



PROESA

CENTRO DE ESTUDIOS EN PROTECCIÓN
SOCIAL Y ECONOMÍA DE LA SALUD

CUESTIÓN SALUD | 32

Publicación trimestral | Cali, Junio de 2023 | PROESA - Año 10

ISSN: 2256-5787 (En línea)



CENTRO DE ESTUDIOS EN PROTECCIÓN
SOCIAL Y ECONOMÍA DE LA SALUD

CUESTIÓN SALUD | 32

Publicación trimestral | Cali, Junio de 2023 | PROESA - Año 10

ISSN: 2256-5787 (En línea)



Cuestión Salud - PROESA

El acceso a los servicios frente a la reforma de la salud

© Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA.

Cali / Universidad Icesi, 2023

ISSN: 2256-5787 (En línea)

Palabras claves:

Salud / Economía / Investigación / Cali (Colombia)

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Facultad de Ciencias de la Salud

Primera edición / Julio de 2012

Rector: Esteban Piedrahita Uribe.

Secretaria General: María Del Pilar Arbelaez Aguirre .

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud:

Luis Alberto Escobar Flórez

Comité Editorial: Norman Maldonado, Victoria E. Soto.

Redacción: PROESA - Cristian Alberto Corrales, Juan Camilo Herrera, Irieleth Gallo, Daniel Salomon Morales y Laura Romero.

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía.

Diseño y Diagramación: Raquel Muñoz Naranjo,
Oficina de Desarrollo Institucional y Comunicaciones
Cali - Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.

Teléfono: +60 (2) 555 2334

E-mail: editorial@icesi.edu.co



PROESA es el centro de investigación en economía de salud de la Universidad ICESI y la Fundación Valle del Lili (FVL).

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Misión

La misión es realizar investigación de alta calidad, diseminar el conocimiento y proveer orientación imparcial y objetiva para las políticas en protección social y economía de la salud.

Visión

La visión es ser reconocidos a nivel nacional como el centro de pensamiento líder en su campo, e internacionalmente como generador y transmisor de conocimiento en protección social y economía de la salud.

Principios

Pertinencia | Independencia | Transparencia | Excelencia

Contenido

Este contenido es interactivo, si quieres ir a una sección específica, haz clic en el título o en el icono ✨ Pág

Artículo principal ✨ 6 - 10 ✨

El acceso a los servicios frente a la reforma de la salud 6

Indicadores sectoriales ✨ 11 - 12 ✨

Valor agregado 11
Inflación 12
Empleo 13
Construcción 14

Actualidad normativa ✨ 15 ✨

Novedades PROESA ✨ 17 ✨



EL ACCESO A LOS SERVICIOS FRENTE A LA REFORMA DE LA SALUD

Dr. Luis Alberto Tafur Calderón*

* Médico, Especialista en Salud Pública. Experto en el sistema de salud colombiano.

En el Congreso de la República cursa el Proyecto de Ley (PL) 339 de 2023 "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" . Uno de los principales argumentos presentados por el gobierno nacional se relaciona con la falta de acceso a la atención de salud especialmente en los territorios apartados, adjudicando esta situación a decisiones de las EPS, lo cual justifica la reforma por las consecuencias observadas debidas a falta de atención de las poblaciones residentes en áreas apartadas. En este artículo, se hace un análisis del acceso de la población a la atención individual frente a la propuesta contemplada en el PL.

En la literatura relacionada con servicios de salud, el concepto de acceso tiene varias interpretaciones y enfoques de estudio. En general, el concepto se refiere al proceso de búsqueda y logro de la atención. En el modelo comportamental, son dos los temas relacionados con el acceso que aparecen en la literatura. Para algunos investigadores el acceso puede aproximarse por las características de la población (ingreso familiar, cobertura del seguro, actitud hacia la atención médica) o el desempeño del sistema (la distribución y organización de mano de obra e infraestructura, por ejemplo). Para otros, el acceso puede ser mejor evaluado a través de indicadores de resultado del paso de los individuos a través del sistema, tales como tasa de utilización o score de satisfacción².

¹ Congreso de la República. Proyecto de Ley 339 de 2023. "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

² Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia Universidad Autónoma de Barcelona- Departamento de Economía Aplicada. Barcelona, 2010

En el SGSSS de Colombia existen condiciones que determinan el acceso a los servicios y estas son: la afiliación, el régimen y el aseguramiento.

