

Del espacio en blanco a un campo de atención

Juan Carlos Giraldo Valencia¹

Con el apoyo del Grupo de investigación de la ACHC:

Liliana Claudia Delgado²

Ana Sofia Zea Ruiz³

Juan Guillermo Cuadros⁴

Resumen

El presente artículo aborda la visión y desafíos del sistema de salud en Colombia, desde un concepto novedoso denominado *campo de atención* como un método para abordar el *espacio en blanco* generado por un contexto influenciado por la incertidumbre y distracción de los actuales tiempos. El método *Campo de atención* se construye a partir de tres dimensiones temporales de análisis: *Experiencia*, que es el aprendizaje del pasado y del conocimiento empírico, especialmente de la pandemia por COVID-19, identificando aciertos y áreas de mejora; *Perspectiva*, que combina pasado y presente mediante estudios técnicos para fundamentar decisiones; y *Prospectiva*, que visualiza el futuro, ideando cambios y estableciendo acciones para alcanzar visiones a largo plazo.

El *campo de atención* se articula en tres categorías de redes cognitivas: ejecutiva, orientación y alerta. La red ejecutiva promueve la visibilidad, coordinación y ampliación de ámbitos, trascendiendo lo meramente hospitalario y abordando el sistema de salud en su conjunto. Además, subraya la importancia de fomentar la calidad y entrega de valor al paciente. La red de orientación enfatiza la importancia de la sostenibilidad del sistema de salud, discute la necesidad de una reforma profunda que trascienda los cambios legislativos, y propone la *Ruta lógica hacia una salud progresiva* como el camino hacia esta transformación. Finalmente, en la red de alerta se subraya la importancia de la atención primaria de salud, reconociendo su papel crucial en la respuesta a la pandemia y en la promoción de la salud pública, así como la necesidad de abordar la importancia de servicios altamente vulnerables y esenciales para el bienestar de la sociedad.

En conjunto, estas propuestas buscan alcanzar un *óptimo de salud*, centrado en mejorar el sistema de salud y garantizar el bienestar integral de la sociedad.

¹ Director general de la ACHC. Médico y cirujano por la Universidad de Caldas, diploma en evaluación de impacto de proyectos sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Especialista en alta dirección del Estado por la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Magíster en Administración de Salud por la Universidad Javeriana y máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.

² Coordinadora del Área de Investigación. Economista, magíster en Cooperación Internacional al Desarrollo por la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

³ Economista y politóloga por la Pontificia Universidad Javeriana.

⁴ Administrador de empresas y MBA por la Universidad Nacional de Colombia

NOS SINCRONIZARNOS CON LOS LATIDOS

de nuestros pacientes para cuidar de los
más importante: **su vida.**

Dr. Gabriel Sálazar
**Jefe de métodos
no invasivos**

Conoce nuestros servicios:

- Cardiopatías congénitas
- Cardiología Clínica
- Ayudas diagnósticas cardiovasculares
- Electrofisiología
- Hemodinamia e intervencionismo
- Cirugía cardiovascular
- Falla cardíaca
- Trasplante de corazón
- Rehabilitación cardíaca

Elige la mejor opción para tus **pacientes**
Remítelos en LaCardio





Palabras clave: incertidumbre, sistema de salud, campo de atención, campo de atención de atención, reforma, sostenibilidad, atención primaria, salud pública.

Abstract

This document elucidates both the vision and challenges confronting the health system in Colombia, employing an innovative concept termed “field of attention” this methodology tackles the ‘blank space’ within a context overshadowed by modern-day uncertainties and distractions. The “Field of attention” method is constructed upon three Temporal Dimensions of Analysis: “Experience,” which assimilates knowledge from the past and empirical understanding, particularly from the pandemic, identifying successes and areas necessitating improvement; “Perspective,” which amalgamates past and present through technical studies to substantiate decisions; and “Foresight,” which envisages the future, conceiving changes and establishing actions to realize long-term visions.

Furthermore, the field of attention is articulated into three network categories: executive, orientation, and alert. The executive network fosters visibility, coordination, and expansion of scopes, transcending mere hospital environments and addressing the health system in its entirety, while also underscoring the imperative of enhancing quality and delivering value to the patient. Pertaining to the orientation network, it accentuates the significance of the sustainability of the health system, debates the necessity for a profound reform that surpasses legislative alterations, and proposes the “Logical Path to Progressive Health” as the trajectory towards this transformation. Lastly, the alert network underscores the paramountcy of a revolution in primary health care, acknowledging its pivotal role in responding to the pandemic and in advocating public health, as well as the exigency to address the importance of highly vulnerable, essential services for societal well-being. Collectively, these proposals aspire to attain an optimum of health, centered on ameliorating the health system and ensuring the comprehensive well-being of society.

Keywords: uncertainty, health system, field of attention, reform, sustainability, primary care, public health.

I. Espacio en blanco

La falta de un conocimiento seguro sobre el resultado que tendrá un suceso genera en los individuos lo que comúnmente se conoce como incertidumbre, que justamente está ligada a la intranquilidad generada por la falta de certeza sobre algo y los espacios en blanco que dejan los vacíos de información. En la actualidad, son varios los ejemplos de sucesos que generan incertidumbre, tales como: los conflictos bélicos, los pronósticos sobre una recesión económica, la crisis energética, el cambio climático, la pandemia por la COVID-19, los cambios políticos, entre otros, han llevado a que sea común escuchar hablar de este concepto en distintos espacios tanto académicos como gubernamentales.

La incertidumbre es un concepto que ha tenido una connotación negativa, lo que se puede ver en los diversos estudios realizados para mostrar los efectos nocivos que esta tiene en campos como la economía, la sociedad y lo político, que abarcan desde el estrés y la ansiedad hasta un alto riesgo en la toma de decisiones, inseguridad y un impacto significativo en la planificación a mediano y largo plazo. En últimas, estos efectos nocivos generan aversión, dado que las personas, ante la falta de información y no poder tener una rápida respuesta, se juzgan desde una posición débil, generando con ello resistencia a situaciones bajo incertidumbre (Jackson, 2018; Sconnes, 2019).

Dicha aversión se controla a través de diferentes acciones, siendo la primera, la negación de la incertidumbre, de forma tal que, al no reconocer la duda, se disminuya la desconfianza

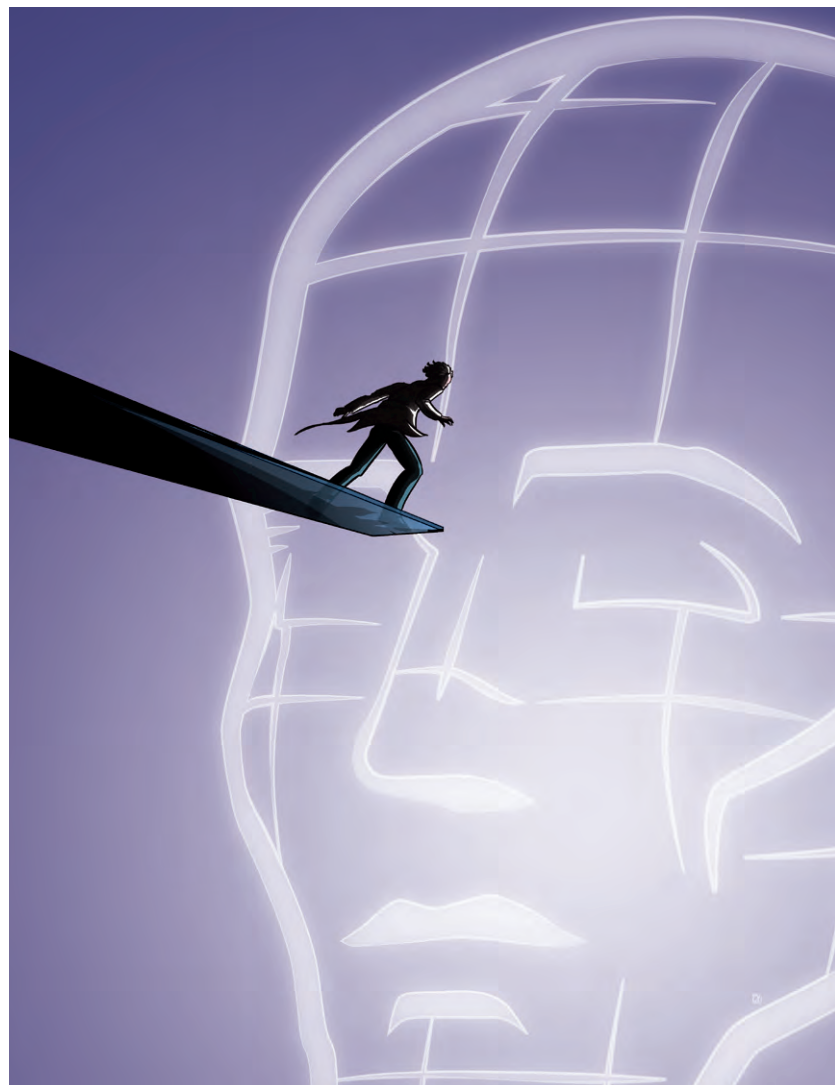
o la parálisis que se podría generar con esta (Loayssa & Tandeter, 2001). Otro de los mecanismos utilizados para disminuir la incertidumbre es la búsqueda de respuestas automáticas mediante el favorecimiento de uso de herramientas que las otorgan de manera instantánea, las cuales son validadas socialmente, por lo que no se da el espacio para profundizar en más preguntas (Jackson, 2018). Por último, también se tienen aquellas acciones que están enfocadas en la generación de confianza como las regulaciones, normativas y protocolos que llevan a una sensación de control sobre posibles escenarios inciertos (Sconnes, 2019).

En la literatura disponible, se encuentra que la incertidumbre tiene efectos negativos sobre la salud mental de las personas, lo que genera tensiones emocionales que pueden derivar en una ansiedad patológica (Rodríguez, 2021). De igual forma, se evidencia que este fenómeno se encuentra en diversos sectores, como el de los líderes empresariales y el de los trabajadores de la salud (Salgado Cabezas et al., 2022; Juárez-García, 2020; Plambeck & Weber, 2010), lo que nuevamente es reflejo de la dificultad que tienen las personas para desligarse de la aversión a la incertidumbre y la percepción de vulnerabilidad que genera.

Sin embargo, también existen visiones contrarias, desde las cuales la incertidumbre es positiva. Una de estas visiones es la que expone la autora Maggie Jackson (2018), quien la presenta de forma beneficiosa para el pensamiento crítico y la creatividad, ya que es un estado en el que las personas se encuentran en alerta por lo desconocido y abiertas a los nuevos aprendizajes que pueden obtener, por lo que se considera como un “buen estrés”. De esta forma, se puede dejar de lado el enfoque aversivo, para abrazar la incertidumbre, y de esta manera encontrar el valor que tienen los espacios en blanco, siendo

flexibles, saliendo de las zonas de confort, acercándose a lo propuesto por Kahneman (2011) en su libro *Thinking fast and slow*, donde hay que pensar despacio, alejarse un poco y reflexionar para producir mejores respuestas.

De igual forma, Jackson (2010) propone otro tema que complejiza la incertidumbre: la distracción, asociada a tener múltiples tareas dispersas, ejecutadas al mismo tiempo. En la actualidad, las personas se encuentran expuestas a una multiplicidad de estímulos e información de acceso inmediato, por la facilidad de conexión que permiten las nuevas tecnologías que, a su vez, han transformado la forma del relacionamiento entre individuos. Estas dinámicas tienden a ser justificadas por medio de las virtudes y el potencial que tiene la tecnología y el ser





Es importante destacar que el sector salud no está exento del escenario de incertidumbre y desatención. En el ámbito global, enfrentamos un incremento insostenible en los costos de salud, crisis y reformas en los sistemas sanitarios.

multitarea; sin embargo, para Jackson (2010) esto ha llevado a una cultura de difusión social, fragmentación intelectual y desapego sensorial, así como a una inmersión en la virtualidad que lleva a que las personas cada vez usen menos sus sentidos para comprender lo relevante, lo que ha causado una pérdida generalizada de la atención, considerada una de las tragedias de la era actual.

Es importante destacar que el sector salud no está exento del escenario de incertidumbre y desatención. En el ámbito global, enfrentamos un incremento insostenible en los costos de salud, crisis y reformas en los sistemas sanitarios. En Colombia, a esta situación se suman cambios gubernamentales y, por supuesto, el impacto significativo de la pandemia que alteró la operación habitual de la atención en salud.

Dentro del ámbito de las políticas públicas y el sector salud, la incertidumbre y la distracción pueden ser visualizadas como *espacio en blanco* en el vasto mapa de la gestión y planificación. Estos espacios, a menudo percibidos como vacíos o áreas sin resolver, en realidad representan oportunidades para la innovación y la reinvención. En este lienzo de posibilidades, los líderes y gestores del sector salud y políticas públicas tienen la oportunidad de trazar nuevas rutas, de diseñar intervenciones que no solo respondan a las necesidades inmediatas, sino que también construyan un futuro más inclusivo, equitativo y saludable.

En lugar de permitir que estos espacios en blanco nos detengan, podemos considerarlos como áreas que requieren una atención especial, donde la falta de certezas

se convierte en una invitación a la colaboración interdisciplinaria y la co-creación de soluciones.

II. Campo de atención

Ante el panorama anteriormente descrito, se requiere un enfoque integrado tanto a nivel macro (políticas públicas y reformas profundas) como a nivel micro (virajes administrativos y cambios de estrategias) en los agentes del sector, en especial en las instituciones hospitalarias. Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) se enuncia la necesidad de proporcionar un método, para afrontar y manejar las dificultades que enfrenta el sistema de salud ante un escenario de incertidumbre; así, se plantea que el *espacio en blanco* que deja la incertidumbre y la distracción se puede llenar mediante ideación, construyendo diversos escenarios, para ello es necesario un método que en este caso hemos denominado *campo de atención* el cual se operativiza a partir de tres dimensiones temporales de análisis y tres redes de atención cognitiva, conceptos que se explicaran a continuación.

1. Redes de atención (cognitivas)

Ante la incertidumbre y la distracción, se propone como antídoto recuperar la *atención*, definida por el psicólogo y filósofo William James como “la toma de posesión por parte de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios objetos o trenes de pensamiento simultáneamente posibles, lo que implica retirarse de algunas cosas para tratar eficazmente con otras” (James, 1890, pp. 403-404).

En complemento, el psicólogo y neurocientífico cognitivo Michael Posner ha realizado importantes contribuciones a la comprensión de la atención y su papel en el cerebro. Sus ideas

apuntan a la idea de que la atención es un proceso que involucra diferentes áreas del cerebro, y que estas áreas están interconectadas en una red (Posner, 1980). Asimismo, la atención está relacionada con la voluntad y también con la propia capacidad de asombro de los individuos de interesarse por algo. En suma, la atención es un proceso cognitivo crucial que permite enfocar la consciencia y atención en un estímulo específico, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, y es fundamental para la percepción y la acción.

