

formarsalud

NOVIEMBRE - No. 16

EL CÁNCER, ENFERMEDAD

DE ALTO COSTO QUE
DEMANDA ESTRATEGIAS
COORDINADAS

LAS FALENCIAS DE LA POLÍTICA

PÚBLICA PARA EL
CONTROL DE LA
PANDEMIA

EL GRAN DESAFÍO

DE LA TRANSFORMACIÓN
DIGITAL HOSPITALARIA
DEMANDA PRIMERO UN
CAMBIO DE "CHIP"
MENTAL

EDICIÓN ESPECIAL
EL RECTOR DEL

SISTEMA

Director Editorial

Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes

Gerente Administrativa

Liliana Palacios Muñoz

Directores de proyectos

Laura Daniela Muñoz

Coordinación Editorial

Yedni Paola Velásquez

Corrector de Estilo

Susana María Rico
Michell Andrea Vivas

Diseño y Diagramación

Julián Yobany Garzón

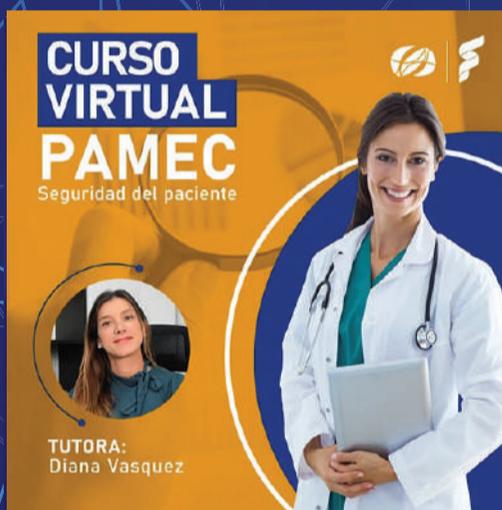
Preprensa Digital

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.**

CURSO
VIRTUAL



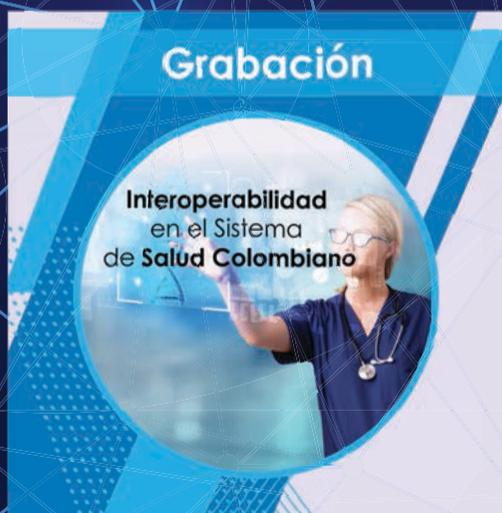
CURSO
VIRTUAL



PAUTA



GRABACIÓN



REVISTA



CURSO
VIRTUAL





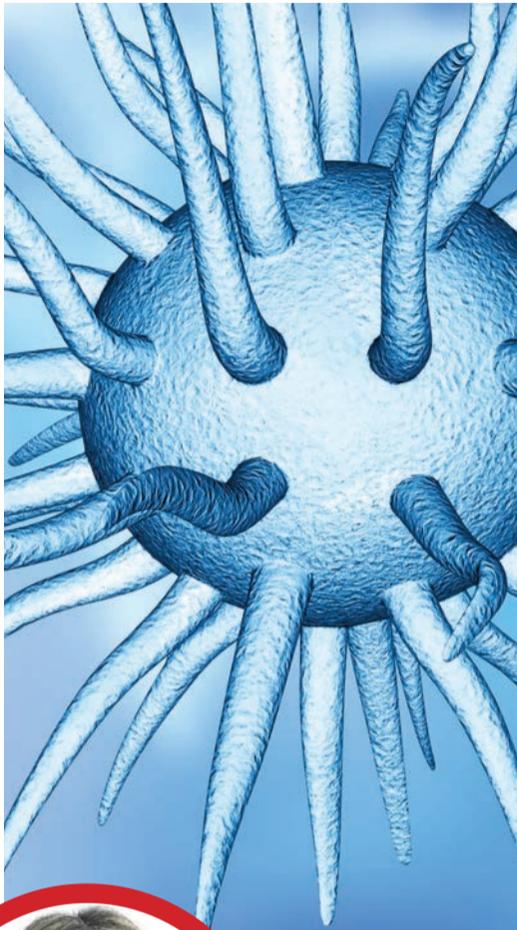
06

EL RECTOR DEL SISTEMA: ENTREVISTA EXCLUSIVA DR. FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Conocimiento que transforma

10

**EL CÁNCER,
ENFERMEDAD
DE ALTO COSTO
QUE DEMANDA
ESTRATEGIAS
COORDINADAS**



Claudia María
Sterling
**Vicepresidente
Legal y de Asuntos
Corporativos
de Droguerías y
Farmacias Cruz
Verde**



12

**EL GRAN DESAFÍO DE
LA TRANSFORMACIÓN
DIGITAL HOSPITALARIA
DEMANDA PRIMERO UN
CAMBIO DE "CHIP"
MENTAL**

Olga Lucía Zuluaga Rodríguez
**Directora Ejecutiva de la
Asociación Colombiana de
Empresas Sociales del Estado
y Hospitales Públicos -ACESI**



14

**LAS FALENCIAS DE
LA POLÍTICA PÚBLICA
PARA EL CONTROL DE
LA PANDEMIA**

Carolina Corcho
**Vicepresidente Federación
Médica Colombiana**



18

**PLAN PRIORIDAD
MAYOR - ASEGURAMIENTO,
PANDEMIA Y TRABAJO
COLABORATIVO**

Juan Gonzalo López Casas
**Presidente Salud
Total EPS**



20

**14 REQUISITOS PARA
LA CONTRATACIÓN
DE SERVICIOS DE
SALUD EN 2021**

Carlos Felipe
Muñoz Paredes
MD. CEO & Fundador



25

**UNA POLÍTICA FISCAL
CORTOPLACISTA NO
IMPACTA**

Florentino Rico Calvano
**Economista. Docente
Investigador Senior.
Universidad Simón
Bolívar**



30

**EL PENSAMIENTO
ONDULANTE**

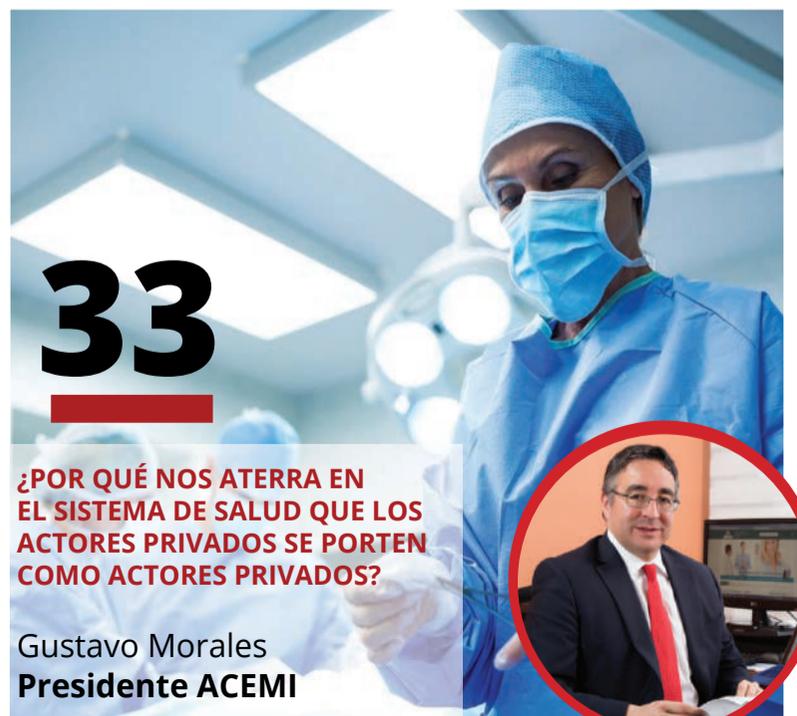
Luis Eduardo
Pino Villarreal
MD. MSc. MBA.

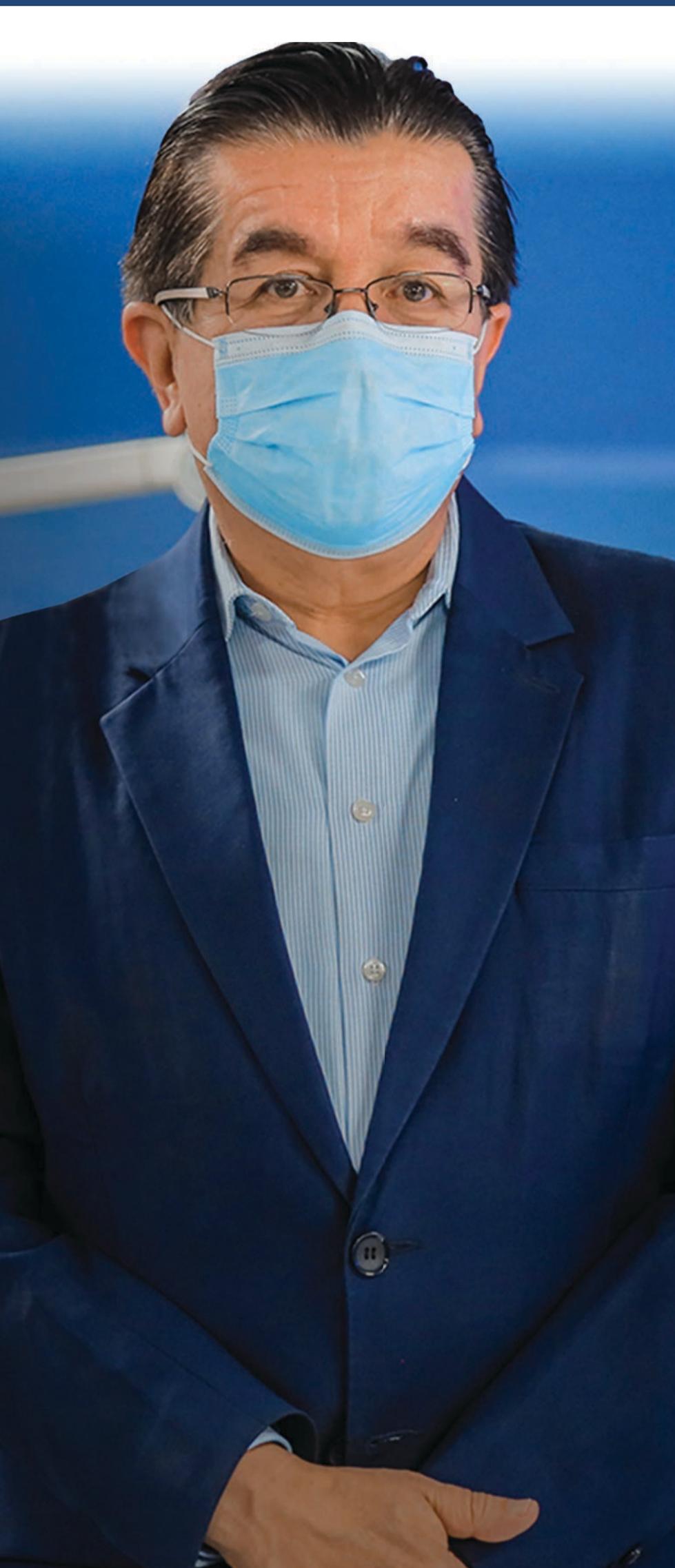


33

**¿POR QUÉ NOS ATERRA EN
EL SISTEMA DE SALUD QUE LOS
ACTORES PRIVADOS SE PORTEN
COMO ACTORES PRIVADOS?**

Gustavo Morales
Presidente ACEMI





EL RECTOR DEL SISTEMA: ENTREVISTA EXCLUSIVA DR. FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Doctor **Fernando Ruiz Gómez**, ministro de salud y protección social, muchas gracias por aceptar esta invitación de **CONSULTORSALUD**.

