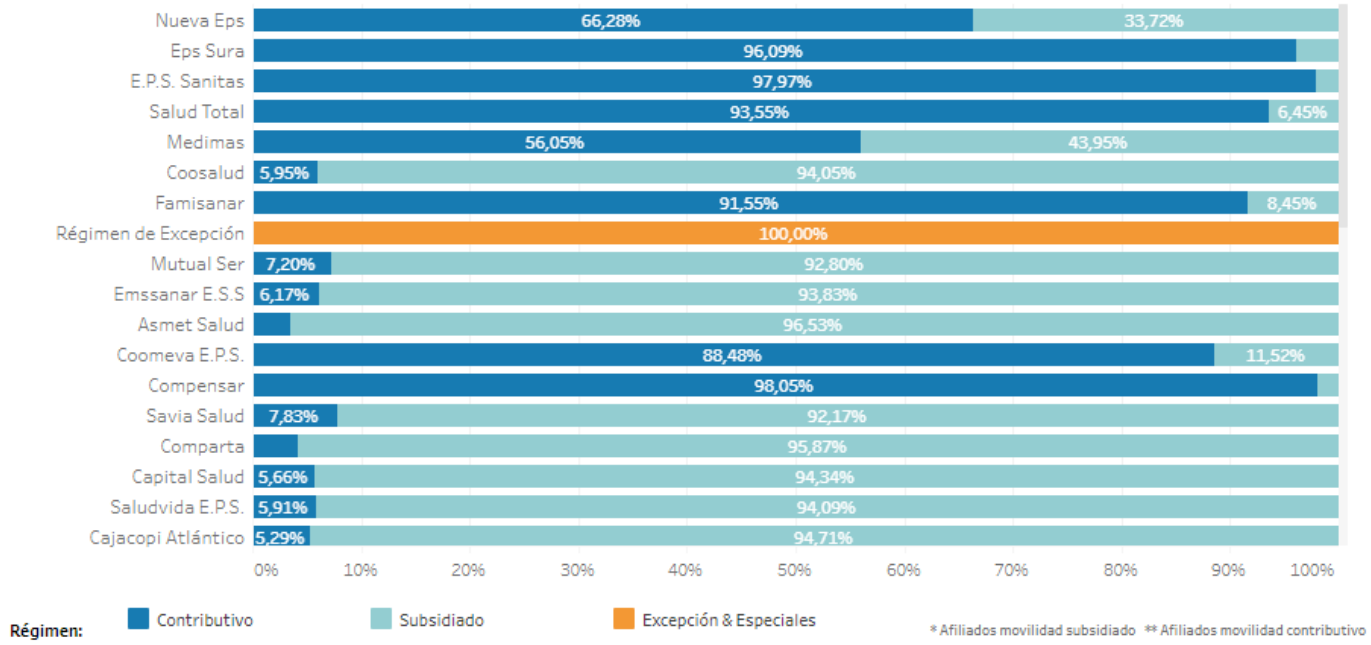
Cabe **resaltar** que a partir del año 2020 con el fin de **seguir** asegurando el acceso a la **salud** para todos los usuarios y afiliados de la **EPS SALUDVIDA** se **redistribuyeron** 1.098.268 usuarios donde la **Nueva EPS** recibió 471.483, Coosalud 136.784, **Cajacopi Atlántico** 89.487,**Salud Total** 88.566, EPS **Sanitas** 85.764, **Mutual Ser** 74.420, **Famisanar** 48.012, **Comfaoriente** 33.689, **EPS Sura** 28.430, **Comfaguajira** 15.668, **Compensar** 13.509, **Salud Mia** 4.507, A.I.C EPSI 3.767, **Anas Wayuu** Epsi 3.632, CCF de Nariño 601, **Aliansalud** EPS 324, Mallamas Epsi, Pijaos Salud Epsi 23. Estos **afiliados distribuidos** NO están incorporados en los datos **previamente** mostrados de las EPS.