La teoría de las redes de atención de Posner (1980) describe cómo las áreas del cerebro interactúan para permitir que un individuo pueda concentrarse en un estímulo y filtrar la información no deseada; igualmente, define la atención como un sistema de órganos similar a nuestro sistema respiratorio o circulatorio, en donde el cerebro se compara con el director, que dirige la mente, y se compone de tres redes, a saber: *orientación*, *ejecutivo* y *alerta*, cada una de las cuales tiene distintas funciones y estarían asociadas a diferentes áreas cerebrales; pero fuertemente interconectadas entre sí.

Si las tres redes de atención son comparables a un sistema de órganos, entonces la primera red, la *orientación*, es equivalente a una *boca cognitiva*, una puerta de entrada a la percepción; en otras palabras, se trata de un explorador, que se enfoca permitiéndonos percibir algo nuevo, girar la atención hacia él y determinar su importancia. La segunda red, la *ejecutiva*, promueve la selección y el control, con una especialidad en resolución de conflictos y captura de errores. Se traduce en habilidades de control, juicio y planificación.

Por último, la red de *alerta* es la red de guardia, el cuidador que enciende y apaga las luces en el cerebro, cuya función es la vigilia, manteniendo

un nivel de conciencia a lo largo del tiempo, con el fin de anticipar el siguiente estímulo y responder de una manera acertada en tiempos de respuesta cortos.

Figura 1. Redes de atención cognitivas



Fuente: elaboración propia a partir de Petersen, S. & Posner, M., 2012.

Auditamos y asesoramos al sector salud



Recaudamos cartera:
SOAT y ADRES

Somos expertos en:
RANGO DIFERENCIAL

gerencia@aaaconsultores.com

2862587 / 2835994 Cel. 310 5513251

Bogotá Cra. 7 #12 - 25 / Ofic. 906

www.aaaconsultores.com

2. Dimensiones temporales de análisis

Las *Dimensiones Temporales de Análisis* se refieren a un enfoque o marco que contempla diferentes tiempos (pasado, presente y futuro) para analizar, comprender y proyectar fenómenos o situaciones. Estas dimensiones para el presente documento son:

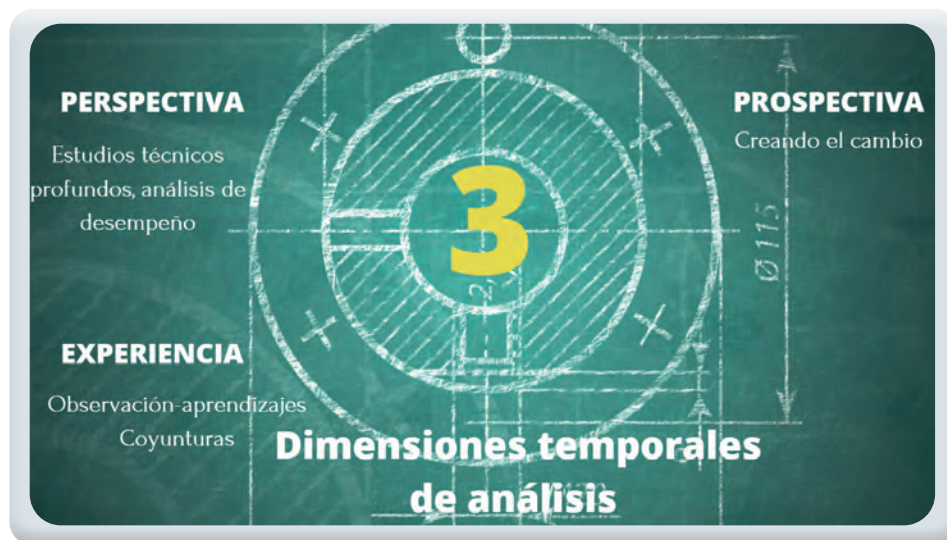
- **Experiencia.** Basados en el pasado y a partir del conocimiento empírico, es esencial analizar y aprender de la reciente experiencia, especialmente en relación con la pandemia. Esto implica reconocer lo que se ha ganado, identificar áreas que requieren ajustes y señalar prácticas intolerables que deben ser erradicadas.
- **Perspectiva.** Basado en el pasado y presente con una visión panorámica y a través de estudios técnicos y profundos, se pueden obtener evidencias cualitati-

vas y cuantitativas que orienten y fundamenten las decisiones ofreciendo una base sólida para la formulación de políticas y estrategias. La ACHC, con su estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, ha proporcionado *insights* valiosos en este sentido.

- **Prospectiva.** Imaginar un futuro y traerlo al presente es esencial. Se trata de idear cambios, visualizar escenarios próximos y establecer acciones presentes que conduzcan a esas visiones a largo plazo.

En conjunto, las *Dimensiones Temporales de Análisis* ofrecen un marco holístico que abarca diferentes etapas temporales, en conjunto, aportan insumos e información sustentada para abordar los desafíos actuales y futuros en el ámbito de la salud y las políticas públicas.

Figura 2. Dimensiones Temporales de Análisis



Fuente: ACHC ponencia *Espacio en Blanco*, XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas de la ACHC 14 de Julio de 2022.

III. Aplicación del Campo de Atención

En esta sección, basándonos en los conceptos previamente explicados, transformaremos el *espacio en blanco* en un *campo de atención*. Este se concibe como un panel

que reúne acciones y propuestas extraídas de los eventos observados en distintos momentos. Que se consolidan en un tablero que organiza y define los cursos de acción a seguir.

1. Experiencia

Basándonos en el pasado inmediato y tomando la pandemia de COVID-19 en el contexto nacional como marco, analizaremos el desempeño del sector salud, reflexionando sobre aspectos clave derivados de la experiencia adquirida durante la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19.

Al respecto, se sugieren tres categorías:

1. **Lo que se ganó**, donde se caracterizan algunas experiencias y/o aprendizajes que se obtuvieron, dentro de las que se incluyen revaloración de lo misional, la visibilidad, la coordinación, el reconocimiento de las redes y la practicidad.
2. **Abordaje de los asuntos que requieren ajustes**, comenzando a considerar posibles soluciones, entre ellas, las relaciones laborales, el *burnout*, la relación con la academia y la industria.
3. **Clasificación de los intolerables**, es decir, aquellas situaciones que no se pueden seguir permitiendo, entre las que se encuentran el retroceso en la ampliación de ámbitos, el exceso de trámites como barreras de acceso y el manejo inadecuado del riesgo.

Lo que se ganó

En relación con *lo que se ganó*, desde la experiencia de las instituciones en pandemia algunos aspectos adquirieron gran visibilidad y reafirmaron la misión del sector salud. Durante este periodo, se logró reconectar con su propósito esencial: brindar atención en salud desde un profundo reconocimiento a la vocación de servicio. Esto permitió revalorizar el enfoque humanista en la labor del personal asistencial.

Durante la pandemia, se hizo habitual hablar exclusivamente de la mortalidad causada por el virus; sin embargo, también es de suma relevancia tener en cuenta la contraparte de estas cifras. Con corte a junio de 2022, según el Instituto Nacional de Salud Colombia, hubo cerca de 6,2 millones de pacientes contagiados con COVID-19, de los cuales aproximadamente seis millones de pacientes se recuperaron; es decir, aproximadamente el 97 % de las personas que se contagiaron con el virus, se recuperaron satisfactoriamente (*Figura 3*). Cabe resaltar que este número de recuperados no fue espontáneo, sino que es el resultado de un arduo trabajo realizado por el sector salud en su conjunto y en especial por las instituciones hospitalarias que realizaron la prestación del servicio aunado a otras medidas como el uso del tapabocas, el distanciamiento social y las cuarentenas.



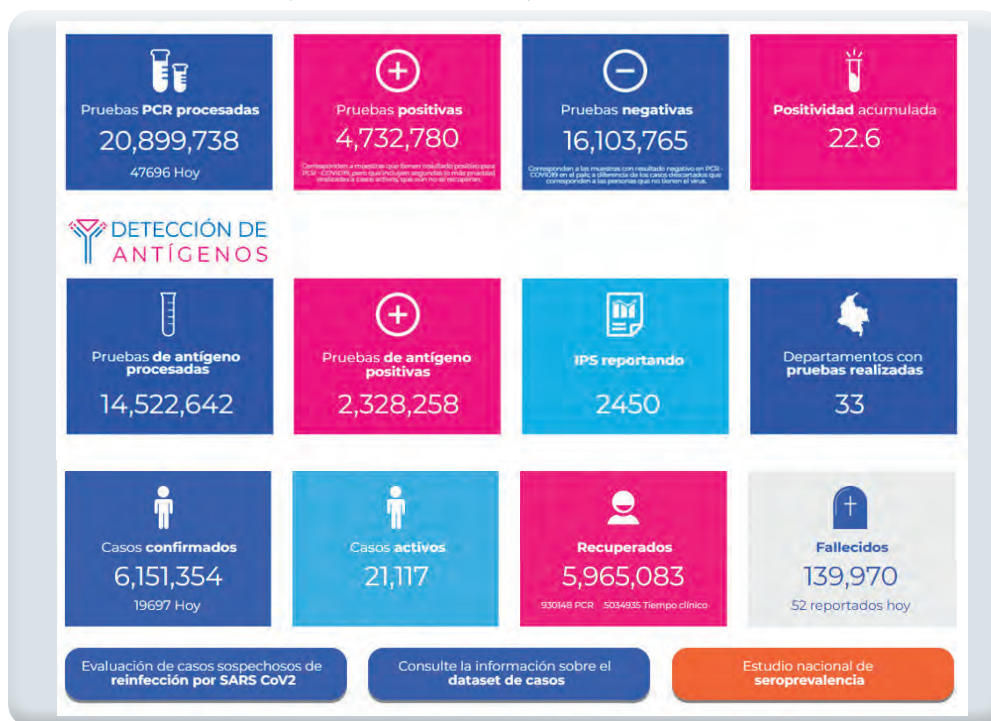
DM-CER969862

**¡Somos la primera
compañía en
Latinoamérica con
la certificación
ISO 13485!**

Escanea el código y
descubre todo sobre
esta certificación.



Figura 3. Número de casos de contagio por COVID-19 confirmados, activos, recuperados, fallecidos y pruebas realizadas al 29 de junio de 2022 en Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS, 2022).

También se debe mencionar el Plan Nacional de Vacunación por COVID-19, con el que se aplicaron más de 85.767.160 de dosis, ya que, con este plan, según estimaciones realizadas por Rojas-Botero et al. (2022), durante el año 2021 se

logró evitar cerca de 22.000 muertes⁵ entre los mayores de 60 años, lo que representó una reducción del 32,4 % respecto a las muertes esperadas para ese año (Tabla 1). Logros tan significativos como este, hicieron del sistema de salud un componente visible e importante para la sociedad; sin embargo, ahora que se logró dicha *visibilidad*, es momento de reflexionar y reafirmar que, luego de superar la pandemia, esta es una característica que se debe promover y sostener en el tiempo.

⁵ “Este resultado del estudio Efectividad de las vacunas contra COVID-19 aplicadas en Colombia -Cohorte Esperanza-, se centró en las personas vacunadas con esquema completo de 60 años y más, priorizadas en las etapas 1 y 2 del Plan Nacional de Vacunación. La inmunización evitó que al menos 22 mil adultos mayores más murieran por esta causa, es decir, el 32,4 % de las muertes esperadas”. Boletín de Prensa N° 121 del 16/02/2022. MINSALUD.

Tabla 1. Impacto en tasas de mortalidad del año 2021, según resultados del estudio de efectividad de las vacunas contra la COVID-19 aplicadas en Colombia

Edad	Efectividad de vacunación completa	Cobertura de vacunación (%)	Muertes observadas	Muertes evitadas	Tasa de mortalidad observada por 100,000	Tasa de mortalidad esperada por 100,000	Fracción prevenible (%)
60-69	87.6	71.5	16,503	4,570	584.2	745.9	21.7
70-79	78.9	77.2	15,431	7,889	733.1	1,107.9	33.8
80+	61.2	84.8	14,049	9,619	1,338.3	2,254.7	40.6
60+	--	--	45,983	22,078	646.9	957.5	32.4

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Otro aspecto relevante de *lo que se ganó* fue la forma en la que se dio la *coordinación* entre actores, que fue efectiva gracias a que, durante la pandemia, se suprimieron procesos burocráticos engorrosos para dar espacio al conocimiento y a las conversaciones entre expertos y los diferentes actores del sistema para, de esta forma, establecer los lineamientos necesarios en tiempo real. Esta experiencia demostró que la coordinación puede funcionar de manera eficiente cuando existe voluntad para resolver problemas, más allá de disposiciones normativas, por lo que se destaca la importancia del conocimiento y la flexibilidad para manejar los diferentes grados de autoridad en todos los niveles gubernamentales, lo que a su vez permitió una toma de decisiones eficiente que resultó vital durante la pandemia.

Dentro de *lo que se ganó* también se encuentra la *practicidad* en respuesta a la pandemia, ya que, durante este periodo, se realizaron acciones que se encuentran fuera de la “hoja de ruta” habitual de un Gobierno. Algunos ejemplos de esto son los siguientes: la decisión de firmar comodatos con entidades privadas para utilizar equipos comprados con recursos públicos; la creación de áreas extrahospitalarias en lugares no habilitados y la propuesta de pago por disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) e intermedias. Respecto de esta última, en el año 2020, tras la gestión de la ACHC, el Gobierno nacional otorgó estos reconocimientos económicos por un periodo de once meses, mediante las Resoluciones 1161 de 2020 y 1576 de 2021, por las cuales se establecieron *los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus COVID-19 y se regulaba el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios*. La Administradora de los Recursos del Sistema

General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por su parte, dispuso el mecanismo para el cálculo y giro correspondiente de los recursos, conforme a la tarifa definida en dichas Resoluciones (*Tabla 2*), con el que se buscó apoyar que las instituciones prestadoras mantuvieran la disponibilidad de camas necesarias para la atención durante la emergencia sanitaria por la COVID-19.

Tabla 2. Anticipos pago disponibilidad camas (UCI-intermedias) giro ADRES de junio 2020 a abril 2021 en el marco de la pandemia por COVID-19 (cifras en pesos)

Ítem	Total
Total de dinero girado	\$604.771.117.574
Total de IPS beneficiadas	398

Fuente: ACHC a partir de información reportada por ADRES en la plataforma Lupa al giro, 2023.