FACTORES QUE PREDISPONEN

Características de la población. Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios³. La mayoría de los estudios sobre acceso muestran que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad –niños y adultos, el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales. Tienen relación la afiliación al sistema de salud y los ingresos de la persona.

En el SGSSS de Colombia existen condiciones que determinan el acceso a los servicios y estas son:

Afiliación. Se requiere estar afiliado a una EPS, del Régimen Contributivo o del Subsidiado, o a un régimen especial de salud. Los no afiliados son atendidos por las entidades públicas financiadas con subsidio a la oferta. Se estimaban en 484.183 personas en marzo de 2023⁴. Las publicaciones sobre acceso a los servicios de salud muestran diferencias entre afiliados y no afiliados.

Régimen. Si bien el plan de beneficios es igual para ambos regímenes generales, la red de prestadores es diferente, lo cual establece barreras de oportunidad según la IPS o ESE contratada por la EPS. Hay en ambos regímenes entidades aseguradoras con accesibilidad fácil para sus afiliados y un grupo que se encuentra bajo vigilancia especial de la Superintendencia Nacional de Salud por tener barreras para la asignación de citas y acceso a especialistas y tratamientos. Sin embargo, diversos estudios no han encontrado diferencias en oportunidad de atención entre los regímenes.

Aseguramiento. Los afiliados al Sistema tienen protección contra el riesgo financiero de enfermar, esto es, las aseguradoras deben cubrir los gastos de atención de la enfermedad de sus afiliados. Por consiguiente, el aseguramiento disminuye la barrera financiera para el acceso a los servicios, al tener que responder por los gastos originados en la atención de las enfermedades. Según el modelo de atención y la

³ Vargas I, Vásquez L, Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia Rev. salud pública. 12 (5): 701-712. 2010

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud.gov.co/aseguramiento/cifras del sector. Consultado 9/05/2023

La baja oferta institucional pública en las zonas apartadas, unida a la insuficiente oferta de profesionales especializados, determina que el lograr citas con oportunidad y calidad sea una situación ajena a la voluntad de las aseguradoras de salud.

situación financiera de las aseguradoras, se observan barreras para el acceso a los servicios de diagnóstico, procedimientos y especializados en algunas de ellas las cuales no entregan oportunamente las autorizaciones para que el paciente acceda a esos servicios o cuando restringe la disponibilidad de agendas o impone tiempos de espera no explicados claramente. Esta situación origina una alta proporción de las tutelas que se presentan en el Sistema de Salud.

Capacidad económica de la población. Los ingresos de las personas afectan el acceso a los servicios de salud especialmente en la población pobre al originar gastos en transporte, pago de cuotas moderadoras o copagos. En el régimen contributivo, las cuotas moderadoras y los copagos pueden ser una barrera de acceso para la población de bajo recursos. En el régimen subsidiado, los afiliados sólo cancelan copagos en caso de hospitalización o realización de procedimientos. El desplazamiento en busca de la atención médica puede originar disminución de ingresos para esta población de trabajo informal.

Oferta de servicios. Entre las conclusiones presentadas en el Proyecto de Ley 339 de 2023 como motivos, aparece:

“El Estado cuenta con baja inversión en hospitales y centros de salud públicos, casi nula actualmente. Con hospitales públicos existentes de baja o nula rentabilidad financiera por el tipo de poblaciones y servicios a los que presta cobertura, quedando así desfinanciados y un gran número en quiebra. Actualmente son menos del 10% de los prestadores de salud en el país, que se contrasta con la falta de oferta de servicios de salud en zonas dispersas, como de la población más pobre, además de ser de las IPS que no han recibido pagos por los servicios prestados a diversas EPS del país”⁵.

La baja oferta institucional pública en las zonas apartadas, unida a la insuficiente oferta de profesionales especializados, determina que el lograr citas con oportunidad y calidad sea una situación ajena a la voluntad de las aseguradoras que se ven obligadas a contratar con las entidades existentes en las zonas dispersas independientemente de su capacidad de atención y a postergar las citas de los especialistas ajustándose a las agendas de los profesionales, generalmente residentes en las principales ciudades del país donde cuentan con tecnología y apoyo para el adecuado desempeño en sus especialidades.

