

Monitor **Estratégico**

Una herramienta para la Inspección, Vigilancia y Control

NÚMERO 13 • ENERO • JUNIO 2018 • ISSN 2256-1307

Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios



Pág. 6

Análisis cuantitativo de la estacionalidad del gasto en salud en Colombia, período 2011 - 2015

Pág. 21

El Primer Plan Estadístico para fortalecer la gestión de la Supersalud

Pág. 37

Enfermedades Raras en Colombia: brecha entre regulación y acceso efectivo a la Salud

**Revista Monitor Estratégico
Superintendencia Nacional de Salud**

Luis Fernando Cruz Araújo

Superintendente Nacional de Salud (e)

Sonia Stella Romero Torres

Secretaria General

Adolfo León Varela Sánchez

Superintendente Delegado para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana

Eva Katherine Carrascal Cantillo

Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional

José Oswaldo Bonilla Rincón

Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos

María Fernanda de la Ossa Archila

Superintendente Delegada de Procesos Administrativos

Javier Antonio Villarreal Villaquirán

Superintendente Delegado para las Medidas Especiales

María Isabel Cañón Ospina

Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

Comité Editorial

Daniel Andrés Pinzón Fonseca

Director General de la Revista

Erika Varón Caicedo

Coeditora (e)

María Cristina Rojas Cruz

Coordinadora Editorial

Leonardo Maestre Maya

**Abogado, MSc en Derecho, Doctor en Derecho
Abogado de Procesos**

Paola Alarcón López

Abogado

Coordinadora de Promoción de la Participación Ciudadana

Edna Paola Najjar

**Directora para la Supervisión de Riesgos Económicos
Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos**

Emilia Vargas Aldana

**Directora de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades de Orden Territorial
Superintendencia Delegada Para las Medidas Especiales**

Sandra Burgos

Asesor Delegada para la Supervisión Institucional

Luz Adriana Zuluaga Salazar

**Directora para la Supervisión de Riesgos en Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos**

Diseño y Diagramación

Comunicación Gráfica LEGIS S.A.

ISSN 2256-1307



Contenido



Editorial

Solvencia, resultado esperado del sistema de salud

3



Desde Supersalud

Análisis cuantitativo de la estacionalidad del gasto en salud en Colombia, período 2011-2015

6



El Primer Plan Estadístico para fortalecer la gestión de la Supersalud

21



Investigación

Enfermedades Raras en Colombia: brecha entre regulación y acceso efectivo a la Salud

37



Siendo autor

Requisitos para los autores de la revista Monitor Estratégico

53

Solvencia, resultado esperado del sistema de salud

Luis Fernando Cruz Araújo*

Uno de los grandes retos del Sistema General de Seguridad Social en Salud actualmente es garantizar la solvencia, que no es otra cosa que la capacidad financiera para responder por las obligaciones con terceros. Allí, uno de los peligros latentes es caer en la trampa de confundir medios con fines, y de esta forma, enfocar erróneamente los esfuerzos del sistema, buscando la solvencia como un fin y no como un medio.

Este compromiso fundamentalmente tiene como tarea garantizar que se cumpla el objetivo por el cual fue creado y es claro en el artículo 1° de la Ley 100 de 1993: “Garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. (...)”. Entonces, ¿Cómo poder vincular la búsqueda de un escenario esperado de solvencia en el sector, con el objetivo primordial centrado en las personas y su calidad de vida?

La solvencia, vista como un todo para el sector, es la suma de estados de solvencia de quienes administran los recursos y quienes los emplean para la adecuada atención de las personas, por lo tanto, es un resultado de la óptima administración de los recursos disponibles, que son limitados y sobre los cuales hay mayor presión en periodos de desaceleración o decrecimiento económico, pues aumentan los requerimientos de atención subsidiada por parte del Estado.



* Superintendente Nacional de Salud (e), abogado de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Derecho Financiero de la Universidad del Rosario y especialista en Negociación y Relaciones Internacionales de la Universidad de Los Andes.





Así, propender por la salud de las personas afiliadas al sistema, es el fundamento para alcanzar buenos resultados financieros. Un sistema que trabaja por evitar que las personas se enfermen debido a causas prevenibles y por detectar a tiempo enfermedades para dar tratamientos oportunos y evitar el deterioro de las condiciones de salud, es un sistema virtuoso y sostenible.

Se debe gestionar el riesgo en salud, en varios ámbitos. En el personal, donde estilos de vida saludables y un autocuidado frente a la salud de cada persona, son el inicio. A nivel individual (en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Salud IPS), y como colectivo, correspondiente a las entidades territoriales.

Como lo establecen las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las EPS administran los riesgos en salud, y por lo tanto, deben tener la solvencia y condiciones financieras para poder manejar dichos riesgos, cumpliendo las normas prudenciales en materia financiera.