También se destaca la gestión realizada por la ACHC ante el Gobierno nacional para la obtención de recursos que permitieran el adecuado flujo de dinero dentro del sistema y, por consiguiente, la atención oportuna de los pacientes tanto en la pandemia por COVID-19 como posterior a esta. Uno de los logros de la gestión fue el *pago de servicios de urgencias de población migrante*, mediante las Resoluciones 1897 de 2021 y 1199 de 2022 del Ministerio de Salud y la ADRES se giraron \$ 500.000.000.000 de pesos a más de 459 IPS con los que se sanearon facturas por concepto de atenciones prestadas a personas en condición de migración irregular o no afiliada al sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Sumado a lo anterior, mediante la Resolución 1161 del 15 de julio del 2020, el Gobierno nacional fijó las Canastas COVID, las cuales incluyeron todos los servicios para la atención del coronavirus y el valor que se pagaría por estas. De esta manera, se giraron aproximadamente 1,8 billones de pesos (*Tabla 3*), con los que se pudo garantizar que las instituciones contaran con los recursos necesarios para brindar una atención integral y completa a los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Tabla 3. Beneficiados ACHC por pago de canastas COVID-19 (cifras en pesos)

Resumen (mayo-junio de 2021)	Monto	Porcentaje
Total General de IPS de país (902 IPS)	\$ 917.487.962.660	49,9 %
Monto no girado a IPS (100 IPS retiradas por instrucción de Minsalud)	\$ 17.268.907.885	0,9 %
Total general EPS país (22 EPS)	\$ 905.137.042.498	49,2 %
Total canastas COVID-19 girado (IPS-EPS)	\$ 1.839.893.913.043	100 %

Fuente: ACHC a partir de Resolución 1585 de 2021 Minsalud y ADRES.

Otras medidas que se usaron para garantizar el flujo de recursos al interior del sistema fueron la compra de cartera por parte de la ADRES a las instituciones prestadoras y la liberación para el uso de los recursos que respaldan las reservas técnicas de las EPS para el pago de la cartera que tuvieran con las IPS.

Sobre esta última, mediante la Resolución 2572 de 2020, la ADRES giró aproximadamente 407.500 millones de pesos a 381 IPS beneficiarias. Por su parte, con el Decreto 995 del 2022 ideado durante pandemia y concretado en post-pandemia, el Ministerio de Salud autorizó a las EPS cuya deuda fuera mayor a 60 días y esta concentrara el 15 % o más de la deuda total a hacer uso de los recursos que respaldan las reservas técnicas para pagar la cartera de largo plazo. De esta forma nueve EPS giraron aproximadamente 848.100 millones de pesos a IPS públicas, privadas y mixtas, así como a otros acreedores, contribuyendo a la disminución de la cartera que tienen las EPS con las IPS, que, para diciembre de 2022, alcanzó los 14 billones de pesos (ACHC, 2023).

Simultáneamente, es crucial subrayar la resiliencia demostrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esta resiliencia se manifiesta de una parte por la habilidad para mantener su integridad ante los desafíos y de otra, la capacidad para construir y reconstruir en respuesta a las adversidades, según lo define Vanistendael en 1995 (citado por Uriarte, 2005).

Durante el periodo que duró la pandemia, la ACHC (2020) realizó un continuo ejercicio de documentación de medidas que tomaron las instituciones prestadoras para adaptarse y fortalecerse ante los retos generados por la COVID-19, mediante seguimiento y encuestas⁶, que buscaron ilustrar la situación hospitalaria ante pandemia, dentro de las que se puede reseñar:

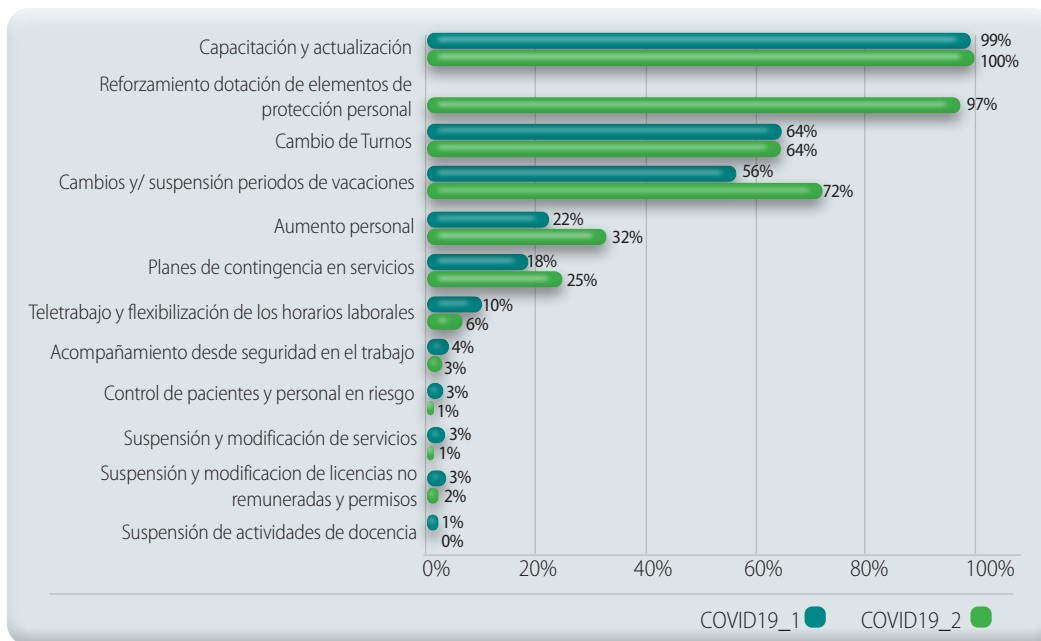
En el ámbito interno, se implementaron varias medidas de las instituciones en respuesta a pandemia: en primer lugar, la capacitación y actualización implementadas en el 100 % de las instituciones durante las dos cohortes de la encuesta; en segundo

⁶Se realizaron dos encuestas: la primera tuvo lugar el 23 de marzo del 2020 y, la segunda, el 15 de mayo del 2020.

lugar, el reforzamiento de los elementos de dotación para la protección personal con el 97%⁷; en tercer lugar, los ajustes en los turnos se realizaron en más del 64 % las instituciones; en

cuarto lugar, se ubican los cambios en los periodos de vacaciones y el aumento de personal con un 56 % para el primer corte y 72 % para el segundo (Gráfica 1).

Gráfica 1. Medidas implementadas por las instituciones hospitalarias afiliadas durante la pandemia por COVID-19



Fuente: ACHC (2020; cruce de las mismas instituciones reportantes en ambas encuestas).

De igual forma, las instituciones tomaron medidas hacia lo externo, en este caso enfocadas a los pacientes, dentro de las que se resalta la restricción a los acompañantes y visitantes, que fue tomada por más del 90 % de las instituciones en las dos cohortes de la encuesta; asimismo, se implementó la realización de un triage especializado para pacientes con síntomas de COVID-19, siendo esta realizada por el 79 % y el 87 % de las instituciones en cada una de las cohortes de la encuesta, respectivamente. Adicionalmente, entre el 79 % y el 84 % optaron por aplazar o reprogramar las intervenciones (Gráfica 2).

Si bien esta medida tuvo impacto positivo en la mitigación de la propagación del virus durante la pandemia, ahora en el post-COVID-19 se asocian a problemáticas asociadas al represamiento de intervenciones y diagnósticos de enfermedades no transmisibles.

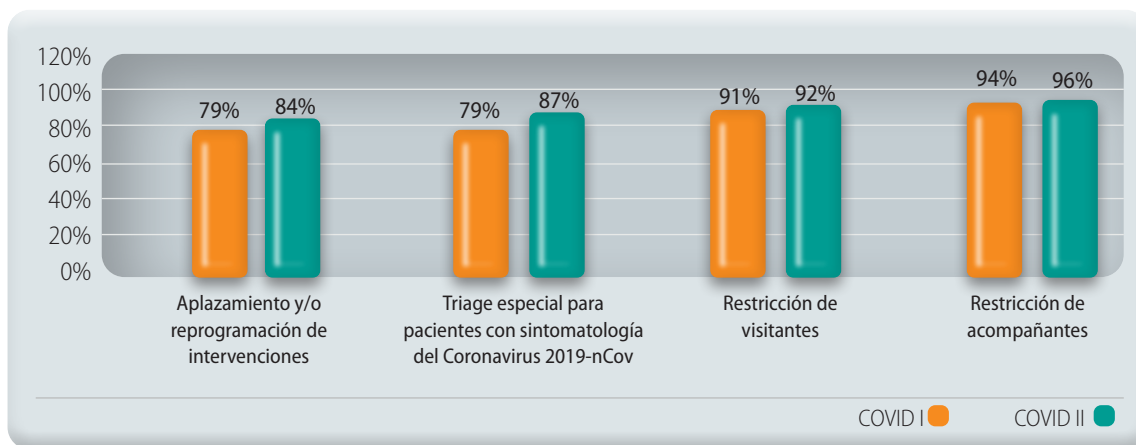
Un ejemplo de lo anterior fue que, durante el primer y segundo pico de la pandemia en Colombia, se redujeron los procedimientos cardiológicos y, en estos, aumentaron las complicaciones que se podían presentar a los pacientes. De manera similar, manifestó una creciente pre-

⁷En la primera encuesta no se incluyó esta medida como opción, por lo que solo se cuenta con información de la segunda encuesta.

ocupación, debido a que las cancelaciones de citas médicas y las barreras en la prestación de servicios podrían resultar en un aumento de diagnósticos tardíos de cáncer, complicando así el acceso a tratamientos oportunos. Para mitigar este escenario, las instituciones hospitalarias implementaron diversas estrategias

a medida que avanzaba el proceso de vacunación. Entre estas medidas se incluyó la reapertura completa de servicios con horarios de atención extendidos para satisfacer la creciente demanda, así como la priorización en la atención de pacientes con altos niveles de vulnerabilidad o comorbilidades (ACHC, 2021).

Gráfica 2. Medidas implementadas por las Instituciones Hospitalarias afiliadas durante la pandemia por COVID-19 respecto a los pacientes



Fuente: ACHC-2020 (cruce de las mismas instituciones reportantes en ambas encuestas)

En conclusión, la flexibilidad que tuvo tanto el Gobierno como las Instituciones prestadoras resalta la importancia de la coordinación eficiente y la toma de decisiones acertadas en situaciones de crisis, por la necesidad de disposición para encontrar soluciones creativas. Esta actitud práctica y orientada a resolver problemas se considera invaluable y debe mantenerse en el futuro, por lo que, sin dejar de reconocer la necesidad de respetar los marcos normativos generales, se insta a mantener una actitud resolutiva que permita encontrar soluciones rápidas y crear mecanismos y normatividad adaptable al entorno cambiante.

Asuntos que requieren ajustes

Si bien *lo que se ganó* es amplio, también se debe reconocer la necesidad de abordar aquellos *asuntos que requieren ajustes*. Dentro de esta categoría se encuentra un tema prioritario relativo al talento humano en salud, ya que hoy se reconoce abiertamente el desgaste, desmoralización y agotamiento debido a la situación de la pandemia, que llevó a un fenómeno global de renuncia en el sector y una fricción entre lo vocacional y lo misional, *generado por el síndrome de Burnout⁸ y fatiga por compasión⁹*.

Según una encuesta realizada por Madero et, al (2022), en la que se buscó

⁸ Leiter & Maslach (2016) afirman que el síndrome de Burnout reúne síntomas como la falta de energía física y mental, pérdida del interés por el trabajo, despersonalización y sentimientos de autodesvalorización, lo que muestra el agotamiento que tiene el trabajador.

⁹ Janet Aguilar (2021) define fatiga por compasión como: "Tipo de estrés resultante de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional con el paciente que sufre y padece."

ESTAR A TU LADO


Profamilia

**BRINDARTE PRODUCTOS Y SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

PREGUNTA POR NUESTROS SERVICIOS



Detección del Virus del
Papiloma Humano (VPH)



Laboratorio
Clínico



Anticoncepción



Vacunación



Ginecología



Urología



Medicina General



Salud Mental

Profamilia.org.co
Línea nacional
300 912 4560

 **Chat Emilia 318 531 0121**

Bogotá: (601) **443 4000** Medellín: (604) **283 6688**
Cali: (602) **386 0001** Barranquilla: (605) **319 7928**
Cartagena: (605) **642 4966**

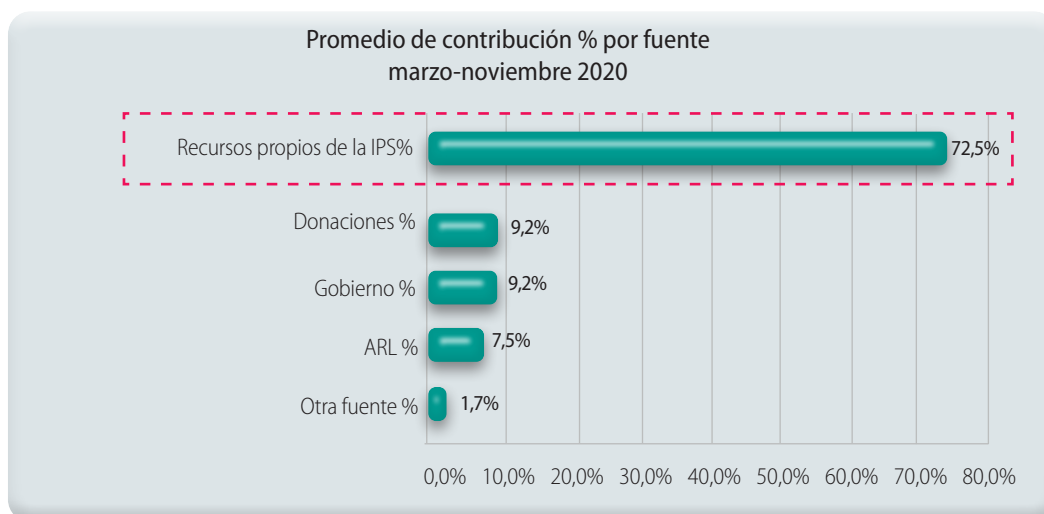
indagar por las distintas características que componen el burnout, en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19, el 25,4% de los profesionales encuestados sufrió de agotamiento severo, el 27,9% de despersonalización severa y el 62,5% de baja realización personal severa. Estos factores son indicativos del síndrome de agotamiento profesional, también conocido como burnout. Cabe destacar que, en ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el burnout como una enfermedad relacionada con el trabajo.

Durante la pandemia por COVID-19, acciones como la intubación de pacientes, trabajar en unidades de cuidados intensivos, enfrentar fallecimientos frecuentes, comunicar noticias desfavorables y la pérdida de un colega o ser querido estuvieron estrechamente vinculadas con el agotamiento emocional o fatiga por compasión en los trabajadores de la salud.

Ante este contexto, se requiere un enfoque integral que trascienda las simples reformas salariales y modelos de contratación. Es imperativo elaborar un proyecto comprensivo que contemple elementos como la compensación emocional, el bienestar del empleado y la redefinición del rol de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Frente al relacionamiento con las ARL, se constató en pandemia cómo la no entrega oportuna de los elementos de protección personal obligó a que las instituciones hospitalarias realizaran inversiones significativas para revertir esta situación, lo cual fue documentada por la ACHC (2020) en otra de las encuestas realizadas a sus afiliados, sobre la adquisición de elementos de protección personal (*Gráfica 3*). Esta encuesta fue aplicada a 93 IPS afiliados a la ACHC, de la cuales el 47 % corresponde a la alta complejidad, 18 % a mediana y 35 % a baja, mientras que el 63 % corresponde a privadas y el 37 % a públicas. Las instituciones manifestaron en su momento que la variación porcentual entre el gasto promedio que tuvieron en elementos de protección personal en el año 2019 (antes de pandemia) y el que tuvieron entre marzo y noviembre de 2020 (en pandemia) fue del 163 %, siendo el mes de julio de 2020 en el que se alcanzó el punto más alto del gasto. Del gasto en elementos de protección personal que se dio entre marzo y noviembre de 2020, un 72 % corresponde a recursos propios de las instituciones hospitalarias, 9,2 % corresponde a donaciones, 9,2 % al Gobierno, las ARL contribuyeron con un 7,5 % y otras fuentes 1,7 %.