Queremos empezar diciendo que el capitán de este barco, en medio de la peor tormenta sanitaria que recordemos, es quizás una de las personas que, en Colombia, estaban mejor preparadas para hacerle frente: el ministro de salud y protección social es médico y máster en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana, máster en Salud Pública y Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública de Harvard de **EE.UU.** y doctor en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

En su trayectoria profesional se destaca el cargo que ocupó como viceministro de salud pública durante el periodo **2013- 2016**. Antes de llegar a esta cartera como ministro, se desempeñó como director científico del proyecto del Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer. También fue consultor del sector salud para el Banco Mundial, dirigió el proyecto y la puesta en marcha del primer Centro Integral para la atención del Cáncer en Latinoamérica y, además, fue director del Centro de Proyectos para el Desarrollo (**CENDEX**) de la Pontificia Universidad Javeriana.

Hoy queremos reconocer su valía, su entrega, su profesionalismo y la estrategia que concertó con su equipo y los principales líderes nacionales para trazar el camino que hemos venido recorriendo en medio del aislamiento y el dolor que miles de familias han experimentado.

CONSULTORSALUD: Primero quisiéramos saber sobre usted, sobre el hombre detrás del ministerio, sobre su familia, sus sentimientos, sus temores y como esta pandemia ha transformado su estilo de vida. (quisiéramos tener una corta historia relajada y muy cercana, para contarle al país el ser humano que toma las principales decisiones para el sector)

FRG: Soy básicamente el resultado de un matriarcado conformado, por una parte, por mujeres trabajadoras y fuertes de origen santandereano que son mi mamá y mis siete tías; por otra parte, por mis dos hermanas; y por

otra, por mi esposa y mi hija. Fui un buen estudiante en el colegio. Estudiando medicina pensé que sería pediatra, pero terminé descubriendo que lo mío era la salud pública. Mi peor temor en los últimos años era que me tocara lidiar con una epidemia más grande que otras dos con las que ya había tenido que lidiar: la del chikunguña y la del zika. Pero, como dicen, la mejor forma de quitarse los temores es enfrentándolos. Y acá estoy, de cabeza, intentando dar lo mejor que puedo y aportando toda mi experiencia para que salgamos de esta pandemia con la menor cantidad de pérdidas que sea posible.

CONSULTORSALUD: Cuéntenos señor ministro, ahora con la mirada retrospectiva que le permite revisar estos nueve meses de pandemia, cual fue el momento y la decisión más difícil que ha debido adoptar hasta el momento, y cual la que mayor felicidad ha representado. Y, por supuesto, cómo se vivieron esos momentos al interior de su equipo de alta gerencia.

FRG: Sin duda la decisión más difícil durante estos meses ha sido declarar la cuarentena. Siempre he recordado cuando en Harvard nos hablaban de las pandemias de hace décadas, de las decisiones que incluían las cuarentenas generales, pero siempre lo vi tan lejano... Llegar al Ministerio de Salud y a los tres días anunciar el primer caso fue un reto, pero es superado por esas reuniones y puestos de mando unificado, en los que debíamos analizar las estrategias y acciones para que nuestro sistema y el país aguantara este virus. El día que el presidente Duque anunció el aislamiento



fueron intensas las ganas de llorar. No es sencillo tomar esta decisión dirigiendo la autoridad sanitaria, pero sabíamos que en su momento era lo mejor para todos.

Tampoco fue sencillo decirle a los niños y niñas y a los adultos mayores que se quedaran en casa. Soy hijo y también soy padre, pero la evidencia científica nos decía en su momento que debíamos protegerlos. Y eso, sin duda, ha sido determinante para haber conseguido que la pandemia no causara estragos en nuestro sistema de salud y mucho menos en los colombianos.

Creo que no hubiéramos llegado hasta este punto sin un trabajo en equipo. Yo soy el ministro y la cabeza, pero estoy rodeado de personas maravillosas que han trabajado sin descanso para cumplir cada objetivo del plan de respuesta covid-19. Personas que además de ser excelentes profesionales, son seres humanos





entregados a esta labor. Adicionalmente, armamos un comité de expertos nacional e internacional, buscamos la opinión de la academia, de quienes están fuera y ya habían vivido esta situación, escuchamos, analizamos y debatimos para luego tomar una decisión.

Esto ha sido un trabajo de muchas personas y desde muchos frentes. No solo una estrategia de salud pública, también ha sido una de promoción y prevención, de comunicación, de diferentes aspectos que han permitido ser transparentes con la ciudadanía e ir llevando a buen puerto toda esta situación.

CONSULTORSALUD: Usted ha tenido el privilegio y la responsabilidad de recorrer otra vez el país en medio de la pandemia y visitar las ciudades, los hospitales y ver en acción al talento humano que le da cara con valentía a la enfermedad. ¿Ha cambiado su percepción del sector y de los hombres y mujeres que en cada lugar instrumentalizan sus decisiones? ¿Le gusta lo que ve?

FRG: Soy médico, me debo a la medicina y en cada oportunidad que tengo reconozco la entrega, la gallardía y el valor que tienen mis colegas enfrentando en primera línea esta situación. Para nadie es un secreto que somos un país resiliente, y esta profesión lo es, creo yo, un poco más.

He recorrido todo el país porque soy consciente que esta pandemia no se puede trabajar desde la capital, son problemas y situaciones diferentes que exigen respuestas y compromisos puntuales. Llegar a los hospitales a inicio de la pandemia y ver que el talento humano en salud no contaba con los elementos de protección personal necesarios fue impactante y se convirtió en un reto para mí. Ahora podemos ir y ver cómo se han entregado los suficientes para protegerlos.

También a principio se creó mucho estigma en torno a los médicos, profesionales de enfermería y todo el personal que trabaja en el sector. Fue duro ver cómo dejaban

mensajes en los ascensores o en sus puertas pidiéndoles que se fueran del edificio cuando eran ellos los que podían estar salvando la vida de quienes lo escribieron o de sus familiares. Sin duda, hoy me siento orgulloso de la profesión que escogí y de buscar día a día representarlos de la mejor manera y luchar por su bienestar.

Hemos trabajado de la mano con las asociaciones médicas, creado capacitaciones y entrenamiento para cada uno de los profesionales. Ellos han estado largas horas en turno y han visto el sufrimiento de muchos, han dado fortaleza a muchas familias. Se han desprendido de su yo para atender esa vocación de luchar por la salud de la población. Eso, sin duda, me lo llevaré siempre en mi memoria.

CONSULTORSALUD: Qué experiencia memorable podría compartirnos, que pudiera transmitirle al país sectorial una lección que edifique, que invite a una profunda reflexión o que lo haya hecho sentir profundamente orgulloso de la labor realizada

FRG: En Inírida, Guainía, conocí la historia de Jorge Torres, de 74 años. Llegó al hospital casi sin poder respirar y debieron intubarlo. A su familia, como a muchas que han pasado por esto con alguno de sus miembros, les dolió todo el proceso, pero allí estuvieron los médicos y el personal de salud y hasta cumpleaños le celebraron. Hicieron una calle de honor cuando salió. Solo puede existir una sensación de que estamos haciendo las cosas bien cuando las familias te ven y te agradecen, cuando los nietos más pequeños agradecen que su abuelito haya regresado a la casa, eso, confieso, me llevó al punto de las lágrimas.

CONSULTORSALUD: ¿Se ha sentido respaldado por el gobierno?, ¿Por el sector y sus actores?, ¿Por la sociedad?

FRG: Sí. Enfrentar esta pandemia requería que todos entendiéramos que la salud es un eje transversal en todas las decisiones de país, en todas las leyes, normativas y demás. Y así lo hemos hecho.

Hoy, por ejemplo, ya contamos con protocolos de bioseguridad para cada sector de la economía colombiana. Hemos crecido en telesalud lo que estaba previsto para 10 años. Son cosas que llenan de orgullo y que se consiguen gracias al respaldo de todos, porque somos conscientes hacia dónde queremos ir y tenemos claro el plan que hemos trazado para conseguirlo.

CONSULTORSALUD: Ahora que está llegando diciembre, y el país se recoge en reflexión, en familia, y busca llenarse de motivos para enfrentar con optimismo el 2021, ¿qué mensaje adicional al cuidado superior que debemos seguir manteniendo frente a la enfermedad quiere entregarnos?

FRG: No podemos bajar la guardia. En algunas ciudades y departamentos el virus ya tuvo su primera ola, pero en otras apenas la curva va en ascenso. Debemos cuidarnos porque el virus no se ha ido, sigue ahí y el riesgo no disminuye.

Podemos pasar una Navidad con nuestro núcleo familiar, usar recursos tecnológicos para conectarnos con los demás. No se trata de no disfrutar de estas fechas, es hacerlo con responsabilidad sin olvidarnos que afuera sigue el covid-19, pero, sobre todo, sin olvidarnos que, aunque algunos estén jóvenes y creen que no los toca, esto puede afectar a los adultos mayores con los que conviven.

CONSULTORSALUD: Nos parece que el talento humano del sector salud ha realizado un esfuerzo supremo. ¿No cree usted que está el país y el sector en mora de responder inmediatamente, con un plan laboral y de estímulos que devuelva la seguridad a decenas de miles que hoy trabajan en condiciones inadecuadas y están bajo explotación? ¿Qué aspecto clave sobre el particular le quiere dejar como herencia a sus colegas?

FRG: Tenemos un proyecto de ley que está en trámite que busca eliminar los contratos por OPS y darles los derechos laborales a los profesionales de la salud. Es un reto inmenso y somos conscientes de ello, pero estamos en pie de lucha para reivindicar los derechos de quienes se han expuesto por nosotros, de quienes han estado en turnos de 18 o 24 horas para atender a quienes llegan a una sala de urgencias.

Ya durante la pandemia entregamos un bono por atención en primera, segunda y tercera línea covid-19, un reconocimiento a ellos. Pero sabemos que esto no debe quedar ahí y que se necesitan cambios de fondo, en eso estamos trabajando y es una meta propuesta en este Ministerio.

CONSULTORSALUD: ¿Cuál será el cambio reglamentario más importante que usted impulsa, y que desea se produzca en el 2021, para resolver algunos de los problemas crónicos del sistema en

materia de acceso equitativo, sostenibilidad financiera y resultados sanitarios? ¿Confía en la aprobación del proyecto de Ley 10 de 2020?

FRG: Sí, mi mayor deseo en lo reglamentario es que ese proyecto se convierta en ley. El proyecto trata sobre muy diversos aspectos, pero uno de mis favoritos es el fortalecimiento de esa figura que es el médico de familia, un profesional con alto poder resolutivo que reduce esa perniciosa fragmentación de nuestro sistema. También destaco del proyecto el hecho de que integra los regímenes contributivo y subsidiado, lo que se traduce en equidad; el fuerte énfasis que hace en promoción y prevención; la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, y la dignificación del talento humano en salud.

CONSULTORSALUD: Finalmente, estimado ministro, ¿podemos seguir contando con su liderazgo al frente de la cartera más compleja del país o está considerando que es un buen momento para tomar un descanso y volver a la vida privada?

FRG: Mi sentido de la responsabilidad me impide abandonar las cosas a mitad de camino.

Muchas gracias por sus respuestas, sus orientaciones y las enseñanzas que ha transmitido nuevamente en **CONSULTORSALUD**. Escuela de Salud Pública de Harvard Lo recordaremos como el ministro de la pandemia y el líder que tuvo a su cargo las decisiones más complejas que el país ha adoptado en muchas décadas.





Claudia María Sterling
Vicepresidenta Legal y
de Asuntos Corporativos
de Droguerías y
Farmacias Cruz Verde

Los retos para enfrentar la COVID-19 han puesto a prueba diversas estrategias de los gobiernos que ubican a la salud pública en lo más alto de sus prioridades, más aún cuando en medio de la lucha por contener la pandemia, prevalecen enfermedades tan complejas como el cáncer que, para el caso de Colombia, registró 101.893 nuevos casos en 2018 según datos de la Organización Mundial de la Salud.

El cáncer representa la segunda causa de muerte en el mundo y, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, es una de las principales comorbilidades que incrementan el riesgo de muerte por Covid-19. De acuerdo con el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, con corte a 13 de octubre de 2020, se identificaron 5.915 casos de pacientes con cáncer e infección por SARS-CoV-2 de los cuales 658 fallecieron¹.