⁵ Congreso de la República. Proyecto de Ley 339 de 2023. Exposición de motivos. P 169.

La oferta de prestadores de servicios de salud no es uniforme y se encuentra concentrada en las principales ciudades donde existen factores condicionantes de su localización.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS IPS Y SU RELACIÓN CON EL ACCESO INDIVIDUAL

Las EPS en el Sistema Colombiano contratan la prestación de los servicios a su población afiliada con IPS de su propia red en el nivel básico de atención (con integración vertical algunas de ellas), con particulares o con instituciones públicas (ESE). La oferta de prestadores de servicios de salud no es uniforme y se encuentra concentrada en las principales ciudades donde existen factores condicionantes de su localización como son el acceso a internet, acceso a tecnología, facilidad de comunicación y de movilidad, acceso a bienes de consumo, etc., no disponibles en las áreas dispersas o retiradas de los grandes centros urbanos. De 1.122 municipios y distritos, hay 876 en los cuales la oferta pública hospitalaria es única (78%). De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS a corte 15 de julio de 2022, Colombia cuenta con 928 ESE distribuidas en todo el país; de estas, 792 corresponden al primer nivel de atención (85,34%), 110 al segundo nivel (11,85%) y 26 al tercer nivel (2,80%) Tienen a su cargo el 20,6% de la población⁶. El Talento humano en Salud se concentra en las principales ciudades por factores tales como acceso a la educación de calidad para los hijos, posibilidad de contratación en varias IPS, acceso a estudios universitarios, acceso a bienes y servicios, entre otros. Al tener en mente estos factores condicionantes es posible concluir que la escasa o nula oferta de prestadores de servicios de salud privados y del talento humano, especializado principalmente, no la condiciona la contratación de las EPS. Estas se ven obligadas a contratar con la red pública donde esta exista. En departamentos como Chocó, La Guajira y los antiguos territorios nacionales donde la distancia entre los centros poblados y la capital departamental es grande, sin vías de acceso, es prácticamente imposible para las EPS contratar personal especializado y aún profesionales de salud generalistas. No sucede lo mismo en los centros urbanos donde existe suficiente oferta de prestadores para escoger aquellos que ofrecen calidad en la prestación del servicio. Sin el ánimo de defender a las EPS, surge la inquietud acerca de si esta situación se origina por considerar que el acceso para los afiliados al sistema es igual en todo el país ignorando la realidad de la oferta de prestadores.

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos. Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia. Dirección de prestación de servicios de salud y atención primaria. Bogotá DC. 2022

Cuando se compara la oferta existente en los departamentos más desarrollados, donde las vías de comunicación permiten la movilidad en ellos, con los de poco desarrollo es evidente que estos últimos tienen poco talento humano de salud especializado, las ESE tienen dificultades económicas y su rentabilidad es mínima. A esto se adiciona el escaso o nulo acceso a internet.

Lo anterior refleja la existencia de dos condiciones diferentes para la prestación de servicios y el acceso para la población colombiana en búsqueda de atención en salud. Los centros urbanos tienen oferta que compete de acuerdo con leyes de mercado y las áreas rurales y dispersas no tienen prácticamente oferta y la existente se encuentra en malas condiciones con ausencia de internet y de personal especializado.

Con base en lo anterior, no es válido el afirmar que las causantes de los problemas de salud de la población de las áreas rurales y dispersas son las EPS exclusivamente. La oferta de prestadores, prácticamente nula, determina esta situación. La solución se orienta hacia el considerar estas áreas como sitios que requieren una estrategia diferente en cuanto al acceso a los prestadores. Aparecen estrategias como Telemedicina, Hospitales móviles, hospital padrino, medicina tradicional, transporte aéreo, fluvial o marítimo para referencia y contra referencia de pacientes, con subsidio a la oferta a los prestadores. El modelo de atención individual por especialista en casos que requieren su atención debe revisarse. Es conveniente conformar grupos de talento humano, que con participación de otros profesionales, realicen un manejo integral de las patologías en las cuales el especialista hace el diagnóstico y establece el plan terapéutico y el grupo profesional realiza las tareas complementarias y de seguimiento de los pacientes. En las enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico

electivo, el especialista selecciona los pacientes de acuerdo con protocolos que permiten tiempos cortos de cirugía y recuperación y se realizan jornadas quirúrgicas en los sitios donde no hay especialista, jornadas que permiten operar grupos de pacientes que luego son controlados por el talento humano complementario (médicos generales, enfermeras, nutricionistas, etc.). En esa forma, un especialista podría dirigir grupos terapéuticos en distintos sitios mediante telemedicina, por ejemplo. Este modelo es útil en enfermedades crónicas o de tratamiento quirúrgico con protocolos de manejo estandarizado.