Gráfica 3. Encuesta sobre adquisición de elementos de protección personal de instituciones afiliadas a la ACHC



Fuente: elaboración propia con base en información suministrada por 93 instituciones reportantes afiliadas a la ACHC durante el año 2020.

Respecto de la relación con la industria, es necesario entablar un diálogo constructivo, pues esta debe participar como coproductora y coparticipe en la gestión y atención de la salud, yendo más allá del rol de comercialización. Además, el diálogo con la industria es fundamental para abordar el tema de la soberanía sanitaria, estableciendo una reserva estratégica nacional de bienes sensibles para el sector de la salud, cuyo tema se ampliará en la sección final de enfoque prospectivo.

Lo que no se puede permitir

Finalmente, dentro de la categoría de *lo que no se puede permitir*, se encuentra el tema de la calidad en la atención que, dentro de la búsqueda de la cobertura universal, ha sido relegada a un segundo plano. Por esta razón, se señala la necesidad de implementar una *política nacional de fomento de la calidad* que abarque diversos aspectos como incentivos reales, políticas tributarias y conversaciones con el sector educativo, propuesta que será ampliada más adelante en la sección de prospectiva.

De igual forma, durante la pandemia se pudo comprobar que es posible reducir la burocracia y agilizar los procesos administrativos. Ejemplos de esto son el *giro directo* y los movimientos de pacientes críticos a través de los centros reguladores de urgencias (más allá de las redes de contratación de las EPS) que resolvieron los asuntos de manera eficiente, lo que también demuestra que el sistema funcionó sin tantos trámites.

Es importante tener en cuenta las lecciones aprendidas y buscar formas de mantener la eficiencia y agilidad en el sistema de salud. Esto implica continuar simplificando los procesos administrativos, reduciendo la burocracia y promoviendo un flujo adecuado de las operaciones. Esto podría incluir la revisión

y actualización de los procedimientos, la utilización de tecnología adecuada para agilizar los trámites, así como la promoción de una cultura organizacional que valore la eficiencia y la calidad en la atención de la salud.

Otro punto que no debe seguir permitiéndose es el uso del concepto de *gestión del riesgo* en ciertos contextos para encubrir prácticas como la integración vertical, transferir o derivar el riesgo e imponer barreras de acceso a la población. La verdadera gestión integral del riesgo en salud es una estrategia que busca anticiparse a eventos relacionados con la salud pública, enfermedades y traumatismos para prevenir su aparición o, en caso de presentarse, detectarlos y tratarlos tempranamente para reducir su impacto y consecuencias. Esta gestión involucra la coordinación de diferentes agentes para identificar y actuar sobre las circunstancias y condiciones que afectan la salud, originadas en los individuos, colectivos y su entorno.

Cuando se aplica de manera adecuada, este enfoque tiene un gran valor. Por ello, es esencial que dentro de un sistema de aseguramiento se mantenga y refuerce esta función. Es fundamental asegurar que todos los involucrados entiendan sus responsabilidades y que no se deleguen inapropiadamente, como ha sucedido anteriormente mediante contratos, glosas no justificadas o la falta de reconocimiento de deudas en los procesos de liquidación. También es crucial que las aseguradoras cumplan con ciertos requisitos que, hasta ahora, han sido ignorados. Entre estos se incluye el respeto a los estándares de habilitación y permanencia. Cabe destacar que, según la Superintendencia de Salud, en su informe de Superintendencia de Salud decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones, con corte a junio de 2022 solo 7 de las 25 EPS evaluadas cumplían completamente con estos estándares¹⁰.

Cada agente dentro del sistema tiene un rol y unas funciones que no deben ser pasados por alto ni traspasados a

¹⁰ En su informe del cumplimiento de indicadores de permanencia, la Superintendencia de Salud no tiene en cuenta a las 5 EPS indígenas, de allí que el número sea 25.



La pandemia por COVID-19 ha sido un catalizador para cambios y evaluaciones en el sistema de salud. Ha expuesto tanto las fortalezas como las debilidades del sistema, ofreciendo una oportunidad única para entender y proponer una reforma.

otros sin consideración. Reconocer y respetar estas competencias individuales es fundamental para un funcionamiento eficiente y efectivo. Esto implica adaptar y aplicar las estrategias de gestión del riesgo de acuerdo con las características y responsabilidades de cada entidad. Al personalizar el enfoque de la gestión del riesgo, se puede garantizar que las acciones y decisiones se ajusten a las necesidades y capacidades específicas de cada agente del sistema, lo que aumenta la efectividad general.

En síntesis, sobre la experiencia, la pandemia por COVID-19 ha sido un catalizador para cambios y evaluaciones en el sistema de salud. Ha expuesto tanto las fortalezas como las debilidades del sistema, ofreciendo una oportunidad única para entender y proponer una reforma. La capacidad del sistema para adaptarse rápidamente a circunstancias excepcionales, como la implementación de un plan de vacunación masiva y la adaptación a nuevas formas de atención como la telemedicina, demuestra un nivel de resiliencia y flexibilidad que debe ser capitalizado en el futuro.

No obstante, la pandemia también ha puesto al descubierto notables deficiencias en aspectos como el bienestar mental de los trabajadores de la salud, la pérdida de relevancia del tema de calidad, el exceso de trámites y las prácticas indebidas por parte de algunos actores del sector, aspectos que demandan soluciones de largo aliento y así trasciendan la mera reacción ante la emergencia.

Las lecciones aprendidas durante la pandemia deberían servir como un punto de partida para reformas estructurales que fortalezcan la resiliencia del sistema de

salud mejore la calidad de la atención y aseguren una distribución más equitativa de los recursos. Esto incluye la adopción de tecnologías emergentes, la revisión de protocolos y la implementación de políticas que promuevan la salud pública de manera más efectiva, así como la reconstrucción de la confianza para restaurar la relación entre los actores del sistema mediante una comunicación clara y el fomento activo de la colaboración entre actores.

2. Perspectiva

Hace referencia al pasado reciente y el presente, por medio de perspectivas obtenidas a partir del desarrollo y uso de estudios técnicos, de modo tal que se construye “una película” con hechos recientes que orientan y dan pautas para implementar mejoras. En tal sentido, y desde un ejemplo de un estudio con aplicación global desde hace varios años la ACHC viene realizando el estudio titulado *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, con el que ha buscado analizar el desempeño de los sistemas de salud de diferentes países mediante la construcción del índice compuesto de resultados de salud (ICRS).

En el año 2022, se presentó la tercera edición del ICRS (ICRS 2022) —las dos anteriores son de 2013 y 2017—, en la que se estudiaron 94 países mediante el análisis de 38 variables. 12 de estas variables corresponden a resultados y/o desempeño en salud, siendo estas variables con las que se construye el índice, las cuales se agrupan en cinco grupos o factores: 3 variables son de *organización y estructura*, con las que se caracteriza y describen los sistemas; 23 variables más son de *insumo y contexto*, divididas en capacidad de respuesta, contexto, cobertura y capacidad del sistema y factores de riesgo, con las que se realiza el análisis de correlación entre el índice y las variables de insumo. Cabe resaltar que en esta versión se incluyó el factor COVID dentro de las

Experiencia

iSuite



Más de
10.000

quirófanos en todo el mundo están equipados con las soluciones iSuite.



Este documento es sólo para uso de profesionales de la salud.

Los cirujanos siempre deben usar su juicio clínico profesional para decidir si usan o no un producto en particular en el tratamiento de un paciente. Stryker no ofrece ninguna asesoría médica y recomienda a los cirujanos estar enterados en el uso del producto antes de utilizarlo en cirugía.

La información presentada es para demostrar un producto de Stryker. Los cirujanos deben siempre consultar el folleto incluido en el producto, la etiqueta de producto y/o las instrucciones de uso incluyendo las instrucciones de limpieza y esterilización (si aplica) antes de usar cualquier producto Stryker. Es posible que algunos productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad de productos está sujeta a las legislaciones y/o prácticas médicas vigentes en cada mercado.

Por favor contacte a su representante de Stryker Local si tiene preguntas sobre la disponibilidad de productos Stryker en su área. Todas las marcas registradas son marcas registradas de sus respectivos propietarios o poseedores.

Calle 116 No. 7-15 Piso 10. Oficina 1001
Bogotá, Colombia
P +571 743 8200
www.stryker.com

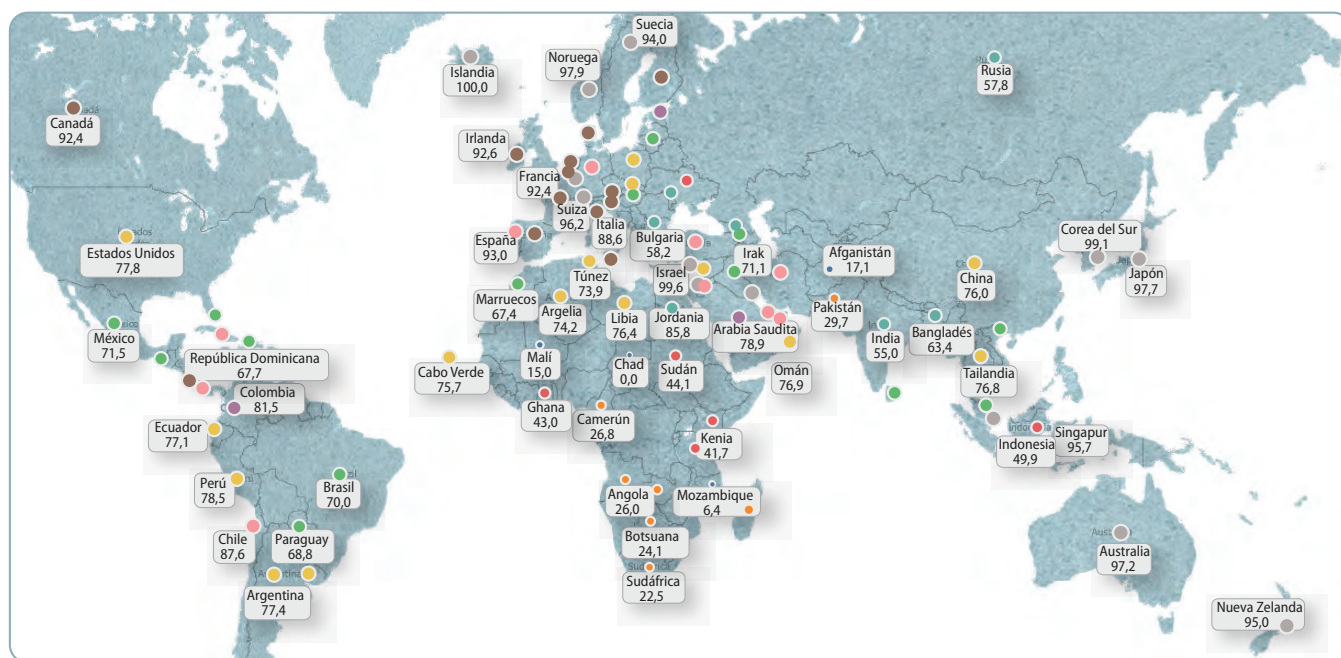
variables de resultado, con el que se adaptó el estudio a la coyuntura generada por la pandemia por COVID-19.

Los resultados del ICRS 2022 revelaron que en el clúster 10, conformado por trece países, se destacaron naciones como Islandia, Israel, Corea del Sur, Noruega y Japón, alcanzando una puntuación promedio de 96,9 puntos. De manera contraria, en el clúster 1 (países con el desempeño más deficiente en el índice) aparecen cuatro países: Chad, Mozambique, Mali y Afganistán, que obtuvieron una puntuación promedio de tan solo 9,6 puntos.

Por su parte, Colombia se ubicó en el clúster 7, un grupo de países con desempeño medio-alto, con un índice de 81,5 puntos, el cual está por encima del promedio global de 71,7 puntos, ocupando la posición 39 dentro de los 94 países evaluados. En la región, Colombia es superada por países como Canadá, Costa Rica, Chile, Panamá y Cuba, mientras que países como Perú, México, Argentina y Brasil se ubican en puestos inferiores.

Al desagregar los resultados del ICRS 2022 en los cinco factores que lo componen, se muestra que el factor 2, relacionado con las tasas de mortalidad (materna, infantil, menores de cinco años, neonatal y adultos), fue en el que los países tuvieron un mejor desempeño medio con 83,6 puntos; seguido por el factor 4, relacionado con la incidencia de tuberculosis y la tasa de enfermedades no transmisibles, con 73,4 puntos, y el factor 3, compuesto por los años de vida ajustados por discapacidad con 72,5 puntos. El factor 1, asociado con los años de vida al nacer y saludables, marcó una puntuación media de 67 puntos, mientras que el factor 5, relacionado con la mortalidad por COVID-19, fue en el que se tuvo un menor desempeño promedio con 53,2 puntos, lo que refleja en cierta medida las dificultades que tuvieron los países para afrontar la pandemia en el corte temporal del estudio.

Mapa 1. Índice Compuesto de Resultado en Salud -ICRS- 2022 agrupado por clústeres de desempeño.



Prom. Índice Con Covid 2022: 0,0 20,0 40,0 60,0 80,0 100,0 Clúster 1 Menor desempeño -10 Mayor desempeño en el ICRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S., 2022.

Respecto de la relación del índice con la estructura del sistema, si bien categorías como *Estado guardián*¹¹ y *modelo Bismarck* (seguridad social)¹², dentro de la organización y estructura de los sistemas, se relacionan con mejores puntajes promedio frente a otras, no se puede concluir categóricamente que existe una combinación única e ideal para organizar los sistemas de salud, lo cual ratifica los hallazgos obtenidos en la edición de 2017 de este estudio. Asimismo, un mayor nivel de gasto en salud (gasto total, gasto público, gasto en atención primaria, etc.) en general es determinante en el desempeño de los sistemas; sin embargo, no se puede olvidar que esto está directamente relacionado no solo con la voluntad política, sino también con el nivel de ingreso y desarrollo de cada país.

El análisis de correlaciones estimado entre el ICRS 2022 y variables de insumo y/o contexto buscó determinar cómo las variables *vacunación contra COVID*, *densidad de médicos y de enfermeras y parteras*, *gasto adicional en atención COVID*, *índice de percepción de corrupción*, *porcentaje de personas con agua potable*, *probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años*, entre otras, se relacionan con el resultado obtenido en el ICRS 2022.