EL CÁNCER, ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE DEMANDA ESTRATEGIAS COORDINADAS

A pesar de los esfuerzos que se han venido realizando, prevalecen dificultades que durante la pandemia han debido enfrentar los pacientes. Sobre el acceso a medicamentos y de acuerdo con la encuesta liderada por la Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma realizada a 761 pacientes con cáncer, de un total de 67.5% de pacientes que requirieron medicamentos o servicios ambulatorios durante la cuarentena decretada por el gobierno nacional, solo el 23,3% los recibió en su domicilio durante la cuarentena.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de octubre de 2020). El Cáncer más allá de la pandemia. Boletín de Prensa No 853 de 2020. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-cancer-mas-alla-de-la-pandemia.aspx#:~:text=En%20el%20covid%2D19,reemplazo%20renal%20y%20el%20c%C3%A1ncer.>

Pandemia y cáncer

Precisamente, en época de pandemia, uno de los grandes retos de los gestores farmacéuticos ha sido la dispensación a domicilio de medicamentos y dispositivos médicos. Para hacerse una idea de esta magnitud, y aun bajo todas las adecuaciones logísticas que se han implementado, los gestores adscritos a Fenalco han venido aumentando desde marzo su capacidad, al punto que en mayo se registró un incremento en el volumen de entrega de medicamentos a domicilio en más del **300%**, según datos de la nombrada entidad. En términos generales, de marzo a agosto se entregaron más de 7.7 millones de fórmulas a domicilio, de las cuales, casi 5 millones de fórmulas fueron entregadas a pacientes crónicos, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Más allá de la pandemia, garantizar la continuidad y la atención oportuna es un reto permanente para los gobiernos. También lo es para los actores del sistema, sobre todo cuando existen barreras de acceso a las que los pacientes se enfrentan, buscando una atención oportuna que pueda contar con un tratamiento integral, efectivo y de calidad.

Acceso a medicamentos

Es el caso del acceso a los medicamentos oncológicos; por cierto, cada vez más costosos. De acuerdo con Infosalus, y con base en los resultados de los estudios presentados en el congreso virtual de la sociedad europea de oncología médica ESMO 2020, existen grandes diferencias en el acceso a nuevos tratamientos dependiendo del lugar de residencia. Por ejemplo, en 2018, los países de Europa occidental gastaron en medicamentos oncológicos 10 veces más por habitante que los de Europa del Este, siguiendo un patrón similar al observado en el caso de los ensayos clínicos. De ahí que las desigualdades están relacionadas principalmente con la fortaleza económica de los países y no con la carga de morbilidad del cáncer.

Para el caso de Colombia, el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud no es igual para los distintos niveles socioeconómicos. Según cifras oficiales, el **6,3 %** de los hogares colombianos tiene barreras de acceso a los servicios de salud, y este porcentaje varía por departamento.

En cuanto a los gastos en salud, el más reciente informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (**Ocde**) reveló que los países miembros del grupo que más porcentaje del PIB invierten en salud son Estados Unidos (**16.99%**),

Suiza (**12.2%**) y Alemania (**11.2%**). Colombia (**7.2%**) está por debajo del promedio de los países de la organización, que en promedio destinaron **8,8%** de su Producto Interno Bruto para temas de salud en 2018.

El triángulo de coordinación

Son muchos los esfuerzos que el sistema de salud realiza y a pesar de que cada día los costos son mayores, todos los actores deben seguir implementando estrategias para eliminar dificultades. Para el caso de los gestores farmacéuticos **-de los que Cruz Verde hace parte-**, deben velar por una adecuada gestión de riesgo que no se ciña exclusivamente a que los medicamentos se entreguen a domicilio, con mecanismos anticipados de agendamiento. Para ello, es importante que se fortalezca el triángulo de coordinación entre la institución prestadora del servicio de salud, el gestor farmacéutico como proveedor del medicamento y el asegurador, para anticipar riesgos, gestionarlos de forma adecuada y lograr resultados en salud que vayan más allá de la entrega oportuna y completa del medicamento, que debe darse por descontada y que, de por sí, ya implica un esfuerzo logístico importante.

Fortalecimiento de programas

Esto va de la mano del fortalecimiento de los programas de farmacovigilancia encaminados a la detección de reacciones adversas asociadas al uso de medicamentos y por supuesto, cuando se requiera, garantizar los tratamientos post hospitalarios. Adicionalmente, es necesario revisar el modelo actual de incentivos a la propiedad intelectual en aras de impulsar modelos alternativos de innovación más allá de las patentes. Y por supuesto, qué oportuno sería promover la competencia mediante el registro y comercialización de medicamentos biosimilares de calidad en el país.

Asimismo, se deben buscar mecanismos más expeditos para el registro de los vitales no disponibles y para medicamentos de control especial para que puedan ser importados, fabricados, transformados, distribuidos y dispensados, minimizando el riesgo de desabastecimiento, garantizando su disponibilidad y acceso seguro.

Todavía, el sistema de salud debe realizar muchos esfuerzos para elevar la atención y la capacitación permanente en las rutas de acceso para lograr intervenciones oportunas y coordinadas entre todos los actores para mejorar la calidad de vida de la población en Colombia.



Olga Lucía Zuluaga Rodríguez
**Directora Ejecutiva de la Asociación
Colombiana de Empresas Sociales del
Estado y Hospitales Públicos -ACESI**

EL GRAN DESAFÍO DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL HOSPITALARIA DEMANDA PRIMERO UN CAMBIO DE “CHIP” MENTAL

Los modelos de prestación de servicios de tiempo atrás han incluido las tecnologías que permiten mejorar la accesibilidad y oportunidad en la atención. Sin embargo, no podemos desconocer que la inclusión de las nuevas tecnologías ha sido lenta en la red pública hospitalaria, lo cual se viene evidenciando durante la pandemia y obligó a activar un acelerador inusitado que permitiera cumplir con las necesidades de proteger a algunos grupos de riesgo, quienes no debían salir de sus casas.

Ahora bien, el reto que tenemos es aún mayor si tenemos en cuenta que las instituciones de salud, deben realizar toda una ruta para su transformación digital con el fin de lograr el objetivo propuesto que debe ser beneficiar al usuario y poder contar, al final, con un valor agregado al incluir esas nuevas tecnologías.

Cuando hablamos de una ruta de transformación digital, lo ideal es que la institución comience por incluir dentro de su plataforma estratégica, la transformación digital para que realmente perdure en el tiempo y llegue para quedarse como lo requiere el usuario y el país.

Pero antes de pensar en los equipos: software, hardware, nodos de internet dedicados y personal altamente calificado es necesario que, desde la cabeza de las redes hospitalarias hasta la persona de servicios generales cambie “el chip”; es decir, cambie de mentalidad y se meta en la cabeza que la tecnología ya no es solamente confort, velocidad, comunicación en tiempo real, seguridad, sino una enorme necesidad para enfrentar los indeclinables desafíos de la nueva normalidad.

Otro de los retos que tenemos que lograr es caracterizar nuestras poblaciones y conocer, dentro de los diferentes grupos de riesgo, sus preferencias a nivel de prestación de servicios (**presencial, telesalud, tele experticia, entre otras**) e incluso la información sobre tipos de tecnología que maneja el usuario (**celular, internet**) para lograr así unos modelos de prestación de servicios que obedezcan a las necesidades de la población.

A veces, la transformación digital la iniciamos con la consecución de nuevas tecnologías de altos costos, desconociendo las necesidades poblaciones y terminamos con inversiones que no logran el impacto esperado. Por ello es necesario iniciar con un diagnóstico de la situación de la institución (**software, hardware, conectividad**) y las necesidades de los usuarios y con ello construir y elaborar la construcción del camino que debemos recorrer, acorde con las brechas encontradas en la línea de base vs. el punto que queremos alcanzar.



El **Ministerio de las TIC** ha construido unos documentos que bien merecen ser vistos y seguidos por las instituciones para recorrer el camino o ruta de la transformación digital en donde es necesario un análisis institucional sobre las brechas en tres puntos claves como son:

1. **Los procesos institucionales para la prestación de servicios, en donde no es establecer una única modalidad de prestación de servicios, sino generar nuevas modalidades de prestación de servicios, según las necesidades y opciones de la población.**
2. **Tecnologías necesarias vs. existentes.**
3. **Capacitación de las personas: en este punto es necesario que se establezca un cronograma de capacitación para los usuarios y para los funcionarios de las instituciones de salud y así lograr una cultura digital adecuada para la implementación de las diferentes tecnologías que defina la institución acorde con las necesidades encontradas.**

Conociendo que en muchas de nuestras instituciones encontraremos muchas brechas y puntos a intervenir, es necesario que la institución con su equipo de transformación digital, realice una priorización de necesidades y con ello, establecer su hoja de ruta con un plan de acción que permita establecer tiempos, indicadores e iniciar una prueba piloto que le permita hacer ajustes y obtener resultados.

Cuando hacemos una revisión general de la situación actual en un número importante de territorios, encontramos que existen serias dificultades de conectividad e importantes fluctuaciones en la latencia de la misma; situación que debe ser trabajada de manera articulada entre **MinTic y Ministerio de Salud y Protección Social** para lograr garantizar que avancemos en la transformación digital en las zonas más alejadas y apartadas del país, zonas que serían las que tendrían mayor beneficios de nuevas modalidades de prestación de servicios como teleexperticia o telemedicina en especialidades que no se encuentran en esas regiones.

LAS FALENCIAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA EL CONTROL DE LA PANDEMIA



Carolina Corcho
Vicepresidenta Federación
Médica Colombiana



Se desató una tremenda polémica por la decisión del Gobierno Nacional de no exigir pruebas PCR a los viajeros que ingresan a Colombia, los argumentos esgrimidos por el Ministro de Salud y por los epidemiólogos que asesoran al Gobierno, es que el control de la frontera era importante en el inicio de la pandemia, no obstante, en este momento que existe transmisión comunitaria, da lo mismo establecer pruebas si se viaja a nivel local o internacional. No obstante, tal es el nivel de improvisación de esta medida, que la resolución 1974 que la promulga, reconoce que en todo caso al viajero que ingrese al país, las secretarías de salud y las EPS les hará el respectivo seguimiento durante **14 días**. Esto es contradictorio, en tanto sería más fácil exigir la prueba, que ofrecer un rastreo que el gobierno colombiano ni siquiera ha podido garantizar a los propios ciudadanos que residen en Colombia. Las cifras son elocuentes, y la realidad epidemiológica es apabullante. Colombia ha superado el millón cien mil contagios, con **32.013 muertes** hasta el día de ayer, con un subregistro de estas mortalidades del **20%**, de acuerdo al DANE, un día como ayer por ejemplo, se procesaron solo **26.108 pruebas PCR Y 12.125 pruebas de antígeno**, cuando el país tiene capacidad de procesamiento de 56 mil pruebas PCR al día, y debería estar procesando por lo menos **100 mil pruebas diarias**, por cada caso detectado se deberían hacer más de **100 pruebas**, esto no se está haciendo en Colombia, ni en ninguna de sus regiones, ni siquiera en Bogotá, que tendría la capacidad y posibilidad de hacer una política de mayor contundencia para el control de la pandemia.

Los indicadores de seguimientos de casos y contactos para el establecimiento de cercos epidemiológicos son tan imprecisos y confusos como el de porcentaje de ocupación de las unidades de cuidados intensivos. De acuerdo con el SISPRO en Colombia el seguimiento de casos detectados supera el 80% en la mayoría de las regiones del país, pero

no se precisa qué significa “seguimiento de caso”, si esto se reduce a la toma de muestras y entrega del resultado de la misma, si esto implica entrega de incapacidades, o qué es lo que significa. Lo cierto del caso es que la población no afiliada solo tiene menos del **5%** de seguimientos en todo el territorio nacional, en esta estarían inscritos los viajeros que provienen de otros países. Por la casuística que tenemos, dada la pobreza de los sistemas de información de seguimiento de la pandemia del país, que deberían ser públicos y estar en línea, nos muestra que tales rastreos y seguimientos son inoportunos o inexistentes, las EPS en la mayoría de los casos no responden las llamadas para la solicitud de pruebas



Se debe recordar que en Colombia el conjunto de trabajadores de la salud sumamos **700 mil**, de los cuales **450 mil** somos misionales (médicos, enfermeras, terapeutas), los demás son personal que se ocupa de los servicios de alimentación, vigilancia, aseo, administrativo, que tiene riesgos de exposición al virus superiores al del promedio de la población general. Estas personas deberían también tener testeos aleatorios en asintomáticos, así como el personal de los bancos, de los servicios de transporte, de la fuerza pública, de mensajería, de la cadena de alimentos. Esto no se ha hecho en Colombia, y lo que se ha hecho es completamente insuficiente, estos deberían ser los mínimos de una política de salud pública de control de la pandemia, analizando solo uno de sus elementos, y no se cumple en el país, por tanto, es imposible lograr el control cuando no se ha hecho lo mínimo y elemental que se debería hacer desde la perspectiva de política pública de salud.

cuando la persona tiene síntomas, en el mejor de los casos, con la intervención de la secretaría de salud, en el caso de Bogotá, la toma de muestra y el resultado de la prueba, se entrega a los **10 días**, sin que los intermediarios contratados por la secretaría y las EPS para la toma de muestra, hagan un reporte de los contactos, se instruya al potencial contagiado para el acceso de una incapacidad médica que le permita permanecer en su casa en aislamiento, mucho menos a sus contactos, los cuales ni siquiera son indagados por los operadores. El aislamiento del caso sospechoso corre por cuenta de la persona, si esta tiene que ir a trabajar debe hacerlo, con el riesgo de transmitir el virus.