El PL en el artículo 9 contempla la construcción de CAPS en municipios y regiones apartadas, desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, gestión intersectorial y participación social. Los CAPS prestarán servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en modalidad intra y extramural y podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado. Esta concepción de CAPS es válida para las regiones urbanas y suburbanas y las rurales cercanas a las concentraciones urbanas. En las áreas rurales distantes, con dificultades de acceso a las concentraciones poblacionales, esta estrategia es de alto costo y poca efectividad. El identificar las personas con orientación a atención de la salud, capacitar promotores de salud rural, establecer conexión de internet en sitios equidistantes de lugares accesibles es más costo efectivo que construir y dotar CAPS aislados con poca posibilidad de uso por la población. En los CAPS complementarios de segundo y tercer nivel, con déficit de especialistas en algunas áreas, la estrategia propuesta de conformación de equipos de talento humano capacitados para seguimiento y control de los pacientes, ya comentado, podría disminuir el requerimiento de especialistas y facilitar el acceso.

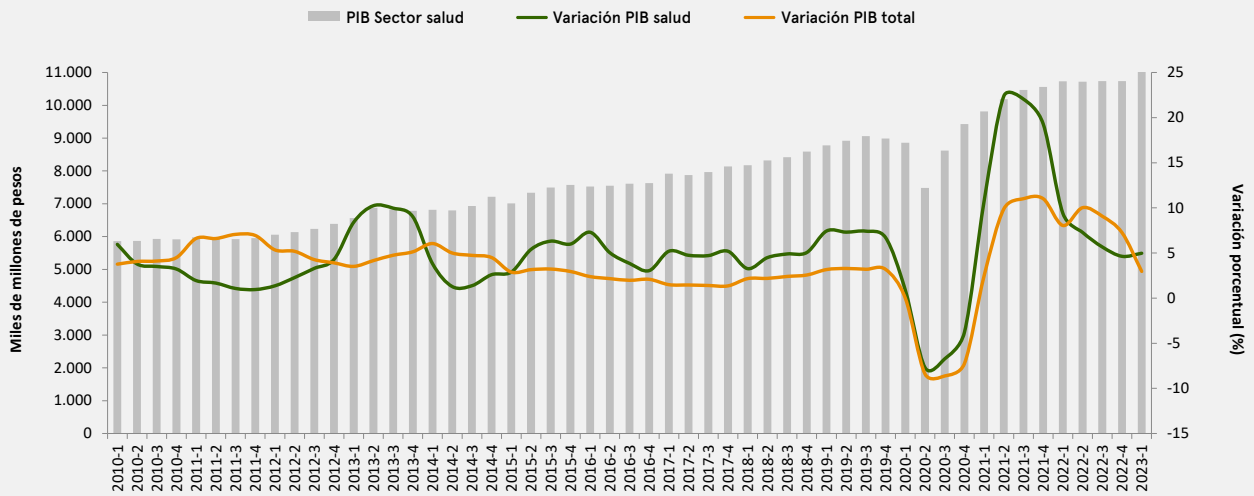


VALOR AGREGADO



Durante el primer trimestre del 2023 se observa un crecimiento del PIB correspondiente al sector salud del 5%, casi la mitad del reportado para el mismo periodo en los años 2021 y 2022; pese a esto, dicha cifra cambia la tendencia de crecimiento que traía el sector desde el 2021-II, donde seguía presentando tasas de crecimiento positivas pero cada vez menores, en este caso el sector creció a una tasa superior a la que cerró el último trimestre del 2022 (4,6%), tal como se aprecia en la Gráfica 1. Además, en esta misma gráfica se observa que, en el primer trimestre del 2023 el PIB sectorial vuelve a crecer a una tasa mayor que el total, comportamiento que se mantuvo desde el 2015 hasta el 2022-I, pero se invirtió en los últimos tres trimestres del 2022.