Como resultado, se obtuvo que los países con mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras), ma-

yor Índice desarrollo humano -IDH-, menores niveles de corrupción, mejor respuesta a la pandemia (aplicaron un mayor número de vacunas y gastaron más dinero para atenderla), entre otros, se relacionaron de manera positiva con el ICRS 2022; es decir, estos países mostraron un mejor desempeño en el índice. De manera contraria, variables como la *probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años* se correlacionaron de forma negativa con el ICRS 2022, lo que significa que los países con una mayor probabilidad de morir por estas enfermedades se asociaron con un resultado en el ICRS 2022 más bajo.

Como conclusión, el estudio mostró que, en general, los países de mejor desempeño disponen no solo de una mayor cantidad (y posiblemente calidad) de recursos en términos financieros, sino también de mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras), frente a los países de menor desempeño. De igual forma, se resalta la importancia del contexto socioeconómico en el desempeño de los sistemas de salud, dado que indicadores como el Índice de

¹¹ El Estado es el administrador, mas no el propietario, de los servicios de salud, que garantiza una cobertura mínima de los servicios para los ciudadanos, y la financiación se basa en agencias de seguro social de propiedad y operación privada.

¹² En el modelo Bismarck, la financiación se debe dar por medio del recaudo de cuotas obligatorias de las empresas y los trabajadores a las aseguradoras. En este, el aseguramiento es obligatorio para la prestación de los servicios.

A mayor capacidad instalada, mayor talento humano, un nivel más alto de gasto en salud, la garantía de bajos niveles de corrupción y una mayor efectividad gubernamental contribuyen a un mejor posicionamiento en el ranking.

Desarrollo Humano (IDH) o el índice de percepción de corrupción se asocian positivamente con el ICRS 2022.

Dentro de la dimensión Contexto, se resalta el indicador efectividad del Gobierno, este hace parte del proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) indicadores sobre gobernanza que analizan las instituciones por las cuales se ejerce la autoridad, la efectividad del gobierno captura las percepciones de la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y el grado de su independencia de las presiones políticas, la calidad de la formulación e implementación de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno con dichas políticas, al respecto se encontró evidencia de correlación positiva con el -ICRS-.

En la dimensión Cobertura y capacidad del sistema, se incluyó el índice de cobertura UHC construido por GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet (2020) para medir la cobertura efectiva el cual se construye con 23 indicadores de cobertura efectiva en una matriz que representa los tipos de servicios de salud (por ejemplo, promoción,

prevención y tratamiento) y cinco grupos de población-edad que abarcan desde reproductivos y recién nacidos hasta adultos mayores (≥ 65 años). Los indicadores de cobertura efectivos se basaron en la cobertura de la intervención o en medidas basadas en los resultados, como las razones de mortalidad a incidencia para aproximar el acceso a una atención de calidad. En este indicador Colombia se clasifica en este grupo clúster 7 y su UHC Índice de cobertura efectiva (IHME UW) para el año 2019 fue de 74,3.

Dicha variable se asocia positivamente con el índice de resultado evaluador por la ACHC, es decir un acceso efectivo en materia de atención en salud se asocia con la obtención de mejores resultados en salud.

En síntesis, respecto de las variables de insumo, se observa que, a mayor capacidad instalada, mayor talento humano, un nivel más alto de gasto en salud, la garantía de bajos niveles de corrupción y una mayor efectividad gubernamental contribuyen a un mejor posicionamiento en el ranking. Por lo tanto, no solo es el tipo de modelo y financiación de un sistema lo que determina el resultado final, sino el uso adecuado de los diversos recursos, lo que lleva a mejores desenlaces.

La naturaleza de este estudio permite observar tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas de salud. De forma puntual, para Colombia surgen preguntas como las siguientes: ¿Se puede aspirar a tener un mejor modelo de salud? ¿Cuáles

La experiencia nos respalda

COMERCIALIZAMOS

Un portafolio especializado de medicamentos y dispositivos médicos.



BRINDAMOS

Una gestión farmacéutica integral, prestando servicios farmacéuticos ambulatorios e intrahospitalarios.



ATENDEMOS

ATENDEMOS

Poblaciones a través de modelos integrales de atención en salud.
(Patologías de alto costo, crónicas, huérfanas y autoinmunes).



cohan
Más vital

FORMAMOS

FORMAMOS

Para la transformación de la atención en salud.



Contrata hoy una experiencia vital para tu institución de salud



Se visualizan las tres redes de atención cognitivas de Posner (1980) como una brújula tridimensional, esencial para navegar en el vasto océano de la atención y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

son las características que tienen los mejores sistemas y como se podrían adaptar al contexto nacional? ¿Podemos pretender ascender en este ordenamiento? Frente a estas cuestiones, se considera que las respuestas son positivas y que este tipo de estudios son una hoja de ruta para lograrlo. Esto permite identificar las características particulares de cada sistema de salud para poder compararlos y así evidenciar los *rasgos distintivos* de aquellos que obtienen un mejor desempeño, aportando argumentos desde lo técnico que respalden propuestas de cambio en pro de sistemas que mejoren su capacidad de respuesta.

3. Prospectiva

Del futuro ideal al presente, es un catálogo de propuestas en buscar del mejoramiento del sistema y su optimización.

Para la operativización de este enfoque, se visualizan las tres redes de atención cognitivas de Posner (1980) como una brújula tridimensional, esencial para navegar en el vasto océano de la atención y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La primera red, la orientación, representa el eje horizontal de esta brújula. Al igual que la aguja que señala el norte, esta red guía hacia nuevos estímulos, permitiendo descubrir nuevos caminos. Es la que determina la dirección a seguir, identificando qué es relevante y qué no, permitiendo girar la atención hacia lo que realmente importa, lo esencial.

La segunda red, la ejecutiva, es el eje vertical. Es la que permite sumergirse en la profundidad de la información, seleccionando, filtrando y tomando decisiones basadas en el juicio y la planificación. Esta red nos indica cuán profundo debemos ir en nuestra atención, resolviendo conflictos y capturando errores para garantizar una navegación segura y efectiva.

Por último, la red de alerta representa el eje de profundidad, el que mide la altura y la vigilancia. Es el faro que se eleva por encima del horizonte, manteniendo un nivel constante de conciencia y anticipación. Esta red nos asegura estar siempre preparados para el siguiente estímulo, manteniendo la atención en un estado óptimo para responder rápidamente a cualquier eventualidad.

A continuación, se presentan las propuestas de la ACHC en torno a estas tres de redes del campo de atención. Cabe aclarar que dichas redes pueden traslaparse, por lo que la clasificación aquí presentada de las propuestas se da en función del dominio del concepto al cual se asimila en mayor grado su alcance.

1

Covid/futuras pandemias
Cambio de gobierno local
Conflicto internacional
Crisis económica mundial

- Impacto en **sistemas de salud**
- Impacto **política del sector**
- Impacto **en las instituciones**

INCERTIDUMBRE

2

ESPACIO EN BLANCO

3



MÉTODO



3

3 DIMENSIONES TEMPORALES

- 1- **Experiencia:** Basados en el pasado y a partir del conocimiento empírico
- 2- **Perspectiva:** Basado en el pasado y presente con una visión panorámica y a través de estudios técnicos y profundos
- 3- **Prospectiva:** Imaginar un futuro y traerlo al presente es esencial. Idear cambios y escenarios próximos

3 REDES DE ATENCIÓN COGNITIVAS

I. ORIENTACIÓN

Dirección a seguir, identificando qué es relevante y qué no, permitiendo girar la atención hacia lo que realmente importa, lo esencial.

II. ALERTA

Manteniendo un nivel constante de conciencia y anticipación, manteniendo la atención en un estado óptimo para responder rápidamente a cualquier eventualidad.

III. CONTROL/EJECUTIVO

Esta red ejecuta acciones, resuelve conflictos y captura errores para garantizar una navegación segura y efectiva.

REDES DE ATENCIÓN

El espacio en blanco como marco de oportunidades y posibilidades

4

ATENCIÓN

Toma posesión por parte de la mente!

5

APLICACIÓN DEL CAMPO DE ATENCIÓN

I. ORIENTACIÓN

- Sostenibilidad del sistema
- Reforma

II. ALERTA

- Fomento de servicios de salud vulnerables
- Revolución en la atención primaria de salud y nuevos recursos

III. CONTROL/EJECUTIVO

- Visibilidad
- Coordinación y practicidad
- Ampliación de ámbitos
- Calidad
- Entrega de valor
- Recurso humano
- Redes integradas de servicios de salud
- Soberanía sanitaria

La visibilidad adquirida por el sector salud ha permeado profundamente en la conciencia social, generando un reconocimiento sin precedentes hacia los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios.

3.1. Red ejecutiva

Visibilidad

Se mencionó en la sección anterior que, la pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto en el sector salud, no solo porque obligó a una constante alternancia entre cierres y aperturas del sector prestador, sino también porque estos cierres afectaron a otros sectores, profundizando problemáticas de gran impacto en la sociedad, como la vulnerabilidad social y económica.

No obstante, la pandemia también ha traído un cambio de paradigma en relación con la *visibilidad* del sector hospitalario. Desde un cambio global en la agenda de preocupaciones, los sistemas de salud han recuperado su protagonismo e importancia, poniendo de relieve su valor estratégico sanitario como núcleo central en la atención de los pacientes.

Este contexto ha reafirmado el papel crucial del sector salud no solo para el bienestar físico de los individuos, sino también para el funcionamiento óptimo del resto de la sociedad. En tiempos de incertidumbre y crisis, el sector hospitalario se ha mostrado como un pilar imprescindible en la protección y salvaguarda de la salud de la población, subrayando la necesidad de invertir y priorizar su fortalecimiento y desarrollo.

Adicionalmente, la visibilidad adquirida por el sector salud ha permeado profundamente en la conciencia social, generando un reconocimiento sin precedentes hacia los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios. La sociedad ha sido testigo del compromiso, la dedicación

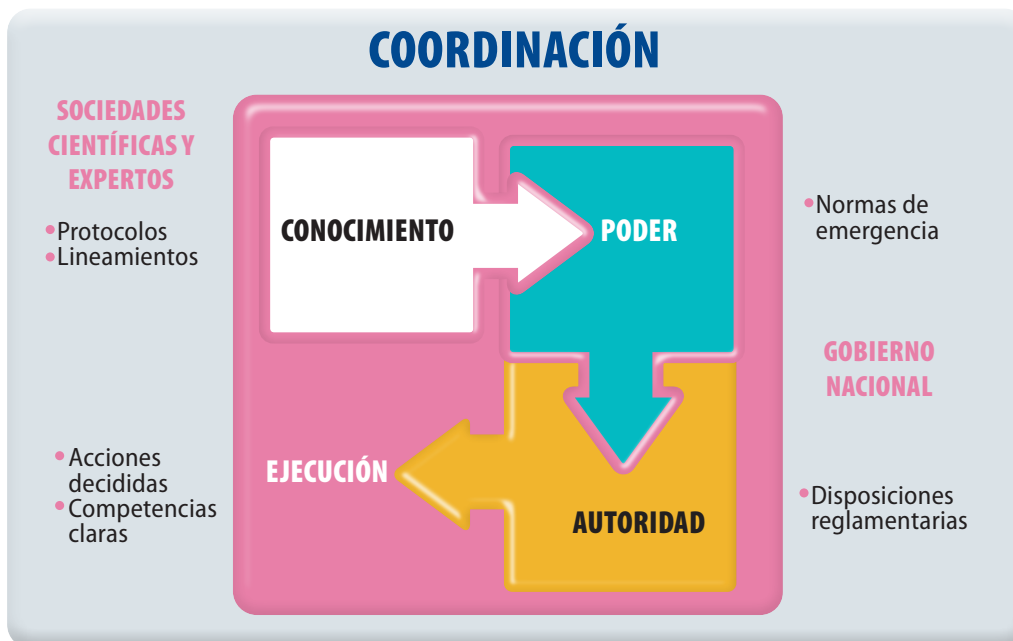
y, en muchos casos, del sacrificio de los trabajadores de la salud, lo que ha propiciado una valoración más profunda y genuina hacia el sector. Este fenómeno ha propiciado un diálogo público más robusto acerca de la necesidad de garantizar condiciones laborales justas, inversión en infraestructuras sanitarias y acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población. En este sentido, la pandemia ha servido como catalizador para posicionar al sector salud como un eje fundamental no solo en la política y la economía, sino también en el tejido social y cultural de las naciones

Coordinación y practicidad

La *coordinación* se logró gracias a la articulación plena de cuatro elementos: i) el conocimiento, ii) el poder, iii) la autoridad y iv) la ejecución; la excelencia en las decisiones con base en el conocimiento, desde la academia y las sociedades científicas y los expertos del sector, permitió plasmar en protocolos y lineamientos que dieron el sustento teórico a las instancias superiores de poder, aunado a un ejercicio de descentralización fuerte, lo que permitió transmitir, desde el Gobierno central a las autoridades locales, órdenes que se alinearon con un interés común, ejecutándose acciones decididas por parte del sector prestador que respondieron a las necesidades reales de la sociedad a gran escala, en un contexto de emergencia (*Figura 4*).

Se demostró que la coordinación puede funcionar de manera eficiente cuando existe voluntad para resolver problemas, sin depender en exceso de procedimientos complejos que entorpecen los procesos en las diversas instancias de poder, razón por la cual se destaca la coordinación como un proceso que genera flexibilidad posibilitando generación de esquemas ágiles y dinámicos a futuro para resolver otras deficiencias en el sector en un contexto post-COVID.

Figura 4. Articulación entre actores para la respuesta a la pandemia por COVID-19



Fuente: elaboración propia.

La orientación hacia la practicidad en la resolución de problemas se valora como extremadamente valiosa y debería considerarse una de las lecciones que ha dejado la experiencia de la pandemia por COVID-19. Aunque se reconoce la importancia de respetar los marcos normativos generales, esta situación insta a mantener una actitud resolutiva que facilite la búsqueda de soluciones expeditas y la creación de mecanismos y normativas adaptables a un entorno en constante cambio.

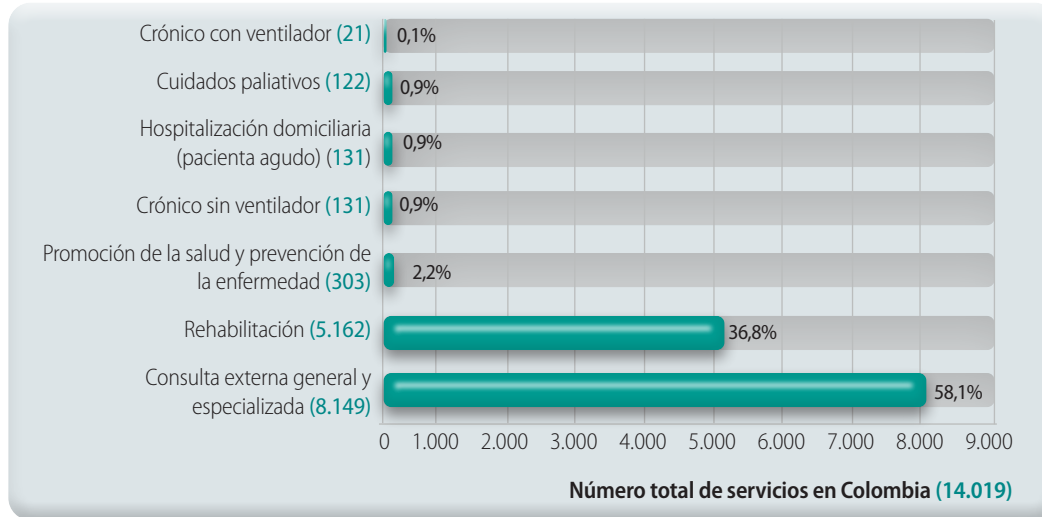
Ampliación de ámbitos

La pandemia por COVID-19 ha catalizado cambios significativos en el sector de la atención médica, acelerando transformaciones que se habían estado postergando durante años. Este impulso ha llevado a una expansión de los ámbitos de atención más allá de los entornos hospitalarios tradicionales, permitiendo una comprensión más amplia del ecosistema de atención médica. La urgencia de la situación ha impulsado innovaciones como

la telemedicina y los servicios de atención domiciliaria, complementando y fortaleciendo la capacidad ya existente del sistema de salud.