Este es el caso de quienes tienen síntomas, y acuden al sistema de salud para ser detectados, pero una pandemia no solo se controla testeando los sintomáticos, es preciso realizar un testeo aleatorio, mínimamente sobre poblaciones de alto riesgo de exposición, esto tampoco se está realizando, ejemplificaré el caso de las y los trabajadores de la salud, que son la primera línea de atención de la pandemia. Hasta hace un mes, los reportes de la Contraloría General de la República, mostraban que sólo el **8%** de este personal había sido testeado, cuando el testeo de este personal debería ser permanente y periódico dados sus niveles de exposición. Esta semana, de manera cínica las ARL expresaron que la población con mayor número de contagios era el de la salud, el segundo es el personal de vigilancia del sector salud.





Desde el punto de vista del gasto público e inversión social para control de la pandemia, tampoco se ha hecho lo mínimo que se debe hacer, los recursos de los colombianos siguen quietos en los bancos y no se destinan para la atención de las necesidades que reclama la pandemia, que pasan por la renta básica, el subsidio a la pequeña y mediana empresa, la garantía de la soberanía alimentaria, entre otros. En ese sentido, de acuerdo con las estimaciones del Banco Mundial, Japón ha destinado el **43%** PIB en la pandemia, en EE. UU. y Europa el **29%** PIB, en Inglaterra el **18%** del PIB, en Colombia a duras penas llega al **4%**, por debajo de América Latina, en donde países como Perú y Chile han destinado el **9 y el 11%** del PIB.

En este contexto, resultan cada vez más contradictorios los mensajes del presidente de la República en su programa diario de las seis de la tarde, se habla de una reactivación económica, cuando los centros de pensamiento del América Latina, el mundo y la realidad misma, ha demostrado que no es posible la reactivación económica sin que se controle la pandemia. El segundo pico en Europa lo ha demostrado, el continente acumula **11,6 millones** de casos positivos y más de **293 mil** fallecimientos, América Latina **11,4 millones** con **407 mil** fallecimientos, conforme lo ha expresado la OMS.

En el caso europeo, países como Italia, Francia, Reino Unido, comienzan de nuevo a adoptar políticas restrictivas y de confinamientos sectoriales, restricción de regresos a clases para controlar la pandemia. En Colombia el primer pico se presentó en agosto, desde entonces ha sucedido una meseta, sin que se haya logrado bajar de 150 fallecimientos diarios, aún con el subregistro, en este momento se precipita un ascenso, de lo que para muchos es la continuidad de un primer pico que no se superó en tanto se mantuvo en una meseta, o lo que podría ser la segunda ola. No se compadece la gravedad de la realidad epidemiológica con la impávida actitud del primer mandatario del país, y sus insustentables partes de tranquilidad.



Desde este escenario de la sociedad civil, se insiste en la gravedad de la evolución de la pandemia en Colombia, no con el objetivo de generar miedo o pánico, sino de movilizar los posibles recursos sociales y políticos en el país en la exigibilidad al gobierno nacional, que se haga lo que se debe hacer para detener estas mortalidades evitables. Descargar el manejo de la pandemia en el autocuidado-el cual no negamos y debe llevarse a cabo por todos y todas las ciudadanos- no va a resolver esta crisis sanitaria que ha rebasado a los gobiernos del mundo, quienes persisten en el negacionismo y en la incomprensión de que se deben implementar medidas alternativas, a la de su fallida ortodoxia, para superar este momento que ha tenido un costo en vidas muy alto.



TENA el experto en incontinencia ofrece un pañal para adultos según su necesidad.



NUEVA IMAGEN

Tecnología PROskin

TENA Basic mejoró, ahora es TENA Slip Clásico. -Ahora con Cintas más anchas y largas para un mejor ajuste. -Tecnología 3X: seguridad, suavidad y sequedad.

TENA Slip ahora es TENA Slip Ultra, el pañal más completo* que cuenta con Tecnología ProSkin que protege la piel. -Mayor rapidez y capacidad de absorción. -Piel libre de humedad. -Superficie más seca. -Piel más sana. *De los pañales TENA

Muestra gratis www.TENA.com.co

*TENA es la marca líder mundial en productos de incontinencia para adultos - Footnote: Fuente: Euromonitor International Limited; Retail Incontinencia Adulto, todos los canales, RSP ventas en valor, Tissue & Hygiene 2020) de acuerdo con el último soporte del estudio que afirma este liderazgo.

famija | JAIMEURIBE&ASOCIADOS

PLAN PRIORIDAD MAYOR - ASEGURAMIENTO, PANDEMIA Y TRABAJO COLABORATIVO



Juan Gonzalo López Casas
Presidente Salud Total EPS

En la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (**ACEMI**) están afiliadas **10 EPS** que en total tienen **26.3 millones de afiliados**, es decir, **53.6%** del total de la población asegurada en el país se encuentra afiliada al Sistema de Salud a través de alguna de estas Entidades; con mayor participación en el Régimen Contributivo (**84.9%**) que en el subsidiado (**28.7%**). Cifras que indican la magnitud de la labor que se realiza en estas aseguradoras, tanto en gestión del riesgo como en la prestación de los servicios de salud.

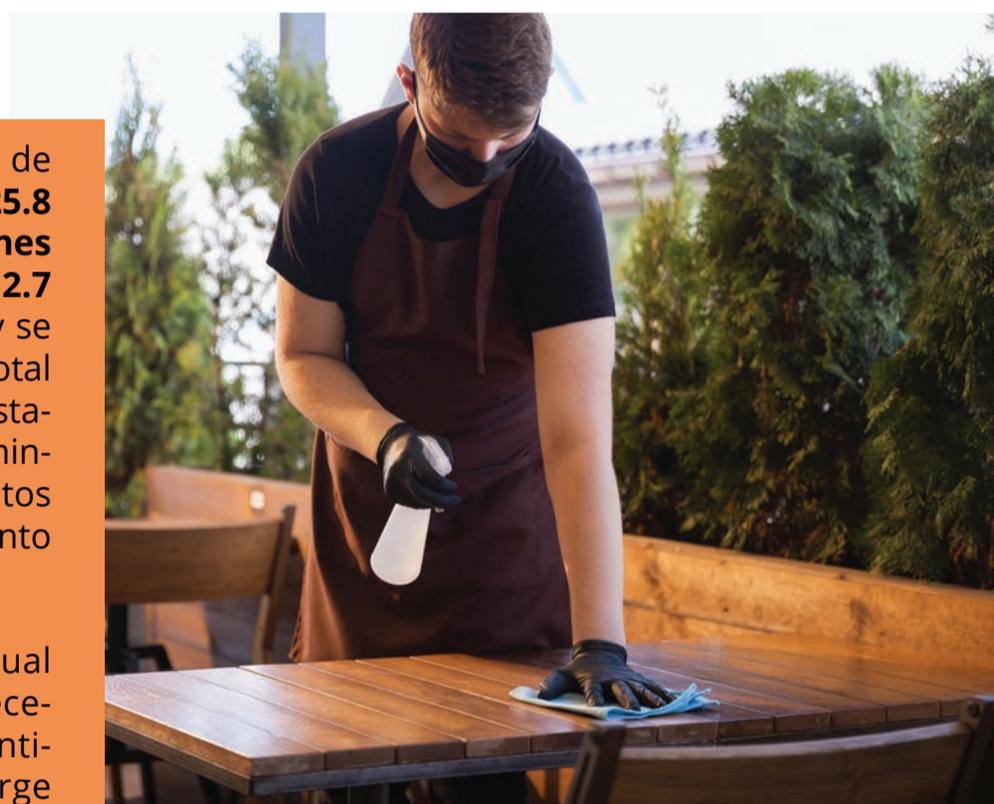
Antes de la pandemia, la atención a la población se garantizaba de manera presencial en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios, además, los avances en telesalud, pruebas rápidas para seguimiento o confirmación del diagnóstico y la virtualidad para relacionamiento con los afiliados no eran muy significativos.



Todo esto cambió una vez se declara la emergencia sanitaria a causa de **SARS-CoV-2**, estableciendo por parte de las autoridades sanitarias nuevas directrices para la atención de los pacientes de mayor riesgo de enfermar y morir a causa del nuevo virus. Se impuso el aislamiento total en el país, la red de prestadores se concentró en aumentar capacidad para atender a los pacientes con **Covid-19**; los procedimientos no vitales, consultas y exámenes no urgentes se aplazaron hasta nuevas indicaciones por parte del Ministerio de Salud y se dio prioridad

para la atención domiciliaria y seguimiento estricto a las personas mayores de **70 años**, pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (**ECNT**) y gestantes con el objetivo de continuar con los tratamientos y seguimientos necesarios para controlar los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y las gestantes. Para el caso de las **EPS-ACEMI**, el total de afiliados con **ECNT** es de **3.4 millones**, **1.7 millones de personas** mayores de **70 años** y alrededor de **127 mil** gestantes.

En este punto surge el Plan Prioridad Mayor como iniciativa y compromiso de las **EPS-ACEMI** para garantizar la atención a la población de mayor riesgo según las indicaciones dadas por el Ministerio de Salud. De inmediato requirió transformar el modelo de atención. Rápidamente se avanzó en teleconsulta (**TC**) y teleorientación telefónica (**TOT**), ampliación de canales virtuales como página Web, APP, WhatsApp, correo electrónico y robótica entre otros medios. Además, ampliación de la atención domiciliaria y de la entrega de medicamentos a domicilio para los grupos de población de mayor riesgo.



En el marco del Plan Prioridad Mayor, desde mediados de marzo hasta noviembre de este año, se entregaron **25.8 millones** de medicamentos, se realizaron **12.7 millones de TC-TOT**, **1.9 millones** de atenciones domiciliarias, **2.7 millones** de pruebas de laboratorio para coronavirus y se atendieron **707 mil** pacientes con Covid-19, **63%** del total de pacientes con esta patología. Además, a la red de prestadores se les pagó **\$ 18.4 billones** para asegurar los suministros necesarios para atender la pandemia y los elementos de protección personal necesarios para proteger al talento humano de salud.

Todo lo anterior se relaciona con la atención individual en el marco de aseguramiento. Sin embargo, fue necesario apoyar las acciones colectivas a cargo de las Entidades Territoriales para controlar la pandemia. Surge como solución el trabajo colaborativo entre **EPS, IPS** y Entidades Territoriales para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la atención domiciliaria, las medidas de bioseguridad, captación y seguimiento de pacientes, toma y procesamiento de las muestras. Iniciativas como el **"tripartito" en Bogotá**, **"Cuidémonos Cartagena"** o **"Mas 60"** en Barranquilla fueron los pioneros para extender este trabajo a ciudades como Cali, Montería, Sincelejo y Buenaventura entre otras ciudades, esquema que posteriormente se enriqueció con la propuesta para **Pruebas, Rastreo, Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS)** como nuevo proyecto una vez el aislamiento estricto se levantó y la economía se reactivó.

Todas estas acciones han contribuido a la atención oportuna a la población y control de la situación en cada ciudad; generando un mayor bienestar a la población, información veraz, fortalecimiento institucional, sostenibilidad de la red de prestadores, eficiencia administrativa, trabajo colaborativo desde lo público y privado y una mejor gestión del riesgo en tiempos de pandemia.