Gráfica 1. Valor y variación anual del PIB total y sector salud. Trimestres 2010 - 2023



Fuente: DANE, Cuentas.

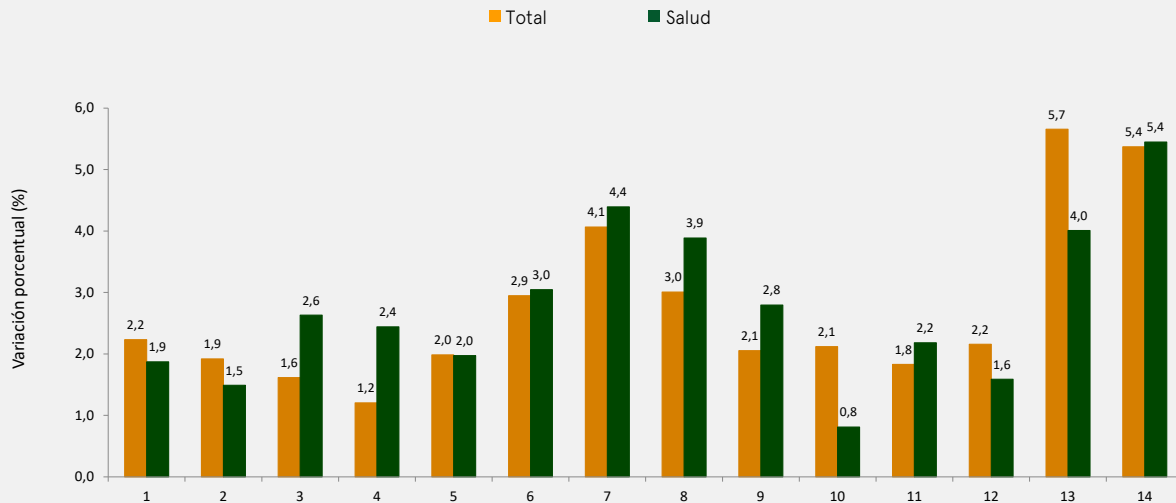
INFLACIÓN



En la Gráfica 2 se observa que la variación año corrido del IPC al mes de abril del 2023 fue del 5.4%, siendo menor a la registrada en el 2022 (5.7%) que era la más alta en el histórico desde el 2010. Por su parte, la inflación en la división de salud registró su máximo histórico desde el 2010 (5.5%); esta, además de estar por encima de la nacional, se posiciona como la séptima división con mayor variación en su índice de precios, debajo de: bebidas alcohólicas y tabaco (5.6%); bienes y servicios diversos (6.6%); muebles, artículos para el hogar⁷ (7%); restaurantes y hoteles (7.4%); educación (8.9%) y transporte (8.9%).

La situación que se muestra en la Gráfica 2 al año 2023, donde la inflación total es menor a la registrada en el sector salud ha también ocurrido en el periodo 2012-2020; pese a esto, la diferencia entre ambas es menor a un punto porcentual, presentando así un comportamiento distante al de 2022, donde esta diferencia fue la mayor de toda la serie histórica desde 2010.

Gráfica 2. Inflación: sector salud y total. Variación año corrido a Abril, 2010-2023.



Fuente: DANE. Índice de Precios al Consumidor (IPC)

⁷ El nombre completo de la división es: Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar.

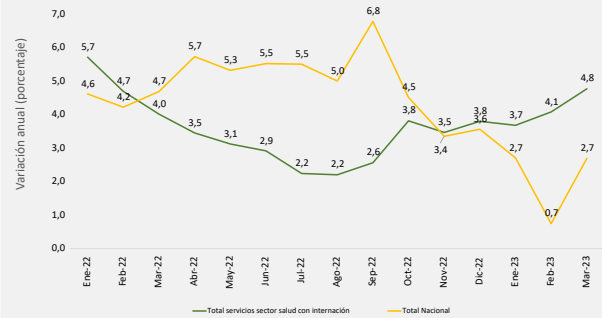
EMPLEO

Para el primer trimestre del 2023, la variación del personal ocupado total en el país ha positiva en todos los meses. Este comportamiento es acorde con lo que se venía presentando desde el año 2022, de acuerdo con datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) y que se puede observar en la Gráfica 3 y Gráfica 4. Se evidencia que, aunque el ritmo de crecimiento ha venido disminuyendo en los últimos meses hasta llegar a 0.7% en febrero de 2023, se presenta una recuperación en el mes de marzo, presentando un crecimiento en el personal ocupado total del 2.7%. De igual manera, se evidencia que, de acuerdo con datos de la Encuesta Mensual de Servicios (EMS), el personal ocupado del sector salud privado presenta variaciones positivas durante el primer trimestre del 2023. Desagregando el comportamiento del sector salud privado se observa lo siguiente. Por una parte, el personal ocupado en el sector salud con internación presenta un crecimiento por encima del evidenciado en el total nacional (Gráfica 3).