De esta manera, se hace una revisión de la disponibilidad estructural de servicios de atención domiciliaria, referida al número de servicios y al nivel de complejidad reportado por los proveedores de atención médica. La gráfica 8 muestra el total de servicios reportados para el año 2022, que incluyen atención al paciente crónico con ventilador, atención al paciente crónico sin ventilador, cuidados paliativos, hospitalización de pacientes agudos, rehabilitación, consultas externas generales y especializadas, así como promoción de la salud y prevención de enfermedades. En esta se puede observar cómo el sector de la atención domiciliaria está satisfaciendo una porción significativa de la demanda de servicios médicos, en especial los servicios de consultas y rehabilitación (Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliarias [ACISD], 2022). Es crucial fomentar estos modelos de prestación de servicios extendidos, reconociéndolos como componentes integrales del sistema de atención médica, en lugar de meros apéndices del sector hospitalario.

Gráfica 4. Número total de servicios de atención domiciliaria en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ASCID Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria, 2022

Además, solo se trata de la telemedicina y la atención a domicilio; también se observa un incremento en el número de centros especializados en enfermedades crónicas, raras y huérfanas que ofrecen modelos de prestación de servicios extendidos. Estas instituciones deben ser completamente integradas en el sistema de atención médica y estar respaldadas por un marco normativo adecuado.

Hoy en día, más que nunca, resulta imperativo implementar sistemas que vayan más allá de las estructuras médicas tradicionales hospitalarias y domiciliarias, y que también incorporen la rehabilitación y las crecientes oportunidades que ofrece la telemedicina. Por lo tanto, es necesario un rediseño que responda de manera flexible y eficaz a las necesidades de los pacientes en diversos contextos.

Al respecto, la propuesta de la ACHC en el año 2015 denominada

*Hospital 360*¹³, planteo que la anticipación y expansión de los ámbitos de atención en el sector salud se perfilan como estrategias cruciales para una gestión eficiente de las enfermedades y el apoyo continuo a los pacientes, incluso en sus hogares. Esto involucra la implementación de tecnologías de la información y comunicación (TICs) para facilitar la atención remota por parte de profesionales asistenciales, identificación y evaluación de grupos de alto riesgo, y la creación de equipos multidisciplinarios que aseguren una asistencia basada en evidencia científica. Entre las acciones propuestas se encuentran la implementación de clínicas ambulatorias comunitarias, hospitalización a domicilio, monitoreo remoto, citas médicas compartidas para optimizar la productividad médica, y centros express de alta resolución que ofrezcan diagnósticos y tratamientos en una única jornada. Todo ello, con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria integral, accesible y de alta calidad.

¹³ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. *Revista Hospitalaria*, Edición 099

VENTILADOR BELLAVISTA - Nueva Generación

Turbina Alto
Rendimiento

Be-Modos

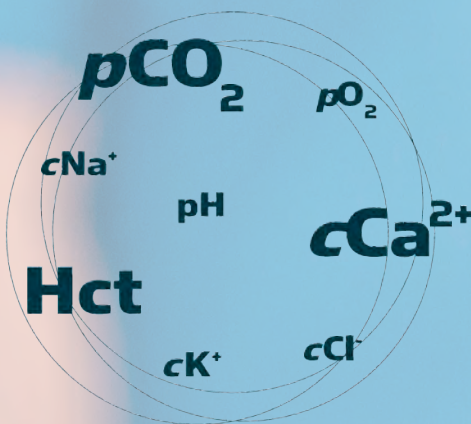


Pulmón
Dinámico

Herramientas

- Auto.sync
- Auto.leak
- Auto-rise

ANALIZADORES RADIOMETRER DE GASES ARTERIALES POCT



- Gases, electrolitos metabolitos y co-oximetria
- Único con mínima muestra en menor tiempo
- Automatizado, resultados estadísticos de los controles de calidad
- Resultados calidad



Para este rediseño se propone un cambio en la concepción del continuum asistencial, basados en las concepciones manejadas en el ámbito de la acción humanitaria. Tradicionalmente, este continuum se ha entendido como una concatenación de diferentes fases cronológicas, cada una de las cuales comienza al acabar la anterior, en una línea de progresión. Sin embargo, en el contexto actual, resulta más adecuado hablar de un *contiguuum* asistencial. El *contiguuum* implica que, en cada momento, es necesario combinar diferentes formas de asistencia que pueden superponerse en el tiempo, en función de las necesidades de cada paciente. Esto permite una atención más personalizada y flexible, que puede adaptarse a los cambios en la salud del paciente y a las diferentes etapas de su tratamiento y recuperación (Macrae & Harmer, 2004).

Calidad

En Colombia, a pesar de contar con 11.211 instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2023), solo 57 están acreditadas. Este panorama, tras al menos 25 años desde la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, muestra la necesidad urgente de fomentar la calidad en el sector. Es crucial que desde la política pública se promuevan normas y disposiciones que realmente impulsen la calidad en la atención médica. Esto podría incluir incentivos fiscales, tarifas diferenciales y visibilidad para las instituciones que cumplan con altos estándares. Para avanzar en este sentido, se propone desde el gremio una *Política Nacional de Fomento de la Calidad* que priorice la calidad en todos los aspectos de los servicios de salud. Esta política debe establecer un lenguaje común (como ejemplo, los grupos relacionados de diagnóstico -GRD-) en el sector y enfocarse en intervenciones al mercado que establezcan estrategias en materia de fidelidad, tarifas y tiempos.

En el ámbito de la formación y educación, los hospitales deben servir como referentes de calidad. Asimismo, es esencial expandir el proceso de acreditación mediante asistencia técnica, cofinanciación e incentivos para reacreditaciones. Iniciativas como *Hospital Seguro* y *Hos-*

pital Confiable de la ACHC deben recibir apoyo y alinearse con las políticas gubernamentales para servir como modelos que se puedan replicar en todo el sector.

En resumen, la calidad en la atención médica no puede seguir siendo relegada. Es tiempo de actuar y, para ello, el fomento desde la política pública es esencial. Este enfoque integral permitirá equilibrar la ecuación entre la agregación de valor y el reconocimiento de la calidad, beneficiando tanto a las instituciones como a los pacientes.

Entrega de valor

En el ámbito de la atención médica, la agregación de valor se está convirtiendo en un enfoque esencial que va más allá de las métricas tradicionales. No es apropiado limitar el aporte del sector a cantidades de procedimientos o intervenciones realizadas; es crucial preguntarnos qué valor estamos aportando tanto a la sociedad como a la vida de los pacientes. Los sistemas de atención médica modernos han empezado a adoptar una fórmula que relaciona la calidad del servicio con su costo, definiendo así el valor en términos más amplios.

En tiempos recientes, el concepto de valor en la atención médica ha evolucionado para abarcar aspectos intrínsecamente importantes para la calidad de vida de los pacientes. Ahora, factores como la comodidad, la tranquilidad, el afecto, la seguridad y la autonomía se consideran componentes esenciales que añaden valor al servicio médico. Además, elementos como el estado clínico alcanzado, el tiempo de recuperación, el nivel de dolor y discomfort asociado al tratamiento, las complicaciones y las readmisiones o reintervenciones, así como el estado clínico y funcional a largo plazo, son indicadores clave en esta nueva ecuación de valor (HFMA's Value Project, 2011).

Desde el sector hospitalario, estamos comprometidos con la transición hacia un enfoque de atención basada en el valor. Este cambio implica más que simplemente contar con procedimientos; se trata de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a través de una atención más eficiente y efectiva. Para lograrlo, estamos trabajando en varios frentes: la generación de una cultura centrada en el valor, el liderazgo en el proceso de cambio, la implementación de herramientas de calidad y la gestión de procesos orientados a la transformación. Además, estamos incorporando guías clínicas y otros elementos esenciales en la implementación y articulación con los procesos de atención existentes en nuestras entidades hospitalarias.

La creación de valor en el ámbito de la salud está intrínsecamente ligada a la prevención de enfermedades, la detección temprana, diagnósticos precisos, tratamientos adecuados y la implementación de tecnologías apropiadas. Estos factores conducen a menos complicaciones, una ralentización en la progresión de las enfermedades y, en última instancia, a una mejor calidad de vida para el paciente. Para alcanzar estos objetivos, es esencial una coordinación efectiva entre todos los actores involucrados, incluyendo al paciente y su familia. Además, es crucial reducir la variabilidad en la atención, lo que se traduce en resultados clínicos consistentes y optimización de los costos. Todo esto, junto con una mejora en la experiencia del paciente y la formación de equipos de alto rendimiento, garantiza una atención de calidad superior. Johnson & Johnson medtech & ACHC. (2023).

En resumen, la atención basada en el valor trasciende la mera tendencia, para convertirse en una de las contribuciones más significativas que estamos aportando a la redefinición y mejora del sistema de atención médica en gene-

Las profesiones asistenciales en el sector de la salud son fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema y para la prestación de servicios de calidad.

ral. Este enfoque representa una revolución operacional que va más allá de ofrecer servicios médicos convencionales; en contraposición, busca otorgar un mayor significado a la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Al incorporar más disciplina en nuestros procesos y alinearlos con lo que es más favorable para el bienestar del paciente, estamos creando un sistema de atención más integral y centrado en el ser humano.

Recurso humano

La pandemia por COVID-19 dio mayor visibilidad a la importancia que tiene el talento humano en salud para los Sistemas de Salud, ya que los países que cuentan con una mayor densidad de médicos y de enfermeras también obtuvieron mejores resultados afrontando la pandemia (ACHC, 2022); sin embargo, también ha dejado en claro la urgencia de implementar nuevas políticas de protección para el talento humano en el sector de la salud. Este es un desafío de gran magnitud, puesto que se ha observado un fenómeno global de renuncias masivas en el sector, conocido como *la gran renuncia*, que ha dejado a muchos sistemas de salud en estado crítico.

Las profesiones asistenciales en el sector de la salud son fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema y para la prestación de servicios de calidad. Por lo tanto, se deben desarrollar e implementar políticas que fomenten e incentiven estas carreras. Esto incluye estrategias de bienestar, la creación de una remuneración justa y competitiva, la implementación de salarios emocionales (que proporcionen un reconocimiento y satisfacción más allá de la remuneración económica), y la oferta de compensaciones alternativas que hagan del sector de la salud una opción atractiva para los profesionales.



En este contexto, las administradoras de riesgos laborales (ARL) pueden desempeñar un papel crucial. Su papel tradicionalmente se ha centrado en la prevención y gestión de los riesgos ocupacionales; sin embargo, en el escenario actual se requiere que adopten un nuevo rol de apoyo, que no solo gestione los riesgos, sino que también promueva activamente el bienestar y la satisfacción laboral.

La pandemia por COVID-19 ha puesto a prueba los sistemas de salud en el mundo, y ha dejado en claro que, si queremos que sean resistentes ante futuras crisis, debemos proteger y valorar a los profesionales de la salud, ya que ellos son el motor que impulsa estos sistemas, y su bienestar y satisfacción son fundamentales para garantizar la calidad y la eficacia de la atención médica.

Adicionalmente, en el contexto post-pandemia, la responsabilidad del sector educativo adquiere una dimensión crítica al enfrentar el desafío de formar recurso humano que responda eficazmente a las demandas y necesidades cambiantes del sector salud. La pandemia ha dejado en evidencia la importancia de contar con profesionales capacitados, resilientes y versátiles, capaces de adaptarse a escenarios imprevistos y de alta complejidad. Por ello, las instituciones educativas deben reevaluar y adaptar sus currículos, metodologías y enfoques pedagógicos para garantizar una formación integral, que no solo dote a los futuros profesionales de habilidades técnicas, sino también de competencias emocionales. Es imperativo que la educación se alinee con las realidades y lecciones aprendidas durante la crisis sanitaria, preparando a las nuevas generaciones para enfrentar y superar futuros retos en el ámbito de la salud.

Redes integradas de servicios de salud

La crisis ha subrayado la importancia crítica de las redes colaborativas en el sector de la salud, demostrando que la colaboración efectiva entre entidades públicas y privadas puede mejorar significativamente la gestión y la respuesta sanitaria. Durante este periodo, vimos cómo distintos actores del sistema de salud han formado equipos unificados y eficientes, permitiendo una coordina-

ción ágil, el intercambio de recursos y la toma de decisiones efectiva.

Un logro notable de esta colaboración en red ha sido la capacidad de realizar transferencias de pacientes entre diferentes instituciones y regiones, especialmente cuando ciertos centros de salud estaban saturados. Además, la implementación de equipos itinerantes de salud extendió la atención médica a comunidades que de otra manera tendrían acceso limitado, demostrando cómo las redes pueden mejorar la equidad en el acceso a la atención médica.

Sin embargo, enfrentamos el desafío de la “Babel sanitaria”, donde cada entidad tiene su propia tradición oral sobre eficiencia y eficacia. Desde el sector hospitalario, proponemos avanzar hacia un “esperanto de la salud”, un lenguaje común que permita una planificación más efectiva y comparaciones basadas en datos concretos. Este enfoque se centraría en -GRD-, no como una modalidad de contratación, sino como una estrategia para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema.

En lugar de centrarnos en decretos y resoluciones legales cuando hablamos de redes, la idea es comprender nuestro papel dentro de un ecosistema más amplio y contribuir de manera significativa a ello. Esto podría manifestarse en la formación de consorcios funcionales, redes o nodos que fomenten la cooperación horizontal en el territorio, siempre con el bienestar de la población en mente. Esta cooperación no debería ser solo una obligación normativa, sino una responsabilidad moral y ética para evitar redundancias, buscar sostenibilidad y, por supuesto, mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

En resumen, la cooperación horizontal es esencial y pasa por la voluntad colectiva y la inteligencia colaborativa, más allá de cualquier

norma o reglamento. Es hora de que todo el sector se una en un esfuerzo conjunto para redefinir y mejorar la atención médica, pensando siempre en la población. No es solo un asunto legal es una obligación funcional, que aporta en materia de coordinación entre los agentes.