Lecciones aprendidas, todas las que se puedan imaginar. Barreras, claro que sí hubo. También avances muy importantes que no se pueden perder, la suma de esfuerzos, el uso de la tecnología, la información correcta y la capacidad logística para garantizar los servicios en ambiente de alta complejidad son solo algunos ejemplos de estos avances que debemos continuar desarrollando. Toda esta estructura y experiencia con seguridad serán las herramientas para enfrentar los próximos meses, ya no en un medio de pandemia sino, posiblemente, en uno de sindemia.

14 REQUISITOS PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN 2021

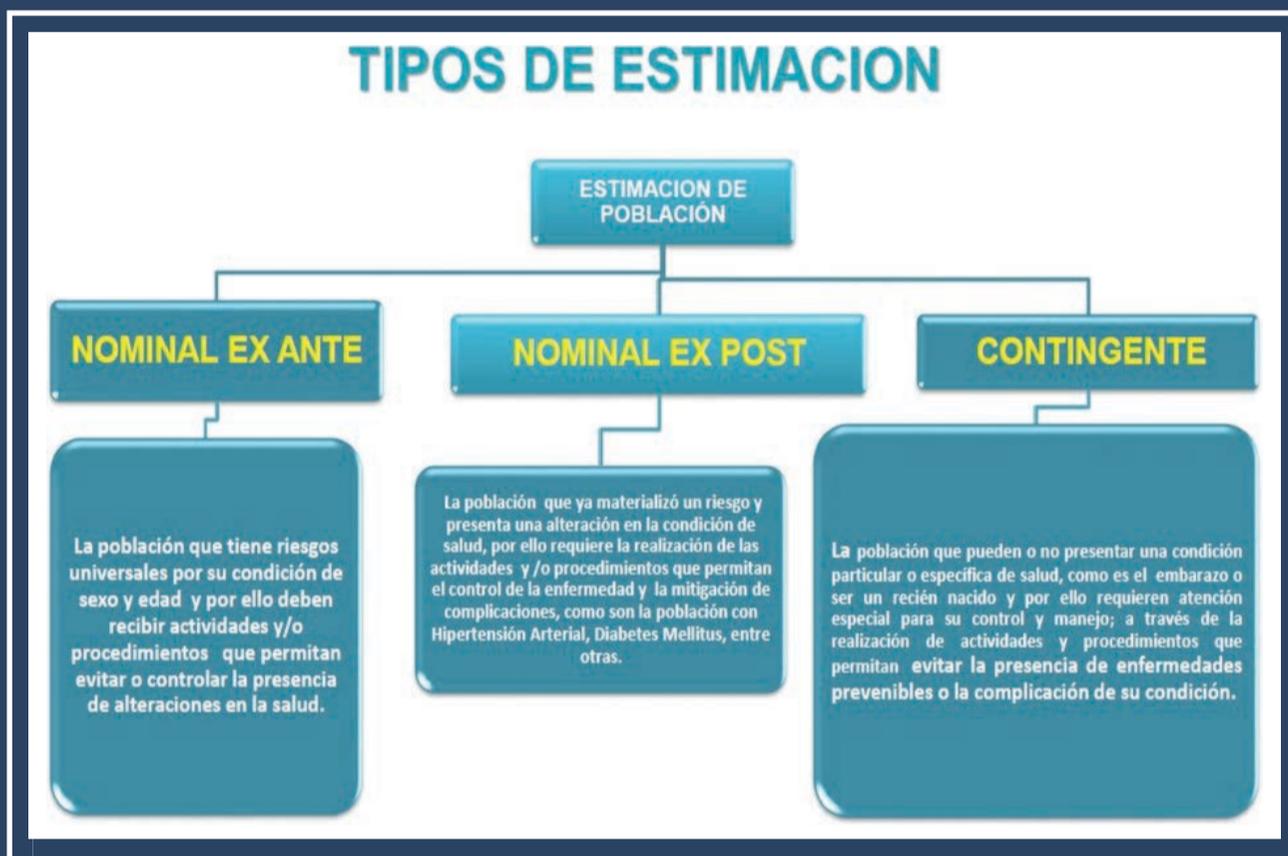


Carlos Felipe Muñoz Paredes
MD. CEO & Fundador

Este será un artículo corto, directo y lleno de claves para hablar de los **catorce (14)** requisitos que se deben tener en cuenta para realizar la nueva contratación de servicios de salud los prestadores y pagadores:

1. CARACTERIZACIÓN: Es el cimiento sobre el que se construye la data de las cohortes de ciudadanos-pacientes que serán protegidos en el contrato. Su origen reciente nos traslada al año 2015 que en la resolución **1536**, describe la planeación integral de los servicios de salud. La caracterización está a cargo de las EPS y de las ARL, y NO de las IPS. Si usted como prestador quiere ofrecer el servicio de “**caracterización**” de la población, podría incluirlo como un servicio a prestarle (y cobrarle)

a las futuras “**aseguradoras (AS) del sistema**”. La caracterización permite la estimación de la población y su organización en a) nominal ex ante, b) nominal ex post y c) contingente. De allí se nutre la clasificación en los grupos de riesgos que creó la **Política de Atención Integral en Salud PAIS**; también es un sustrato para el cálculo actuarial anual de la UPC, y crea la línea operativa de gestión de riesgo establecida en el Plan Decenal de Salud.



2. BASE DE DATOS: De los afiliados objeto de la atención. Por favor tenga en cuenta que ahora los afiliados realizan todos sus trámites a través del SAT – Sistema de Afiliación Transaccional, que se ubica en el portal www.miseguridadsocial.gov.co. Los pagadores no podrán elevar glosas argumentando que la persona que recibió los servicios no tenía sus derechos activos, si su registro le pertenecía y está en la BDUA vigente que ha podido acceder el prestador.

3. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS: El contrato debe ser simple, pero los anexos detallados, describiendo las coberturas de los servicios y tecnologías que cubre el acuerdo contractual. Aquí es imperativo mencionar que la resolución **535 de 2020**, facultó a los pagadores a realizar la contratación integral de servicios de salud financiados tanto con UPC como con **Presupuestos Máximos**, situación que claramente va a marcar nuevos derroteros, fusionando grupos de prestadores en redes más extensas y oligopólicas por todo el país, y que atraviesan varios territorios político-administrativos, tanto como acumulan la mayor cartera del sistema actualmente: **\$3.8 billones de pesos**.

4. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN: Este es un tema apropiado para otro artículo que pronto publicaré. Por el momento digamos que existen también 12 formas de contratación en Colombia, divididas en **3 grupos**: a) Modalidades de contratación y de pago sin transferencia de riesgo, b) Modalidades de contratación y de pago no asociada al riesgo primario de incidencia, y c) Modalidades de contratación y de pago asociadas al riesgo primario de incidencia. Con relación a las medidas de protección, estas son cuatro: a) ajuste de riesgo, b) ajuste por desviación extrema del costo, c) franja de riesgo, d) exclusión de riesgos. **TODOS** los contratos deberían incorporar una o varias de estas modalidades que amparan la ejecución frente a situaciones probables como severidad de las condiciones individuales de salud, costos muy altos e inusuales en la atención, y rango del valor pactado que actúa como colchón de operaciones y de seguridad para ambas partes.



5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS: Cuando aplique. Esto tiene mucho que ver con la vigencia de estos documentos técnico-científicos, con la aparición de consensos terapéuticos, y con la pericia operacional del prestador y del pagador en relación con la cohorte asistida. Normalmente es el pagador el que suministra la GPC y/o el protocolo.

6. NOTA TÉCNICA: Contiene todas las características, supuestos y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas, agrupamientos de servicios, frecuencias de uso y valores contractuales dentro y fuera del aseguramiento. Actualmente la Nota Técnica NT, incluye otros componentes que la hacen tanto más efectiva como más compleja de ejecutar, requiriendo amplia confianza entre los acordantes:

- a. Línea base de eficiencia operativa
- b. Análisis de servicios y coberturas
- c. Análisis de complejidad de casos
- d. Identificación y análisis de coeficientes de variación
- e. Estimación del Costo Medio Evento de los casos
- f. Identificación de factores que afectan la eficiencia operativa
- g. Metodología de análisis y control de gestión
- h. Acuerdos de indicadores de calidad y resultados
- i. Diseño y/o ajuste del modelo de datos y del sistema de información
- j. Definición y acuerdo de las reglas de ajuste
- k. Matriz de indicadores y parámetros de eficiencia

- l. Diseño de la Nota Técnica
- m. Generación del anexo técnico
- n. Formulación del plan de eficiencia operativa
- o. Roles y responsabilidades (modelos de gobernanza - VMO)
- p. Acuerdos de nivel de servicios entre unidades funcionales

7. VALOR DEL CONTRATO: Este puede ser determinado o determinable. Una gran tendencia son los denominados "**montos fijos**" que otorgan una característica especial y deseable a la contratación: confianza. El pagador conoce que suma desembolsará y el prestador que dinero recibirá cada mes. Se debe tener en cuenta la unidad de reconocimiento y pago de la modalidad contratada, incluyendo la posibilidad de generar anticipos de hasta el **50%** de los recursos mensuales.

8. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN: Se incluirán todas las obligatorias y las priorizadas por la entidad responsable del pago, junto a sus lineamientos técnicos y operativos cuando apliquen. Recordemos que aquí es muy importante tener en cuenta que la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal establecida mediante la resolución **3280 de 2018** tiene una estrategia de progresividad a 15 años con metas establecidas, y acompañada de un financiamiento anual establecido en la UPC, que debe considerarse.

9. AUTORIZACIÓN INTEGRAL: Es quizás uno de los mayores desafíos, y logros cuando se alcance, y consiste en contratar una red integrada o integral, que atienda una corte de pacientes, contra una RIA establecida por un precio acordado; cuando todas estas variables están claras e



SOMOS EXPERTOS

EN EDUCACIÓN VIRTUAL PARA
EL SECTOR SALUD



Salas virtuales hasta
para 2000 asistentes



Los mejores conferencistas
y expertos del país



Temas estratégicos y
de actualidad

Escribanos ahora y estaremos encantados de
brindarle nuestro soporte especializado:

administracion@consultorsalud.com o llámenos en este
momento y conversemos sobre su necesidad: 317 4296 207

instrumentalizadas, el paciente no requerirá más que una autorización al momento de ser incluido en el ecosistema anterior, y luego se movilizará de manera articulada por los diferentes servicios y actores, recibiendo el conjunto integral de atenciones pactadas y sin restricciones. El prestador suministrará los servicios y el pagador cubrirá financieramente ese conjunto de pacientes contra el precio acordado. Este será un paso revolucionario en la erradicación de muchas barreras de acceso que hoy conocemos.

10. PROCESO DE COORDINACIÓN: Se gesta entre el pagador y los prestadores para garantizar el continuo asistencial, la mayor calidad, oportunidad y los mejores resultados. Recomendamos en este punto automatizar los puntos clave del proceso a través de software cargado con Inteligencia Artificial IA, que le permite a las partes reconocer la evolución del paciente dentro de este **“embudo asistencial”**, y detectar áreas inefectivas, pacientes que se disipan de la nube estratégica de comportamiento y personal administrativo que actúa de manera asincrónica contra los objetivos planteados. Estas herramientas TIC que se incorporan al concepto de la Esalud, están disponibles en Colombia, y se adaptan de manera rápida a cada proceso y se cobran por el uso que se haga de ellas, convirtiendo los procesos de papel en rutinas electrónicas altamente costo/efectivas.

11. SISTEMA Y OPERACIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: A diferencia de los anteriores modelos, la operación ahora se desata al interior de las RIPS y no en la individualidad de las IPS. La automatización de procesos sugerida en el punto 10, podría contribuir significativamente a la efectividad de esta operación, que casi siempre ha sido muy buena en el primer componente y pésima en el segundo, asemejándose la segunda parte a una remisión, lo cual va en contravía del manejo de los pacientes a través de los **“Prestadores Primarios”** que son la puerta de entrada al sistema, encontrando en los **“Prestadores Complementarios”** el concepto experto diagnóstico y terapéutico ocasional.

12. INDICADORES DE RESULTADOS: Para objetivar este requisito, salta a la vista la inmediata necesidad de contar entre los actuantes de una línea de base, que indique un escenario subóptimo y una meta, un hito, un KPI a ser alcanzado en un tiempo determinado. Podría ser de interés para el lector ayudarse en este caso de dos herramientas que ya poseemos en el sector; la primera es el Sistema de Evaluación de Actores SEA, mediante el cual se establecen los diferentes rankings; y el segundo la resolución de RIPS del año 2016 que contiene un capítulo interesantísimo sobre cómo se diseñan y miden los HITOS de las RIPS.