Se evidencia, además, que el crecimiento del personal ocupado en el sector salud con internación es cada vez mayor y se viene presentando desde noviembre del año 2022. Por otra parte, el sector salud sin internación también presenta variaciones positivas en el primer trimestre del año, aunque crece a un menor ritmo que el personal ocupado en actividades con internación (Gráfica 4). Se evidencia que pasa de crecer el 0.5% en enero a 1.8% en marzo de 2023, exhibiendo, en general, crecimientos por debajo del total nacional.



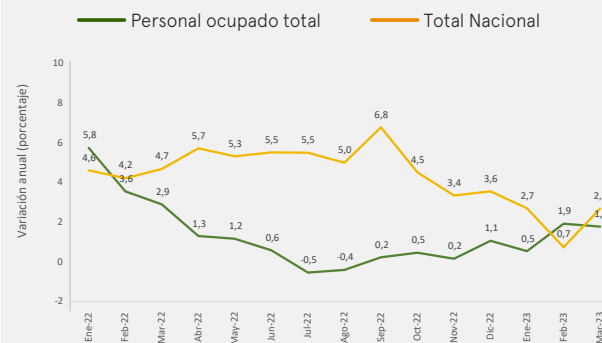
Gráfica 3. Variación anual del personal ocupado Total Nacional y Servicios Sector Salud con internación. Meses 2022 - 2023



Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Nota: A partir de la publicación de los resultados de enero de 2020 la Encuesta Mensual de Servicios presenta sus resultados bajo una nueva desagregación de subsectores de servicios, además incluye la variable variación de los salarios por tipo de contratación y según subsector de servicios. Con este cambio, se pasa de 15 a 18 subsectores de servicios, entre los cuales la desagregación se aplicó sobre el subsector Salud humana privada, el cual fue dividido en dos, a saber, Salud humana privada con internación y Salud humana sin internación. El presente análisis se basará en el periodo siguiente al cambio metodológico (es decir, después de diciembre de 2019).

Gráfica 4. Variación anual del personal ocupado Total Nacional y Servicios Sector Salud sin internación. Meses 2022 - 2023



Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

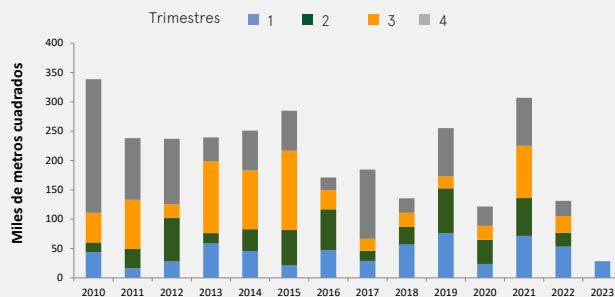


CONSTRUCCIÓN

De acuerdo con los datos del Censo de Edificaciones (CEED), en el primer trimestre del 2023 se destinaron 28.479 metros cuadrados para la construcción de hospitales en las 15 ciudades principales. Lo anterior representa una disminución del 46.6% con respecto al mismo trimestre del año anterior. Esta disminución es significativa si se compara con el comportamiento del área nueva para todos los destinos, la cual disminuyó únicamente 0.8%. Por su parte, la Gráfica 6 muestra el comportamiento por trimestres del área en construcción de hospitales que se encuentra culminada en las 15 ciudades principales. Se observa que en el primer semestre de 2022 se culminaron 159.143 metros cuadrados en construcción de hospitales, el cual es un nivel que no se presentaba desde 2015. Teniendo en cuenta lo anterior, el primer semestre de 2023 retorna a los niveles presentados en años anteriores a 2022, reflejando un total de 30.337 metros cuadrados en hospitales. Lo anterior, representa una disminución en área culminada de hospitales del 80.9%, lo cual contrasta con el comportamiento del “área culminada para todos los destinos” que presentó un incremento del 6.5% en los mismos trimestres.