Soberanía sanitaria

La ACHC hace una propuesta de crear una *reserva estratégica nacional* que desarrolle la soberanía sanitaria como manera innovadora y necesaria para fortalecer la capacidad de respuesta a crisis sanitarias, a la vez que potencie la autonomía y el fomento industrial del país¹⁴.

Esta propuesta busca que la industria local se convierta en coproductora de la salud, es decir, que participe activamente en la creación y mantenimiento de un sistema de salud resiliente y autónomo, capaz de responder eficazmente a las necesidades de la población. De este modo, se pone en marcha un círculo virtuoso en el que la salud y la economía se refuerzan mutuamente, y ambos sectores se benefician.

Para hacer realidad esta visión, es esencial ofrecer incentivos a los mercados locales para la producción de bienes y servicios sanitarios. Esto puede incluir variedad de medidas, como la concesión de créditos a tasas preferenciales para empresas que se dediquen a la producción de equipamiento médico, medicamentos y otros insumos esenciales para la salud. Además, es necesario fomentar la reconversión industrial para asegurar el aprovisionamiento de insumos necesarios en el sector sanitario. Esto implica promover la adaptabilidad de las empresas locales para que puedan cambiar su línea de producción en función de las nuevas demandas del sistema.

La implementación de conceptos como *'Just in Time'*¹⁵ y *'Just in Case'*¹⁶ se vuelve crucial en

este contexto. Un sistema de salud eficaz debe ser capaz de proporcionar atención *'Just in Time'* (exactamente cuándo se necesita), pero también debe estar preparado para situaciones *'Just in Case'* (en caso de emergencias o crisis sanitarias inesperadas). El establecimiento de una reserva estratégica nacional permite justamente cumplir con estos dos criterios.

¹⁴En consonancia con lo definido en el actual Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Art.161) acerca de: "incrementar la capacidad de fabricación, semielaboración, venta importación de medicamentos, vacunas, dispositivos y otras tecnologías en salud en condiciones de calidad, seguridad, eficacia, acceso a medicamentos y competitividad".

¹⁵Ohno, T. (1988). Metodología aplicada a la organización de la producción cuyo objetivo es el de contar únicamente con la cantidad necesaria de producto, en el momento y lugar justo, eliminar cualquier desperdicio o elemento que no aporte valor.

¹⁶Ohno, T. (1988). Estrategia de gestión de stock cuya principal característica es que las empresas disponen de inventario suficiente para cubrir toda clase de eventualidades. Funciona en contraposición directa al método just-in-time (JIT), con el que se fabrica y almacena según lleguen los pedidos



www.xomaonline.com

Buscas ERP
para el
sector
salud?

Llama ya:
Daniel Hernández Báez
(+57) 314 410 4360

Powered by


ORACLE | Partner
ORACLE | Build Partner
Expertise in
Powered by Oracle Cloud


La solución en salud que vive... y deja vivir.



3.2. Red de orientación

Sostenibilidad del sistema

La sostenibilidad del sistema de salud es un tema que debe ocupar un lugar prioritario en la agenda gubernamental.

Uno de los principales obstáculos en el debate sobre la sostenibilidad es la falta de consenso sobre cómo financiar el sistema de salud de manera efectiva. A diferencia del sector educativo, donde hay un acuerdo generalizado sobre la necesidad de aumentar el presupuesto, el sector de la salud enfrenta dificultades para establecer un *pacto de sostenibilidad*. Según referencias como la OCDE y el estudio ICRS de la ACHC mencionado en la sección anterior, los países con los mejores sistemas de salud invierten alrededor del 9,3 % a 10 % de su PIB en salud. En este contexto, es crucial que haya un diálogo nacional para acordar que el sistema de salud necesita un aumento de entre 1,2 y 2,5 puntos adicionales del PIB y una adecuada distribución de los recursos para garantizar su sostenibilidad a largo plazo (Tabla 4).

Tabla 4. Gasto en el sector salud como porcentaje del PIB, comparación OCDE y estudio de rasgos distintivos de sistemas de salud

Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Fuente OCDE	
	Año 2022	Valor estimado en billones de pesos colombianos a PIB corriente de 2022
Promedio países OCDE	9,3%	\$16,8
Colombia	8,1%	
GAP Colombia vs promedio OCDE	1,2%	

Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Fuente ICRS	
	Año 2019	Valor estimado en billones de pesos colombianos a PIB corriente de 2019
Promedio países mejor DECIL	10,2%	\$26,5
Colombia	7,7%	
GAP Colombia vs promedio países mejor DECIL	2,5%	

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2023.

Nota: El PIB estimado por el DANE para Colombia en el año 2022 es de \$ 1.463 billones de pesos a precios corrientes y el del 2019 de \$ 1.061 billones.

Mecanismos transitorios de saneamiento de deudas

A pesar de que el actual Gobierno heredó el Acuerdo de Punto Final, es evidente que se necesita una versión actualizada de este pacto para abordar los desafíos actuales y futuros del sector.

Adicionalmente, para optimizar recursos y mejorar la eficiencia del sistema, se proponen dos mecanismos: la universalización del giro directo en ambos regímenes como mecanismo para la movilización de recursos y la automatización de los procesos. Asimismo, se recomienda emular las exitosas gestiones de compras de cartera y obtención de créditos llevadas a cabo con Findeter para proporcionar recursos frescos a los proveedores de servicios de salud en condiciones ventajosas, con el fin de fortalecer el flujo de recursos en el sector.

Es imperativo redirigir el foco de las discusiones en el ámbito de la salud, desplazando la atención de la constante deliberación sobre la cartera hospitalaria hacia diálogos más constructivos que se centren en la seguridad, calidad, gestión eficiente e innovación en la atención médica. En este sentido, es crucial reconocer y abordar la dualidad del sistema sanitario en el contexto post-pandémico, el cual se enfrenta al reto de manejar tanto las consecuencias directas de la COVID-19 como las patologías no relacionadas con el virus, que han sido marginadas o desplazadas debido a las medidas de aislamiento y, en general, a la contingencia sanitaria global.

Por último, se subraya la imperiosa necesidad de expandir nuestra comprensión de la *sostenibilidad* en el sector salud, adoptando una visión que trascienda los meros aspectos financieros y abarque también elementos como el conocimiento, la tecnología, la atención de calidad, una infraestructura adecuada, la disponibilidad

de personal humano calificado y la oferta de servicios. La amalgama de todos estos componentes constituye la ecuación que determinará la sostenibilidad de los servicios de salud en el futuro. En este panorama, se destaca la urgencia de implementar modelos de pago por desempeño y establecer tarifarios ajustados a la realidad del sector, sin olvidar la imperante necesidad de intensificar las estrategias de prevención, las cuales no solo son fundamentales desde el punto de vista de la salud pública, sino que también representan una inversión estratégica para mitigar futuras cargas económicas y operativas en los sistemas de salud.

Reforma

La reforma en el sistema de salud no puede ni debe reducirse a un simple cambio en la legislación o a una serie de artículos en un proyecto de ley. Es fundamental entender que una reforma verdadera implica una transformación más profunda, que va más allá de los aspectos puramente legales o reglamentarios.

La reforma es una re-forma, es decir una *nueva forma* en todos los sentidos: una nueva forma de mirar los desafíos y oportunidades del sistema de salud; una nueva forma de conversar y colaborar entre los diferentes actores involucrados; una nueva forma de entender las necesidades y expectativas de la población; y una nueva forma de planificar y ejecutar estrategias. Si en el proceso se requiere una actualización normativa, bienvenida sea, pero eso no debe ser el foco principal.

Es crucial cambiar la actitud hacia la reforma. No debe verse como la “batalla final”, sino como un estado natural en la evolución de cualquier sistema de salud. Los sistemas de salud se crean, se expanden, alcanzan su máxima potencia, entran en crisis y, finalmente, necesitan ser reformados para comenzar un nuevo

ciclo. La reforma es, por lo tanto, parte de un proceso continuo que abarca desde la discusión sobre los principios fundamentales hasta la identificación de nuevas fuentes de financiamiento, la asignación eficiente de esos recursos, la actualización de la infraestructura y la formación del talento humano, entre otros aspectos.

La ACHC (2021) ha propuesto un método para hacer la reforma, denominado *Ruta lógica hacia una salud progresiva*, que invita en primer lugar a partir de una *doble aceptación* (un diagnóstico que parte de mirar tanto los avances como las dificultades en el actual sistema), para luego hacer una formulación inteligente, definir las fronteras de los fundamentales del sistema, promover transformación de los roles y generar cambios en la relación de poder.

- **La formulación inteligente.** Se basa en la premisa de que un nuevo sistema se debe construir sobre lo construido; los aspectos que funcionan bien hay que fomentarlos y las cosas que no marchan bien o que definitivamente no han funcionado en el sistema hay que solventarlos.
- **Definición de fronteras.** Se pueden tomar diferentes binomios que existen en un sistema de salud; por ejemplo, lo incluido y lo excluido en un plan de beneficios; si el sistema se va a financiar con impuestos generales o con impuestos a la nómina; si habrá una mezcla o se van a incluir nuevas fuentes de financiación; entre lo preventivo y lo asistencial, lo general y lo especializado, y lo nacional y lo territorial, entre otros.
- **Cambio de los roles.** Entendiendo que si todos los agentes del sistema de salud continúan haciendo lo mismo no se van a conseguir mejores resultados, es necesario que se den cambios en el rol de cada uno.
 - La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es una entidad que ha sido conceptualizada desde hace al menos una década por la ACHC. Podríamos considerarnos en gran medida como los «ideadores», ya que la idea original del fondo único, la caja única o el banco de la salud,

El Hospital 360 2.0 busca la excelencia y calidad en la atención, enfocándose en eficiencia, efectividad y sostenibilidad, con el objetivo de mejorar el sistema de salud a largo plazo.

se mencionó por primera vez el documento, elaborado por la ACHC, intitulado *Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano* en 2010. Esta entidad que progresivamente ha mejorado su capacidad de gestión, consideramos debe ser repotenciada. ADRES 2.0, como un acumulador de recursos, riesgos y urna maestra de la información.

La ADRES tiene múltiples funciones esenciales, incluyendo la preservación de los recursos que sustentan al sistema de salud, la movilización directa de pagos a los proveedores de servicios, la verificación aleatoria de las auditorías de las administradoras reguladas, y la producción de informes sobre la situación del gasto y la suficiencia de recursos. La eficacia de la ADRES es fundamental para disminuir los costos de transacción, eliminar los costos de intermediación y acelerar el movimiento de los recursos. Además, su correcto funcionamiento es vital para combatir las tentaciones de corrupción de cualquier sistema.

- Las EPS por su parte deben evolucionar hacia un administrador regulado o un articulador, sin que maneje la masa monetaria del sistema de salud; las IPS deben evolucionar hacia un trabajo de agregación de valor y trabajo en red; las entidades territoriales tienen que fortalecer su gestión en la atención primaria y autoridad sanitaria; y la Superintendencia Nacional de Salud tiene que ser la cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control.

¹⁷ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. Revista Hospitalaria, Edición 099.

– Las IPS, deberán dar Impulso al Hospital 360 2.0, una propuesta ideada por la ACHC en 2015¹⁷. Este modelo insta a las instituciones hospitalarias a centrarse en la experiencia del paciente y en ofrecer valor, alineando sus metas internas con las del sistema de salud en general. Se enfatiza la importancia de la tecnología para sincronizar y coordinar procesos, y se promueve la colaboración y la interdependencia entre prestadores de servicios. La visión es que la red de prestadores se integre desde la atención domiciliaria, hospitalaria, hasta la rehabilitación y tratamiento de diversas patologías. La clave está en adaptarse a nuevas tendencias y alinear objetivos con los pacientes. El Hospital 360 2.0 busca la excelencia y calidad en la atención, enfocándose en eficiencia, efectividad y sostenibilidad, con el objetivo de mejorar el sistema de salud a largo plazo.

- En general se deben hacer cambios en las relaciones de poder de los agentes del sistema. Cada uno de los agentes del sistema debe tener las funciones claras; no puede haber zonas grises ni que se traslapen las competencias.

Adicionalmente, dicha ruta debe complementarse con adopción de tecnología que resuelva las labores administrativas desgastantes, permitiendo que cada agente se concentre en su misión institucional. La inteligencia artificial, *big data*, el *blockchain* y los sistemas de información ampliamente conocidos constituyen el tejido conectivo del cambio que deben tener los procesos administrativos de las entidades prestadoras.

Asimismo, se debe promover la transparencia y la trazabilidad de los recursos; que el sistema realmente tenga pesos y contrapesos; que

haya independencia en la toma de decisiones, y que se consigan mejores resultados sanitarios. Al respecto, la integración vertical en salud no ha demostrado que sea el remedio para conseguir todas esas cosas, por lo que la propuesta no contempla que siga existiendo integración vertical¹⁸.

Finalmente, respecto de la gobernanza del sistema, si bien el estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022*, realizado por la ACHC, mostró que mejores puntajes obtenidos por los países se relacionan de manera positiva con algunas categorías dentro de las variables *organización, modelo y estructura* del sistema de salud, tales como *Estado Guardián y Modelo Bismarck*, se considera que no es posible concluir categóricamente que existe una combinación ideal en torno a los tipos de modelos y organización de los sistemas de salud, ya que todas tienen tanto virtudes como dificultades y su funcionamiento también puede estar ligado a la capacidad institucional que tiene cada país.

Lo anterior se puede observar en que, por ejemplo, el indicador efectividad del Gobierno también se correlacionó de forma positiva con el ICRS 2022, por lo que, para lograr el objetivo de que haya una mejora en el sistema de salud en su conjunto, es de suma importancia trabajar en mejorar la capacidad institucional del país, de forma tal que el Estado brinde las garantías para que se puedan atender las necesidades básicas de las personas que se encuentran en las zonas con mayor dificultad de acceso o con un mayor rezago social y económico. Adicionalmente, el Estado también debe trabajar en la mejora de sus procesos institucionales, de modo tal que se den de manera más transparente o abierta y con reglas de juego claras, para que se reduzcan los espacios en los que se puede generar corrupción.

3.3. Red alerta

Fomento de servicios de salud vulnerables

En el contexto de la sostenibilidad del sistema de salud, es imperativo abordar la importancia de servicios altamente vulnerables que atiendan a poblaciones especialmente sensibles y vulnerables. Servicios, como el de pediatría, ginecoobstetricia y, cada vez más el de salud mental, no solo son esenciales para el bienestar de la sociedad, sino que constituyen una protección constitucional.

Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), se plantea que la discusión sobre estos servicios no debería centrarse únicamente en rentabilidad, sino más bien en su sostenibilidad a largo plazo. La sostenibilidad es un concepto multifactorial que va más allá del financiamiento y abarca aspectos como el conocimiento, la tecnología, la atención de calidad, la infraestructura adecuada y el recurso humano calificado.