13. MODELO DE AUDITORÍA: Para hacer algo de futurología con el tema, quiero recomendar de entrada olvidarse de la auditoría de cuentas médicas tradicional y hace muchos años en obsolescencia pura, para avanzar hacia una auditoría asesora de procesos, que debería terminar en un **“libro abierto”** de operaciones, donde las partes, entiéndase pagador y prestador, exhiben sus números para entender el comportamiento real de los pacientes y el cumplimiento o la desalineación que viene soportando la Nota Técnica inicial, para proceder a los ajustes oportunos.

14. MECANISMOS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Este último requisito, se atiende por sí solo con una conversación permanente de los actores y una observación continuada del contrato y su comportamiento, con la exhibición de los riesgos que han convertido en siniestros, y la decisión inquebrantable de crear una alianza sectorial para cuidar del paciente, obtener buenos resultados y mantener la economía de las partes en una zona segura.

TENGO ÑAPA

15. DURACIÓN DEL CONTRATO: Recomendamos revisar este asunto como uno de los aspectos claves para el éxito de la gestión integral y del relacionamiento entre prestadores y pagadores. Los contratos sobre condiciones crónicas y cohortes que requieren amplia supervisión y ajustes deberían suscribirse por periodos **“superiores a un año”**. Lo ideal sería tener contratos trianuales, que tengan pactadas también cláusulas de **“salida”** para poder resolver controversias complejas sin grandes conflictos institucionales y el menor impacto para el paciente.



UNA POLÍTICA FISCAL CORTOPLACISTA NO IMPACTA



Florentino Rico Calvano
Economista. Docente
Investigador Senior.
Universidad Simón Bolívar

Resumen: Política Fiscal, término usado para describir cambios en las tasas efectivas de los impuestos y los gastos del gobierno, con el objetivo de modificar la demanda agregada, mantener ocupación plena y precios estables, con el propósito de estabilización (Comision., 1988). Colombia tiene gran parte de su población en la pobreza extrema y monetaria, uno de los países más desiguales del mundo, un régimen tributario caracterizado como regresivo, con recaudación baja frente al potencial tributario y distorsionador de la inversión y del empleo que frenan el crecimiento económico resultado de un patrimonio público afectado por la baja recaudación de reformas tributarias coyunturales para resolver problemas temporales de financiación, en lugar de crear impacto en la economía en el PIB, desempleo, crecimiento, tasas de interés e inflación.

INTRODUCCIÓN

La política fiscal debe jugar un importante papel en el rumbo del desarrollo y crecimiento económico sostenibles. La enseñanza fundamental que surge del análisis de la evolución histórica de la política fiscal cortoplacista en Colombia y los desafíos para enfrentar el dilema entre desempleo-estabilización-crecimiento-inflación, permiten vislumbrar que las reformas tributarias hechas en los últimos 20 años, no han respondido para la financiación y sostenibilidad fiscal del país, su situación temporal no permite medir su impacto en variables como la promoción para el desarrollo, estabilización económica, asignación eficiente de los recursos y redistribución del ingreso. Hoy, la realidad es que los ingresos públicos han experimentado una serie de cambios estructurales a lo largo de las dos últimas décadas, con distinta magnitud e intensidad en cada caso específicos con transformaciones y 12 reformas tributarias con amplios debates dentro de un marco de contextos macrofiscales muy diferentes, con premisas distintas sobre las oportunidades y restricciones.

La economía colombiana en este momento coyuntural no depende tanto del petróleo sino del consumo interno, de las inversiones públicas y de una política fiscal expansionista para llenar el vacío del sector privado y no tanto de las exportaciones. Un aumento en la tasa de cambio puede terminar aumentando la inflación, mientras el sistema financiero sea más desarrollado. Por ello, no es utópico afirmar que se vislumbra un mercado financiero afectado por la incertidumbre de los inversionistas y las tendencias mundiales políticas y económicas del gobierno de los Estados Unidos. El día en que Latinoamérica no sea solo un proveedor de materias primas, sino que pueda hablarle a China como socio y no como fuente de recursos naturales, ese día se estará consolidando una verdadera alianza que cambie los polos de desarrollo Norte-Norte y se transfiera realmente hacia el sur.



DESARROLLO DE LA REFLEXIÓN

Colombia viene manejando una política fiscal cortoplacista, que no permite medir los impactos de sus reformas tributarias en la promoción del desarrollo, crecimiento, distribución del ingreso, asignación eficiente de recursos y la estabilización. Actualmente es uno de los países latinoamericanos con el mayor índice de tributación, situación que preocupa tanto a las personas naturales como jurídicas por la cascada de impuestos que afectan nuevas inversiones y origina desempleo. Los factores impositivos inciden directamente en las personas naturales y jurídicas. Los excesivos impuestos repercuten en los costos de los bienes y servicios con efectos en los precios, las nuevas

tecnologías de la información, comunicación y la globalización. El gobierno enfrenta el dilema para alcanzar la estabilización sobre el manejo de la inflación. Desempleo, crecimiento y recesión económica, todos son factores que dependen del gobierno de turno y el contexto. Además, se agrega la escuela económica para el manejo de la política económica desde la políticas fiscal, monetaria, cambiaria, comercial y sectorial.

Se ha comprobado que las diferentes escuelas tienen su asiento en los centros académicos; es decir que de la universidad donde es egresado el presidente y el ministro de hacienda, así será el manejo económico financiero del país. Se aprecia que en cada gobierno mandan cada una de las universidades y de allí salen

quienes van a trabajar los planes de desarrollo de cada período presidencial. Esto incide en el manejo de la política económica articulada con la junta directiva del Banco de la República, institución que hoy no tiene independencia por la reelección de los presidentes que tienen oportunidad de cambiar en cada periodo el 40% de los miembros de la junta. Todo ello significa que, en el segundo periodo de administración, el presidente tiene el 80% del poder decisorio en la junta directiva en materia económica. Se requiere cambiar en la constitución del 1991 el artículo que faculta al presidente sobre los cambios en la junta directiva del BR.

Es evidente la realidad de la problemática fiscal, resultado de los problemas estructurales de la hacienda pública donde el crecimiento de los ingresos públicos siempre está por debajo del incremento del gasto público. Ya que los primeros son estimados y los segundos son causados, en los últimos 20 años los ingresos públicos han crecido en promedio el 20,3% mientras que los gastos han estado por encima del 20,7%, lo cual se refleja en un déficit fiscal acumulado que al 30 de junio del 2019 es del orden del 2,7 %. A esto se añade el elevado costo que representa para el país la migración venezolana. Las vulnerabilidades fiscales, la flexibilización temporal de la regla fiscal que permitirá un mayor nivel de gasto y endeudamiento. (<https://www.dinero.com/noticias/deficit-fiscal/945>, 2019, pág. Dinero)

Una política fiscal cortoplacista no ha sido favorable para el crecimiento económico por los altos déficits fiscales que limita el uso de una política fiscal expansiva cuando el crecimiento es bajo, las distorsiones de las políticas tributarias y de los gastos perjudican el crecimiento al reducir la cantidad y calidad de la inversión, anota (Cavallo, 2019). Que los déficits fiscales persistentes son un factor clave que contribuyen a los bajos niveles de ahorro e inversión pública, las políticas fiscales a largo plazo garantizan impacto y crecimiento.

Cuando la política fiscal es cortoplacista es más viable para que los contribuyentes puedan entrar en el juego de la evasión legal tributaria cuando se trata de otorgar incentivos tributarios especiales a determinadas empresas, presentándose el famoso gasto tributario para el gobierno, ya que estas empresas beneficiarias no asumen la responsabilidad social. Hoy las exenciones tributarias de Colombia están por encima del 8,7% del PIB, además lo recaudado por declaraciones de rentas, retención en las fuentes y el IVA, esta representando el 75,09% de los ingresos a septiembre del 2020. Dada la situación del Covid-19, no es viable hacer reformas tributarias por el costo

político para el poder legislativo y el ejecutivo de imponer mas impuestos mediante ampliaciones en la base tributaria del IVA y el impuesto de renta.

REFLEXIÓN FINAL

El estado por mandato de ley puede intervenir en todas las actividades económicas desde los precios pasando por los servicios públicos, ingresos privados, gasto público, consumo, control de los precios, pleno empleo, sistema financiero y control de cambio. (Rico, 2013).

Diferentes estudios argumentan que el gobierno y sus finanzas públicas son necesarias para proporcionar bienes públicos y otros bienes que generan externalidades, con el propósito de ocuparse de problemas de distribución y de aplicar políticas macroeconómicas socialmente óptimas de acuerdo con lo planteado por el neokeynesiano (Samuelson, 1958). Esas acciones del gobierno pueden afectar la actividad económica a través de la demanda agregada y/o de la oferta agregada.

El enfoque keynesiano desde la política fiscal puede tomar tres momentos de acuerdo con el contexto y los ciclos económicos: política fiscal expansiva, contractiva y restrictivas, para lo cual asume rigidez de precios y la presencia de factores productivos desempleados, la producción es determinada por la demanda agregada. La política fiscal expansiva en el modelo keynesiano es aumentar el gasto público para aumentar la producción, reducir el desempleo, bajar los impuestos, para aumentar la renta disponible de las personas físicas, lo que provocará un mayor consumo y una mayor inversión de las empresas; en conclusión, un desplazamiento de la demanda agregada en sentido expansivo. De esta forma, al haber mayor gasto público, y menores impuestos, el presupuesto del Estado, genera el déficit. Después se puede decir que favorece el gasto fiscal en el impuesto presupuestario. (Rico H. R., 2015)

Política fiscal restrictiva es frenar la demanda agregada, por ejemplo, cuando la economía está en un período de excesiva expansión y tiene necesidad de frenarse por la excesiva inflación que está creando, como resultado se tiende al superávit. Los mecanismos son los contrarios que, en la expansiva, y más duros, reducir el gasto público para bajar la producción, subir los impuestos, para que la gente no gaste tanto y las empresas puedan invertir menos, así la demanda agregada se desplaza hacia la izquierda. De esta forma, al haber menor gasto público, y mayores impuestos, el presupuesto del Estado, genera un superávit. Aumenta la demanda: se le pone un impuesto a los consumidores para que esta baje.

La política fiscal contractiva hace disminuir la demanda agregada, a fin de generar un exceso de oferta agregada de bienes, lo que finalmente hará reducir el nivel de ingreso. Los mecanismos sugeridos por los keynesianos es la variación del gasto público y de los impuestos.

De los dos es más importante el control de la inversión pública. Pero si hay que elegir entre hacer que el gobierno y/o Estado gaste más o bajar los impuestos, los políticos suelen preferir lo segundo, porque es inmediato, reversible, y les da buena fama. Por otro lado, algunos estudios realizados demuestran que es posible observar la presencia de los llamados efectos “no keynesianos” de la política fiscal (Alesina, 1998) Estos estudios afirman que en algunos casos contracciones fiscales pueden ser acompañadas de una vigorosa expansión económica. Sin embargo, con respecto a los dos estudios de (Giavazzi, 1996), sostiene que teniendo en cuenta las turbulencias macroeconómicas de principios la década de 1990 en Suecia, hay poca variación independiente en las principales series macroeconómicas. Sobre esta base, Giavazzi pone en duda que la experiencia sueca durante ese período sea un ejemplo de expansión fiscal contraccionista.

Es evidente tener presente lo planteado por Barro en 1989. El enfoque keynesiano desde la teoría que se conoce como Equivalencia Ricardiana, se basa en supuestos bastante fuertes, analiza cinco objeciones teóricas principales a esta teoría con los siguientes argumentos: primero, no hay agentes que vivan infinitamente y, por lo tanto, no se preocupan por los impuestos recaudados después de su muerte. Segundo, los mercados privados de capital no son perfectos: la tasa real de descuento de la persona típica es superior a la del gobierno. Tercero, los impuestos y los ingresos futuros son inciertos. Cuarto, los impuestos no son de cuantía fija, ya que dependen generalmente de los ingresos, gastos, riqueza, entre otros. Y quinto, los resultados de esta teoría dependen de que la economía se encuentre en una situación de pleno empleo.