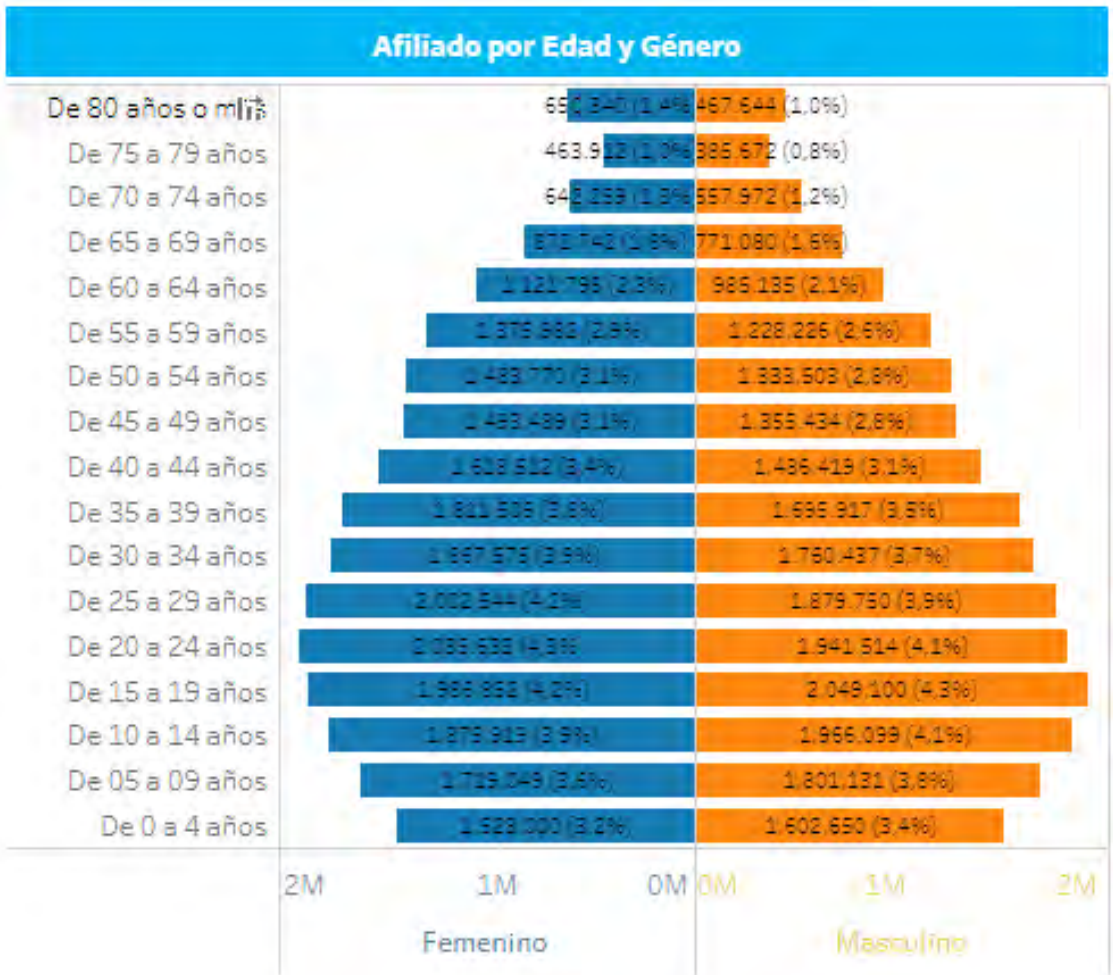
A continuación, **mostramos** la **participación** de afiliados según el régimen en la **misma EPS;** por **ejemplo;** para la EPS Sanitas del 100% de sus **afiliados** el 96,09% **corresponde** al régimen contributivo y 2,03% al régimen subsidiado.