Para fomentar la sostenibilidad de estos servicios críticos, se proponen varias estrategias:

- **Tarifas diferenciales.** Establecer tarifas especiales que reflejen los costos y desafíos específicos asociados con la prestación de estos servicios.
- **Subsidio a la oferta.** Implementar subsidios que incentiven la oferta de estos servicios, garantizando su disponibilidad, incluso en circunstancias económicas desafiantes.
- **Pago por disponibilidad.** Hay que asegurar que los servicios estén disponibles cuando se necesiten, mediante incentivos económicos.
- **Bonos para formación de personal.** Fomentar la formación de profesionales especializados en estas áreas mediante bonos que cofinanciarán esta inversión en talento humano y otros incentivos.

¹⁸ Para ampliación de esta propuesta y consultar la bibliografía asociada, remítase al documento técnico "Ruta lógica hacia una salud progresiva" (ACHC, 2022).

Es imperativo que se realice un diálogo amplio y profundo con el Gobierno y otros actores relevantes para subrayar la necesidad de impulsar estos servicios. Las dinámicas del mercado, por sí solas, a menudo son insuficientes para asegurar la sostenibilidad de servicios tan cruciales. Por lo tanto, es vital que el Gobierno entienda que no estamos hablando simplemente de servicios, sino de infraestructuras sociales y de salud que requieren una existencia continua y una disponibilidad oportuna.

Este diálogo debe enfocarse en el hecho de que estos servicios atienden a poblaciones altamente sensibles y vulnerables, como niños, mujeres embarazadas y personas con problemas de salud mental. La falta de acceso a estos servicios no solo pone en riesgo la salud de estos grupos, sino que también tiene repercusiones a largo plazo para la sociedad en general. En resumen, la sostenibilidad de estos servicios vulnerables es esencial para el bienestar de la sociedad y requiere un enfoque integral que incluya financiamiento, recursos humanos, infraestructura y calidad de atención.

Revolución en la atención primaria de salud y nuevos recursos

Otro de los puntos clave que se encontró en el estudio de *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022*, fue la relevancia que tuvo la capacidad de respuesta para la atención de la pandemia. Lo anterior se vio reflejado en la inversión de recursos en programas de salud pública y atención primaria, especialmente en los temas de vacunación y el acceso a agua potable y saneamiento, ya que esto permitió contener la propagación del virus, así como responder oportunamente a los aislamientos y tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados, el seguimiento y gestión de la atención de estos.

En este sentido, una revolución en esta dimensión se fundamenta en aumentar la capacidad resolutoria de la baja complejidad. El Plan Decenal de Salud Pública tiene importantes planteamientos, pero se necesita mayor definición en materia de competencias y responsabilidad

de los distintos agentes del sistema y el propósito que se debe lograr, así como la definición de fuentes de financiación adicionales que permitan ampliar el alcance de la salud pública en los planes y programas de la política pública en salud del país. Entre estos recursos es importante señalar que los provenientes de la reforma tributaria serán una oportunidad para garantizar recursos frescos para la salud pública.

Ante las problemáticas de salud mental agudizada por la pandemia, se debería buscar nuevos recursos. Hay que recordar en la reforma tributaria quedó la destinación específica de medio punto del IVA social al sistema de salud. ¿Por qué no requerir una ampliación del porcentaje y un uso extendido en los usos de este recurso?

Adicionalmente, se considera positivo que la reforma tributaria (Ley 2277 de 2022), aprobada por el Congreso de la República en diciembre del año pasado, incluyera el llamado *impuesto saludable*, que grava progresivamente las bebidas azucaradas (gaseosas, jugos de caja y otros) y la denominada “comida chatarra” (alimentos ultraprocesados con alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas), en beneficio de la salud de los colombianos al promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades evitables; al respecto, más que ser tarifa, debería ser una prima o una indemnización.

Todas estas medidas se proponen con el objetivo de financiar una revolución en la Atención Primaria en Salud y reforzar el Plan Ampliado de Inmunización (PAI). Este último sufrió impactos negativos en su desarrollo debido a la pandemia, lo que hace necesaria la implementación de acciones para llevarlos a coberturas superiores.

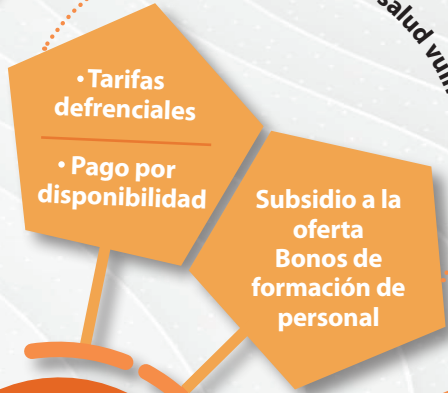
CAMPO DE ATENCIÓN

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

ORIENTACIÓN



Fomento de servicios de salud vulnerables



ALERTA



REVOLUCIÓN SALUD PÚBLICA Y APS



REFORMA "SALUD PROGRESIVA"

- Formulación inteligente
- Definición de fronteras
- Cambio de roles:
 - Administración regulada
 - Caja o fondo único de la Salud
 - Revolución de la Atención Primaria en Salud - APS -
 - Hospital 360
- Cambios de relación de poder

EJECUTIVO



IV. Epílogo

Al concluir esta reflexión, nos encontramos en un punto crucial de introspección y análisis. La teoría microeconómica nos ha enseñado sobre el óptimo de Pareto, también conocido como eficiencia de Pareto, es un concepto en economía y teoría de juegos que se refiere a una situación en la que no es posible mejorar el bienestar de un individuo sin empeorar el bienestar de otro individuo. Es decir, se ha alcanzado un punto en el que cualquier cambio que beneficie a uno perjudicará a otro. El concepto lleva el nombre del economista italiano Vilfredo Pareto (1896). Se utiliza en el contexto de la asignación de recursos para indicar que esos recursos se han distribuido de la manera más eficiente posible.

Sin embargo, al intentar aplicar este concepto en sectores tan vitales como la salud y los servicios sociales, nos enfrentamos a desafíos inherentes. La equidad, la justicia y las desigualdades son realidades palpables que no pueden ser ignoradas.

Corrientes económicas han señalado las limitaciones de este óptimo en contextos reales. Y es que, en nuestra búsqueda de eficiencia, hemos caído en el racionamiento equivocado, creyendo erróneamente que, al limitar y restringir, alcanzaríamos un mejor nivel de salud para todos. El resultado ha sido un panorama desolador, un siniestro masivo que hoy nos golpea y nos llama a la reflexión.

Como alternativa, se propone la adopción del concepto de "óptimo". Este ideal, respaldado por una actitud racional, una adecuada expansión presupuestaria y una agilidad incrementada en la prestación de servicios marca un cambio trascendental en nuestra aproximación al sistema de salud. Nos orienta hacia la consecución de un "óptimo de salud", aspirando a un equilibrio justo y equitativo que priorice tanto la atención médica de calidad como el bienestar integral de la sociedad.

El llamado es claro: debemos cambiar nuestra actitud. No se trata de ofrecer más de lo necesario ni menos de lo indispensable. Es hora de abrir puertas, de agilizar procesos,

de autorizar y actuar con prontitud. Si basamos este cambio en una planificación adecuada y en inversiones bien pensadas, como las que se presentaron al inicio, el futuro puede ser prometedor.

Es esencial que, desde la prestación de servicios de salud, desde la política pública, adoptemos enfoques transformadores. Debemos reevaluar y renovar los pilares de nuestro sistema de salud.

V. Referencias bibliográficas

- Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. (2020). Resolución 2572 del 4 de mayo del 2020: Por la cual se autoriza la operación de compra de cartera con cargo a los recursos de la Unidad de Recursos Administrados –URA de la ADRES en el marco de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19. Obtenido de: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/05/Resoluci%C3%B3n-2572-Compra-de-Cartera-04052020_compressed.pdf
- Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. (2023). Lupa al Giro. Régimen Subsidiado y Contributivo. Obtenido de: <https://www.adres.gov.co/lupa-al-giro>
- Aguilar, J. (2021). Fatiga por compasión en personal sanitario. *Gaceta médica*, Ene 26, 2021. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/01/26/fatiga-por-compasion-en-personal-sanitario/>
- Alfasi, N. & Portugali J. (2004). Planning Just-in-Time versus planning Just-in-Case. *Cities*. Volume 21, Issue 1. Pp: 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2003.10.007>.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2023). 49° Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria con Corte a diciembre 31 de 2022.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2021). Complicaciones y represa de otras atenciones de salud: el daño colateral de la pandemia. *Revista Hospitalaria*, 135, 4-31. <https://hospitalaria.achc.org.co/edicion/edicion-135-complicaciones-y-represa-de-otras-atenciones-de-salud-el-dano-colateral-de-la-pandemia.html>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020). *Primera y Segunda encuesta COVID-19*. ACHC.
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliarias. (2022). *Estado actual de la atención domiciliaria en*

Colombia 2022 [Reporte técnico]. Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.

Echeverri, A. & Steevens, M. (2021). Factores de Riesgo para Burnout en profesionales de la salud que trabajen en cuidados paliativos, Colombia, 2019. Universidad del Rosario. https://doi.org/10.48713/10336_33565

GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1250-1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)

Giraldo, J. Delgado, L. Zea, A. (2022). Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022 Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS, Bogotá D.C.

Giraldo, J & Delgado, L. (2021). Documento Técnico: Una ruta lógica hacia una salud progresiva. (Documento técnico inédito). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Giraldo, J & Delgado, L. (2015). Hospital 360°. Revista Hospitalaria N° 99. PP: 4-23.

Giraldo, J; Delgado, L; Coronado, G; Cuadros, J; Bohórquez, F; Alba, F (2021). Seguimiento a las instrucciones impartidas en la circular externa nro. 010004 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas & Ecoanalítica S.A.S. *Revista Hospitalaria*. 133. Pp:34-49.

Giraldo, J. (14 de julio de 2022). *Espacio en blanco* [Ponencia]. XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, Bogotá D.C., Colombia.

Giraldo, J; Delgado, L; Bohórquez, F; Barón, G. (2010). Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano. *Revista Hospitalaria* N° 72. PP: 4-33.

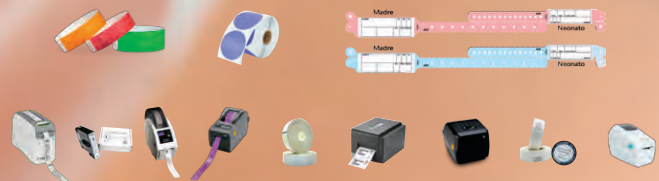
HFMA's Value Project. (2011). *Value in Health Care: Current State and Future Directions*. <https://www.hfma.org/wp-content/uploads/2022/10/Value-in-Health-Care-Current-State-and-Future-Directions.pdf>



Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2022). *COVID-19 en Colombia. Casos confirmados, Recuperados, Activos y Fallecidos por COVID-19*. Instituto Nacional de Salud de Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

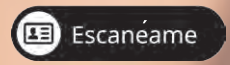
Jackson, M. (2010). *A Nation Distracted*. From the book *Distracted* by Maggie Jackson. UTNE Reader. <https://www.utne.com/mind-and-body/a-nation-distracted-maggie-jackson/>

MANILLAS PARA EVENTOS [®]
Identificación segura y eficiente de pacientes.

Somos su mejor opción para la identificación de pacientes.



 313 610 72 02
 300 611 63 12
 604 448 82 92
ventas@manillasparaeventos.com
www.manillasparaeventos.com
 @manillasparaeventoscol





- Jackson, M. (2018). *Distracted: Reclaiming Our Focus in a World of Lost Attention*. Prometheus; Reprint edition.
- James, W. (1890). La conciencia del yo. Principios de psicología. PP: 312-431. Madrid: Daniel Jorro.
- Johnson & Johnson; ACHC. (30 de agosto de 2023). *Curso Taller Agregando valor a la atención del paciente: herramientas para la implementación*. [Presentación].
- Juárez-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 53(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus, and Giroux.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Res*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Loayssa, J., & Tandeter, H. (2001). Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*, 28(8), 484-490. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70448-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70448-9)
- Macrae, J., & Harmer, A. (Eds.). (2004). *Beyond the continuum An overview of the changing role of aid policy in protracted crises*. HPG Report, 16. <https://cdn.odi.org/media/documents/341.pdf>
- Madero Zambrano, K., Ayala Jiménez, D., Alvis Estrada, L., Bohórquez Moreno, C., Sanabria Artunduaga, M., & Salas Taborda, H. (2022). Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19. *Ustasalud*, 21(2), 81-88. <https://doi.org/10.15332/us.v21i2.2675>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS-. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Informe de rendición de cuentas. Logros del sector Salud 2021-2022*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/rendicion-de-cuentas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Gobierno Nacional destinó \$500 mil millones para atención de población migrante [Boletín de Prensa]*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-destino-500-mil-millones-para-atencion-de-poblacion-migrante.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 1585 del 3 de octubre del 2021: *Por la cual se determina el valor a reconocer por parte de la ADRES a las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar por concepto de las canastas de servicios y tecnologías para la atención del Coronavirus COVID-19*. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201585%20de%202021.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Minsalud estableció canastas COVID y pago por disponibilidad [Boletín de Prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-establecio-canastas-covid-y-pago-por-disponibilidad.aspx>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2023). *Health expenditure and financing* [Conjunto de datos]. OECD.Stat. 12 de agosto del 2023. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Ohno, T. (1988). El sistema de producción Toyota: Más allá de la producción a gran escala. Productivity Press
- Pareto, V. (1896). *Manual de Economía Política*. ARANZADI.
- Petersen, S. & Posner, M. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual review of neuroscience*, 35, 73–89. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>
- Plambeck, N., & Weber, K. (2010). When the glass is half full and half empty: CEOs' ambivalent interpretations of strategic issues. *Strategic Management Journal*, 31(7), 689-710. <https://doi.org/10.1002/smj.835>
- Posner, M. I. (1980). Orienting of Attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3-25. <https://doi.org/10.1080/00335558008248231>
- Rodríguez, C. (2021). Vencer los estigmas para mantener la salud mental en tiempos de incertidumbre. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30(1), 1-3. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1161>
- Rojas-Botero, M. L., Fernández-Niño, J. A., Arregocés-Castillo, L. & Ruiz-Gómez, F. (2022). Número estimado de muertes directamente evitadas por la vacunación contra el COVID-19 en adultos mayores en Colombia en 2021: un estudio observacional longitudinal ecológico [versión 1; revisión por pares: 1 aprobado con reservas]. *F1000Research*, 11: 198. <https://doi.org/10.12688/f1000research.109331.1>
- Salgado Cabezas, E. E., Toala Núñez, J. E., & Osorio Caiza, H. F. (2022). Estrés tecnológico, el efecto secundario de la ansiedad profesional en el campo administrativo y como afecta a la cultura corporativa. *Código Científico Revista de Investigación*, 3(3), 251-262. <http://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/51>
- Scoones, I. (2019). *What is Uncertainty and Why Does it Matter?* STEPS Working Paper 105, Brighton: STEPS Centre.
- Superintendencia de Salud. (2022). *Circular única de la SuperSalud. A partir del reporte AT FT011 generado por las Entidades Promotoras de Salud*. Superintendencia de Salud.
- Uriarte, J. (2005). Resilience. A new perspective into developmental psychopathology. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-80.