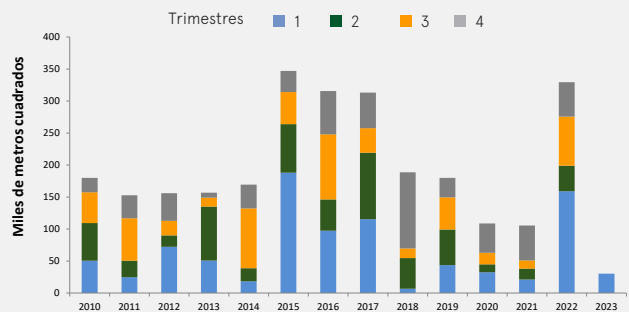
Gráfica 5. Área iniciada: destino hospitalario.
15 ciudades*. Trimestres 2010-2023



*Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.

Fuente: DANE, Censo de Edificaciones.

Gráfica 6. Área culminada: hospitales.
15 ciudades¹. Trimestres 2010 - 2023



¹Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.

Fuente: DANE, Censo de Edificaciones.

ACTUALIDAD NORMATIVA



Las novedades en términos normativos del sector salud se concentran principalmente en tres temas: salud pública, enfoque diferencial territorial de la política pública en salud y aspectos técnicos.

En salud pública se resalta las medidas tomadas por el desabastecimiento de medicamentos definidas en el Decreto 322 de 2023, en este se determina que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) es la institución encargada del procedimiento de análisis de casos de desabastecimiento por no comercialización temporal. Entre sus funciones está determinar acciones, emitir alertas tempranas de desabastecimiento y definir las actividades para el compromiso de reactivar la comercialización de medicamentos.

De otro lado, el Decreto 221 de 2023 define las directrices para la atención de personas expuestas al asbesto, estas se adicionan en el Decreto 780 de 2016. Las entidades encargadas de identificar riesgos y desarrollar acciones son las Secretarías de Salud (o entidad que haga sus veces), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las

Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). La definición de la ruta integral estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, asimismo, esta cartera, junto con el Ministerio de Trabajo estarán encargados de monitoreo y evaluación de la ruta. Los costos asociados con la atención estarán a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Resolución 295 de 2023 modifica las responsabilidades para la gestión de la salud pública consignadas en la Resolución 780 de 2016. Principalmente se destaca el cambio de enfoque, pasando de ser con enfoque de curso de vida a enfoque diferencial, considerando las características de: etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, entre otras. También se destaca la incorporación de los conceptos de Equipos Básicos de Salud y los Microterritorios de Salud, el primero se refiere a estructuras funcionales de talento humano para la prestación de servicios de salud centrado en APS, el segundo es el espacio territorial y

ACTUALIDAD

NORMATIVA

social delimitado por un número de hogares, en donde se tiene en cuenta los entornos, dinámicas comunitarias y características poblacionales, entre otras. Otro aspecto es que el PIC pasa de ser un plan complementario al Plan Obligatorio en Salud (POS), a ser determinado por las estrategias del Plan Territorial en Salud (PTS).

El enfoque diferencial territorial se refiere a las acciones que favorecen los departamentos de La Guajira y Guainía. Por un lado, la Resolución 654 de 2023 establece que la Gobernación de La Guajira y las Secretarías de Salud de los municipios: Uribía, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha, coordinarán esfuerzos con las EPS y EPSI (EPS indígenas) para conformar la red funcional de prestación de servicios de salud que contará con la participación de IPS indígenas, públicas, privadas y mixtas a través de equipos básicos de salud, quienes atenderán una cantidad determinada de familias y estarán adecuados con la cultura Wayuu, sus servicios se prestarán en forma extramural. Los recursos serán destinados con giro directo por parte de la ADRES.