Esta situación de la política fiscal cortoplacista, no puede escapar al análisis de la teoría del estructuralismo desde la asociación con el keynesianismo, pues bien los procesos de sustitución de las importaciones que se presentaron en América Latina, después de la Conferencia de la Habana en 1947, estaban influenciados principalmente por recomendaciones de Raúl Prebisch y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina (CEPAL) (Corbo, 1988). Se propuso un cambio al desarrollo orientado hacia adentro, el que podría ser factible con el apoyo del gobierno mediante una mayor protección para las industrias privadas. Por lo tanto, puede decirse que, según este enfoque, el gobierno debería apuntar a aumentar la inversión productiva a través de la protección y dirección “socialmente óptima” del crecimiento y el desarrollo. Estas acciones producirían mejores resultados que los alcanzables únicamente mediante el funcionamiento de las fuerzas del mercado. Sin embargo, el estructuralismo ha sido criticado por varios investigadores como puede verse en (FitzGerald, 1997).



CONCLUSIONES

Se recomienda en materia de política económica una política fiscal que mire el largo plazo para poder apreciar su impacto en el crecimiento económico, reflejado en el bienestar de la población con el desarrollo del talento humano.

No es viable en estos momentos una reforma tributaria por el costo político que representa para el poder ejecutivo y legislativo.

Se debe pensar y socializar una reforma tributaria estructural que pueda impactar en todos los sectores de la economía para resolver el dilema de la inflación, estabilización y desempleo.

El gobierno debe seguir con su política fiscal expansionista apoyando a todos los sectores de la economía a cualquier costo irrigando el gasto público y las inversiones para dinamizar la demanda y mover el circuito económico.

TELEMEDICINA



El mundo cambió
La forma de prestar los
SERVICIOS DE SALUD también...

Y nuestra plataforma de **TELEMEDICINA** está
probada y lista para apoyarte en esta transición.

Contáctanos:
3164708302

Escríbenos ahora

telemedicina@consultorsalud.com e iniciemos este viaje juntos.



EL PENSAMIENTO

ONDULANTE

“Más ahora he visto tanta deformidad que, puesto a pensar en ello, hallo que el mundo no es redondo en la forma que han descrito, sino que tiene forma de una pera que fuese muy redonda, salvo allí donde tiene el pezón o punto más alto; o como una pelota redonda que tuviere puesta en ella como una teta de mujer, en cuya parte es más alta la tierra y más próxima al cielo. Es en esta región, debajo de la línea equinoccial, en el Mar Océano, el fin del Oriente, donde acaban todas las tierras e islas...”

*Fragmento de carta de
Cristóbal Colón (1490)
Publicada en Warren W. Paradise Found. A
Study of the Prehistoric World. 1887*



Luis Eduardo Pino Villarreal
MD. MSc. MBA.

Cristóbal Colón fue un gran navegante pero un mal geógrafo. En el fragmento vemos que su opinión real del mundo era más el de un seno que el que conocemos hoy. Sin embargo, fue su terquedad providencial basada en una idea loca -para su tiempo- lo que llevó al descubrimiento final de América. Queda claro eso sí que no solo anhelaba la teta de mujer que el mismo describe, sino que también murió convencido de haber llegado a donde nunca llegó.

Las **“ideas a lo Colón”** son un ejemplo de lo que Edward de Bonno describió hacia 1960 como el pensamiento lateral. Aquella visión paralela de una realidad, usualmente diferente a lo que los demás pensamos y que parece ser el mejor sustrato de lo que conocemos como creatividad. Tuvimos que conocer esta propuesta de lateralidad del pensamiento para entender que usualmente pensamos en vertical. El pensamiento **“tradicional”** es fuertemente verticalizado y lineal. Los protocolos que aprendemos (?) los médicos son un ejemplo de este tipo de pensamiento: sin atajos, sin laxitud; en aras, eso sí, de guiar al inexperto y proteger a los depositarios finales de las decisiones, es decir a los pacientes.

Pues bien, en medio de estas dos trayectorias de pensamiento algunos describen una tercera: el pensamiento diagonal. Realmente este consiste -según sus entusiastas- en una combinación de los dos modelos tradicionales, lo cual nos vuelve capaces de combinar información intelectual y práctica al momento de crear soluciones a problemas determinados. Creo que todo ser humano ejecuta el pensamiento diagonal en algún momento de su vida.

Cuando creíamos que estos modelos y otros más cubrirían suficientemente bien esta humana actividad llamada pensar, llegó la situación de pandemia, la cual ha creado una atmósfera que –personalmente me ha llevado a replantearme muchos conceptos de la era pre Covid-19.

Si bien la realidad es ondulante, lo cual llevó a Montaigne a crear la técnica literaria llamada ensayo como la mejor forma de describirla (y vaya que hemos visto ensayos en estos tiempos, no solo como género literario), esta realidad que hoy vemos tiene universos paralelos conjugados, que hacen percibirla como una atmósfera profundamente macondiana.

El método científico construido durante décadas de errores jamás se había encontrado con la demagogia, el populismo y la urgencia de una forma tan abrupta. Claro, hemos sido los mismos científicos culpables de muchos de estos desaciertos, las aprobaciones y posterior retractación de soluciones médicas reduccionistas, como la hidroxiclороquina, han bajado aún más el nivel de lo que consideramos ciencia...pero jamás esperé que la política en su más paupérrima expresión pudiera embeberse de ciencia convenientemente y construir una nueva trayectoria de pensamiento, el pensamiento ondulante.

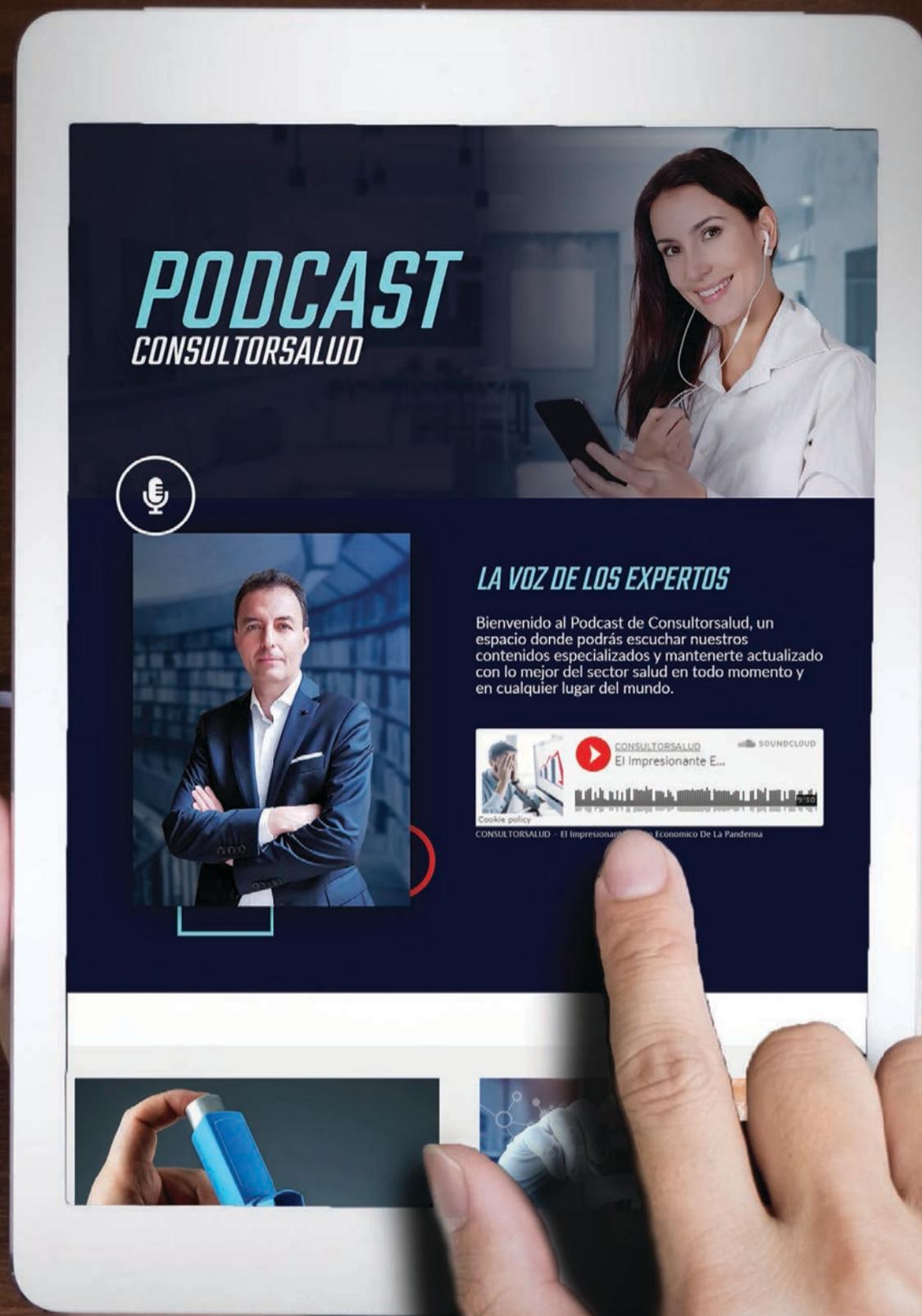
El pensamiento ondulante tiene una expresión objetiva llamada incoherencia. Esa misma que hace a Bolsonaro despojarse de su tapabocas con una prueba positiva para Covid-19, la que hace abrir la economía en un esquema mixto de progresión y clústeres (días sin IVA) en nuestro país, la que permite cuarentenas sectorizadas sin volumen de pruebas adecuado y sin seguimiento inteligente de conglomerados etc.



El pensamiento ondulante sería posiblemente adecuado si se adaptase a la realidad, aquella que como he dicho también es ondulante. Pero entonces, por física simple, el pensamiento no ondularía, sería ajustado a la realidad y por tanto paralelo. Este genera ondas porque es profundamente fluctuante, confuso, caótico e ineficiente. Pero no solo eso, el pensamiento ondulante intenta confundir para reinar como tabla de salvación de esta tragedia. Es una invitación al caudillo y al dictador. El populismo per se es ondulante tanto como sus seguidores.

No han sido nunca los políticos el mejor ejemplo de coherencia, y es obvio que menos lo sean ahora, pero antes había un poco más de respeto por la incertidumbre. La incertidumbre es menos arrogante que el terror, porque ella no se atribuye el conocimiento del destino final, de la muerte masiva. La política hoy vive del miedo, de la urgencia, de la entropía y de la necesidad por ellos mismos apalancada.

¿Seremos los científicos capaces de sobrevivir a esta atmósfera turbulenta y mediocre? Nuestra clásica arrogancia ha sido sobrepasada por la ola de acontecimientos, nuestra transitoria fortuna del hallazgo relevante se ha estrellado de frente con la debilidad de la estadística y las inferencias contrafactuales. Hasta ahora la política era un escenario lejano y deshonesto. Si la demagogia quiere tomarse la ciencia será el momento de tomar las armas del juicio racional y enderezar ese pensamiento ondulante que quiere lograr un Rt mayor al del SARS-Cov2.



PODCAST

CONSULTORSALUD



LA VOZ DE LOS EXPERTOS

Bienvenido al Podcast de Consultorsalud, un espacio donde podrás escuchar nuestros contenidos especializados y mantenerte actualizado con lo mejor del sector salud en todo momento y en cualquier lugar del mundo.