CARACTERIZACIÓN DE LOS AFILIADOS

Como se **observa** en la **pirámide** poblacional del aseguramiento **vigente** en el

país, se **presenta** un **angostamiento** de la base, que contrasta con el **ensanchamiento** de la punta, en donde se **encuentran** las poblaciones con mayor **longevidad,** lo que indica que la **población** está envejeciendo a una **rata de crecimiento** superior a los países similares del **hemisferio.**





La mayor **población** se encuentra concentrada entre la **franja de 20** a **24 años** en las mujeres **(2.035.633), mientras** que en los hombres se ubica entre los 15 a 19 años **(2.049.100).**

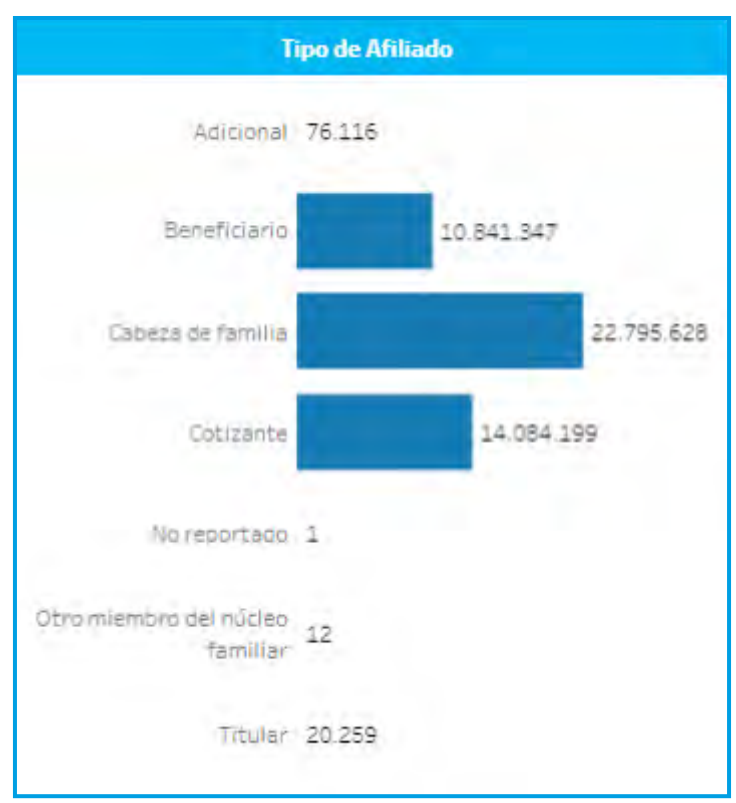
Las personas **mayores de 65 años suman** más población que los de **0 a 4 años.**

Finalmente se nota como en las edades avanzadas de **la vida,** son las **mujeres** las que más población aglutinan, **mostrando** una **mayor** mortalidad precoz en los hombres colombianos, **cotizantes** y beneficiarios

En **Colombia** con corte a **noviembre de 2019** se encuentran registrados **14.084.199** cotizantes y 10.841.347 **beneficiarios;** Estas **cifras** revelan un **mejoramiento** en la empleabilidad **Colombiana,** ya que hace pocos años el **número** de cotizantes no llegaba a los **10 millones de personas.**

Pese a esta **mejoría,** la planeación del **sistema original** se basaba en que la **población** del régimen contributivo que **cotizaba** sería por amplio margen, la **mayoría del aseguramiento,** y sobre el **mecanismos** de solidaridad implantado se generarían las protecciones para los más **vulnerables.**

Por ello, sigue siendo **indispensable,** la búsqueda de nuevas **fuentes** de financiamiento para lograr la **sostenibilidad** del sistema de salud, **impactado** por los cambios **demográficos,** la **ampliación** de los derechos y la presión **tecnológica** y sus altísimos costos.



421 mil personas

del sector salud verán tu marca cada mes

BOLETÍN ELECTRÓNICO

!GRATIS!

www.consultorsalud.com/suscribete

ENCUÉNTRANOS EN TODAS NUESTRAS PLATAFORMAS

Se Parte de NUESTRA COMUNIDAD

CONSULTORSALUD
61,100+
SEGUIDORES

@consultor_salud
5,000+
SEGUIDORES

10,000+
SEGUIDORES

www.consultorsalud.com @consultor_salud /ConsultorSalud