Por otro lado, la Resolución 722 de 2023 define el modelo especial de atención para el departamento de Guainía, el cual se concentra en el reconocimiento del servicio de albergues para la población afiliada al Régimen Subsidiado. En este acto se define "albergue" como el servicio en el que se ofrece alojamiento y alimentación a los afiliados del Régimen Subsidiado que reciben atención en municipios diferentes al de residencia, dentro del departamento de Guainía. Este servicio será reconocido por el SGSSS y se pagará a través de la ADRES. El procedimiento de radicación será efectuado por Coosalud EPS, así como el cumplimiento de los requisitos para la institución prestadora del servicio de albergue (art. 6). El valor máximo será de

64.375 por persona/día, a partir de la vigencia de la resolución (18 mayo de 2023). Asimismo, la Resolución 152 de 2023 establece una prima adicional del 10% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo para zona especial por dispersión geográfica, en los municipios y áreas no municipalizadas del departamento de Guainía: Inírida, Barranco Minas, Mapiripana, San Felipe, Puerto Colombia, La Guadalupe, Cacahual, Pana Pana y Morichal.

En cuanto a los aspectos técnicos, se destaca la determinación del procedimiento técnico-científico para las tecnologías en salud excluidas, a través de la Resolución 318 de 2023. La coordinación de este procedimiento lo hará la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Este procedimiento tendrá 4 fases: i. nominación, validación y priorización; ii. Análisis técnico-científico; iii. consulta a pacientes potencialmente afectados; iv. Adopción y publicación de las decisiones. El Grupo de Análisis Técnico-Científico estará conformado por representantes de las asociaciones y federaciones de profesionales de la salud, de la Academia Nacional de Medicina, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME, de los colegios de profesionales de salud y del Ministerio de Salud; sus funciones están consignadas en el mismo acto administrativo. Por otro lado, la Resolución 163 de 2023 define la metodología de presupuesto máximo para las EPS de ambos regímenes y entidades adaptadas. La fuente de información de este procedimiento corresponde a la registrada en el módulo de MIPRES.

NOVEDADES

PROESA

Los investigadores de PROESA han participado en los siguientes eventos durante los meses de abril y mayo del 2023:

Norman Maldonado, director de PROESA, fue invitado a participar el 20 de abril en la Audiencia Pública para el Proyecto de Ley 325 de 2022 sobre la regulación de los cigarrillos electrónicos en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

Norman Maldonado asistió como invitado en el conversatorio del Libro "La tercera vía para reformar el sistema de salud" de Germán Escobar, Exviceministro de Salud Pública de Colombia, realizado el martes 25 de abril en la ciudad de Cali.

Victoria Soto, investigadora senior de PROESA, participó como panelista en el foro sobre seguridad vial en Cali organizado por la Universidad Johns Hopkins, Vital Strategies y la Secretaría de Movilidad de Santiago de Cali, realizado el 19 de mayo. Durante este foro se presentaron los resultados del estudio "Informe de la situación de seguridad vial 2023: factores de riesgo en seguridad vial – Iniciativa Bloomberg para la seguridad vial mundial, Cali-Colombia".

Por otro lado, PROESA contribuyó a la construcción de PlaSa Colombia cuyo lanzamiento se realizó el 27 de abril en La Universidad de los Andes en Bogotá, Colombia. PlaSa Colombia es una iniciativa liderada por Alliance Bioversity International – CIAT para reportar, monitorear y analizar lo que sucede con el sistema de abastecimiento de alimentos, nutrición y cambio climático en el país.

El equipo de PROESA ha estado trabajando en el desarrollo del proyecto "RESET – Alcohol" que generará evidencia científica sobre el uso de políticas fiscales para reducir el consumo de bebidas alcohólicas en Colombia. Esta iniciativa está respaldada por la Organización Mundial para la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), RESET, Vital Strategies y Movendi International.

Por último, PROESA participará como aliado en el proyecto titulado "Reducing the burden of serious health-related suffering: An evidence base to close national divides in access to palliative care and pain relief". Este proyecto está liderado por la Universidad de Edimburgo y también participan: Universidad de Miami, International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), Fundación Mexicana para la Salud, A.C (FUNSALUD) y Fundación de Medicina Paliativa (Paliamed). El proyecto tendrá una duración de dos años y Proesa participará específicamente en el análisis costo efectividad de la atención para cuidado paliativo en Colombia.

PROESA



Calle 18 No - 122-135
Universidad Icesi - Edificio B, piso 2
Telefono: +60 (2) 321-20-92
Cali - Colombia
icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en:



@centro_proesa



ProesaCali

CUESTIÓN SALUD | 32

El acceso a los servicios frente
a la reforma de la salud