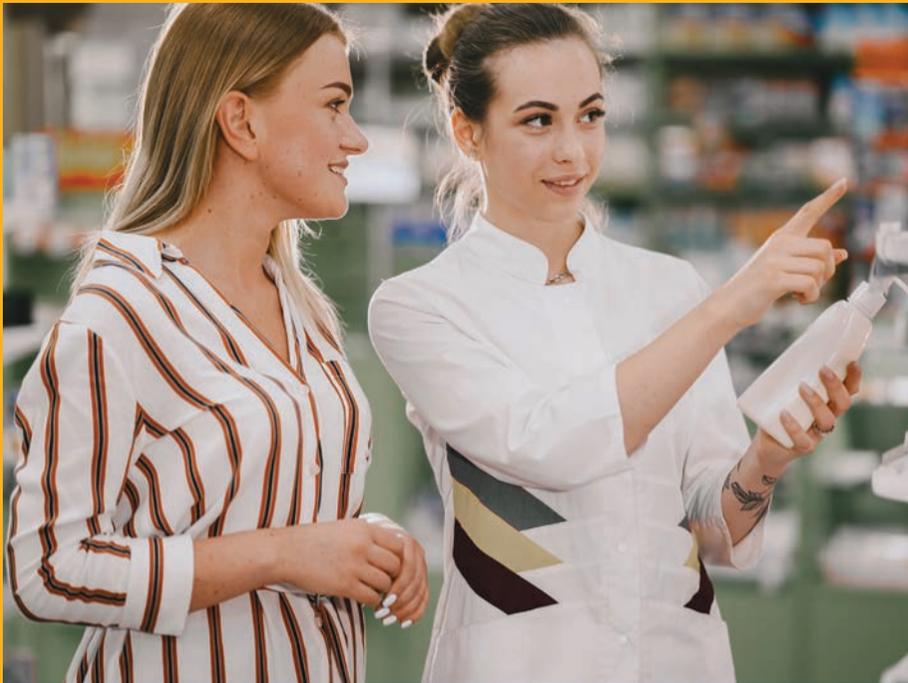


Bienvenido al Podcast de **Consultorsalud**, un espacio donde podrás escuchar nuestros **contenidos especializados** y mantenerte actualizado con lo mejor del sector salud en cualquier **lugar del mundo**.



Gustavo Morales
Presidente ACEMI

¿POR QUÉ NOS ATERRA EN EL SISTEMA DE SALUD QUE LOS ACTORES PRIVADOS SE PORTEN COMO ACTORES PRIVADOS?



Los prejuicios ideológicos no permiten que los pacientes colombianos se beneficien de un sector privado en salud competitivo y agresivamente innovador

A nadie le aterra la idea de que las matrículas que reciben los colegios privados como contraprestación por educar a los niños colombianos sean consideradas ingresos de esos colegios, a pesar de que son entidades que, en el cumplimiento de su objeto social, hacen valer un derecho constitucional fundamental –la educación–, y prestan un servicio público, y por ello se someten a estricta supervisión y regulación estatal.

A nadie le aterra la idea de que las empresas privadas concesionarias de vías, aeropuertos o puertos reciban unos ingresos propios vía peajes o tasas, como contraprestación por la operación de un bien, a pesar de que se trata de un bien público y su labor, hace valer derechos tan fundamentales como el de la circulación, y por ello se someten a un riguroso régimen contractual y de supervisión.

A nadie le aterra que las empresas constructoras de vivienda reciban unos ingresos propios por desarrollar proyectos de interés social que hacen realidad explícitas políticas estatales, con frecuencia usando recursos también estatales (subsidios, lotes, créditos), con lo cual hacen realidad el derecho constitucional a la vivienda digna, y se someten por ello a estricta vigilancia estatal.

A nadie le aterra que las suscripciones a los periódicos constituyan ingresos de las empresas que los editan, algunas de ellas pertenecientes a poderosos grupos económicos, a pesar de que esos periódicos son el símbolo insignia del derecho constitucional a la libertad de prensa y expresión, y por eso gozan de poderosas garantías constitucionales que el estado ha de proteger.

Con variaciones obvias, estos cuatro ejemplos tienen en común el siguiente rasgo: el estado se apoya o acude o permite la actuación del sector privado para el cumplimiento de sus fines estatales, o para garantizar mejor los derechos constitucionales, pero no por ello desnaturaliza el carácter privado de tales agentes. Muy por el contrario, son precisamente las fortalezas de

su naturaleza privada la que permite que sean un mejor vehículo para prestar el servicio o garantizar el derecho. Es su carácter privado el que les facilita innovar, competir, utilizar mejor los recursos disponibles, adaptarse a los cambios abruptos, reinvertir. Pero nada de eso sería posible si, aun siendo privados, se les tratara como si fueran un apéndice típicamente público del estado. En ese caso, toda su capacidad de innovar, competir, utilizar los recursos y adaptarse desaparecería.

En cambio, en el sector de la salud se ha vuelto políticamente incorrecto y hasta motivo de escándalo y estigmatización, reivindicar el carácter privado de los actores privados del sistema general de seguridad social en salud. A mucha gente le aterra escuchar que la contraprestación que reciben las aseguradoras en salud por asumir el riesgo en salud de los usuarios del sistema sea un ingreso de esas aseguradoras. Pero si esa contraprestación no es su ingreso, ¿entonces qué es? ¿Y por qué nos escandaliza tanto que los actores privados del sistema de salud reciban un ingreso por su labor dentro del sistema? ¿Y por qué aceptamos que los recursos del sistema sean un ingreso para ciertos actores privados (las IPS, los proveedores de tecnología), pero no para otros (las aseguradoras)?

La única explicación es ideológica: una resistencia casi genética a la idea de que el sector privado pueda colaborar con el Estado en el cumplimiento de sus fines, a pesar de que la Constitución (nuestra Constitución garantista y progresista) lo permite explícitamente. Pero en otros ámbitos de la economía, felizmente, esa resistencia se ha superado con creces. No así en nuestro sector.

Sumada a ese prejuicio primario aparece una confusión conceptual que el actual proyecto de reforma a la salud agrava. Quienes no logran concebir que la prima que le paga el sistema de salud a las asegura-

doras sea un ingreso de éstas, no logran entender el concepto de “aseguramiento”. Esa es la barrera mental que los lleva a gritar aterrados contra la idea de que esa prima sea un ingreso de la aseguradora. No terminan de entender que asegurar quiere decir “asumir un riesgo”, y asumir un riesgo quiere decir responder por el daño económico que ese riesgo cause, y para responder hay que tener los recursos suficientes, y para tener los recursos suficientes hay que tener un ingreso, que se calcula justamente estimando los riesgos futuros que se van a asumir. De ahí que la industria aseguradora, en el mundo entero, esté sometida a estrictas reglas prudenciales en el manejo de esos recursos, en materia de inversiones, manejo prudente de las reservas, capital mínimo, y estrictas reglas de gobierno corporativo; pero a nadie, salvo a algunos colombianos, se le ocurre decir que la prima no es un ingreso de la aseguradora.

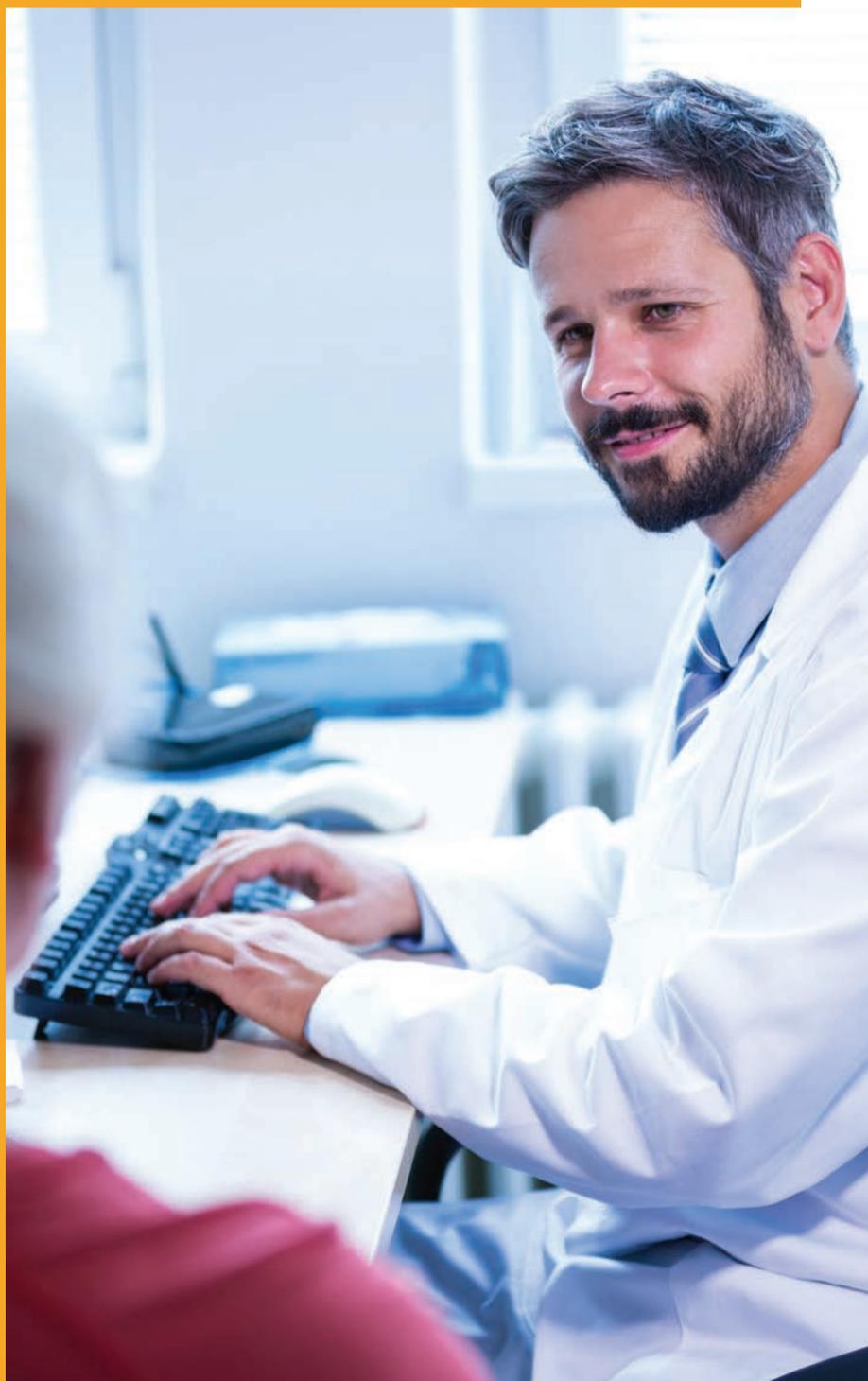
Al sistema de salud de Colombia le iría mejor si nos concentráramos en aceptar que la prima –la llamada UPC- es un ingreso - es el ingreso- de las



aseguradoras, a las que se les ha pedido que asuman el riesgo en salud de los colombianos, y que trabajáramos en que ese ingreso esté bien calculado, y bien manejado, por esas entidades privadas. Por supuesto que existe –valga la redundancia- el riesgo de que se maneje mal ese ingreso, como de hecho ha sucedido en el pasado, en este y en otros de los sectores mencionados. Pero, la forma de atenuarlo no es desnaturalizándole a los actores privados su condición de tal con derecho a ingresos, sino regulando y vigilando el adecuado manejo de esos recursos, siguiendo los más altos estándares internacionales del sector de seguros.

El otro camino, que algunos sueñan, pero que, al menos en este momento no encuentra respaldo en la ley, es que esos actores privados se conciban como meros administradores de un recurso público, a la manera de una fiduciaria. Se trata, sin duda, de un camino posible. En tal caso, sería bueno que la ley lo definiera así expresamente, para que todos sepamos que esa es la regla de juego en la que aceptamos jugar. Y, sobre todo, sería bueno que examináramos si ese camino alternativo es el que mejor conviene a los pacientes. El manejo que se le dió a los servicios no incluidos en el plan de beneficios durante muchos años se parecía mucho a esta alternativa, antes de la reciente introducción de la figura de los presupuestos máximos. Ni desde el punto de vista de los resultados en salud, ni desde el punto de vista de la solidez financiera del sistema, ni desde el punto de vista fiscal, esa parece haber sido una buena idea.

La invitación es a que deje de aterrarnos que los actores privados del sistema se porten como actores privados. Para eso los llamamos. El peor de los mundos es aquel en el que estamos ahora: pidiéndole al sector privado que participe en el sistema de salud y, a renglón seguido, castigándolo por portarse como actor privado, rodeándolo de alambradas hostiles, desnaturalizando su condición privada, que era justamente la que queríamos que se desplegara en beneficio de los pacientes.



ENCUÉNTRANOS EN TODAS NUESTRAS PLATAFORMAS



SE PARTE DE NUESTRA COMUNIDAD



Consultorsalud

64,400+

Seguidores



@Consultor_salud

6.900+

Seguidores



19,200+

Seguidores



www.consultorsalud.com



[consultorsalud](https://www.facebook.com/consultorsalud)



[@consultor_salud](https://twitter.com/consultor_salud)