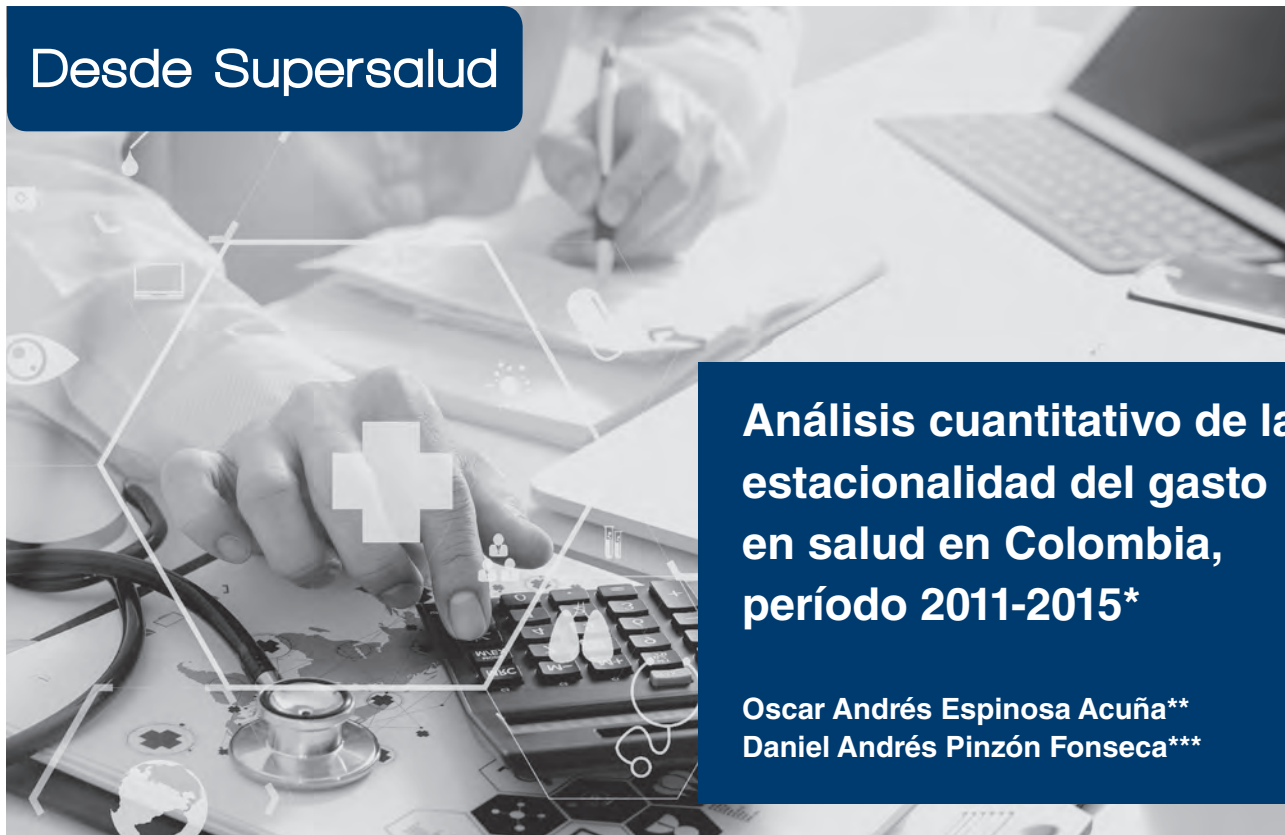
Dicha normatividad ha evolucionado con el propósito de contar con información financiera confiable por parte de los actores del sector salud. En el caso de las EPS, las condiciones financieras que deben cumplir, independientemente de su naturaleza jurídica, tienen que ver con el capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversión de las reservas técnicas. Por ello las EPS han llevado a cabo acciones para fortalecer su situación patrimonial, bien sea mediante estrategias de capitalización por sus socios actuales o nuevos socios, o a través de medidas tendientes a la generación de excedentes por mayor efectividad en sus gastos administrativos y

racionalización y optimización de los costos médicos, como resultado de la adecuada adopción de un modelo de atención y gestión del riesgo en salud, enfocado en mejorar la calidad, oportunidad y el esfuerzo preventivo en los servicios de salud que prestan a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Además, dadas las modificaciones recientes del marco normativo (Decretos 2117 de 2016 y 718 de 2017), algunas entidades han presentado planes de reorganización institucional (escisión, fusiones o enajenación), que les permiten fortalecerse patrimonialmente; principalmente, aquellas cuya naturaleza jurídica (cooperativas, mutuales y programas de salud de las Cajas de Compensación), no les permitía realizar procesos de capitalización u otras, cuya viabilidad financiera exigía reestructuraciones de fondo.

Por ello hablar de solvencia ha permitido apalancar nuevos recursos al sistema, y de forma trascendental, ha favorecido la interlocución de alto contenido técnico, entre la gestión de salud y la gestión financiera. Aun así, es necesario insistir en la urgente necesidad del rigor en el reconocimiento y revelación de la situación financiera del sector, en un proceso transparente donde se evidencie el compromiso y esfuerzo de las entidades, representantes legales y miembros de juntas directivas en este tema.

Solo así, desde esta amplia perspectiva de los derechos y deberes en el sistema de salud, la solvencia se convierte en un resultado esperado de la dinámica de mejoramiento continuo y sostenibilidad, que siempre se ha buscado desde el accionar de la Superintendencia Nacional de Salud.



Análisis cuantitativo de la estacionalidad del gasto en salud en Colombia, período 2011-2015*

Oscar Andrés Espinosa Acuña**
Daniel Andrés Pinzón Fonseca***



Resumen

Esta investigación tiene por objetivo determinar si en Colombia existe estacionalidad del gasto en salud en el agregado nacional, entre los años 2011 y 2015. Para ello, se construye el gasto en salud desde las cuentas financieras de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de los regímenes contributivo y subsidiado, con periodicidad trimestral. Luego, se realizan diferentes técnicas de análisis estadístico para determinar si existe o no dicha estacionalidad a través de: i) Método gráfico y tasas de crecimiento, ii) Correlogramas; iii) Contraste no paramétrico de Kendall, iv) Análisis de regresión múltiple con inclusión de dummies estacionales y v) Ajuste de procesos autorregresivos integrados de media móvil estacionales (SARIMA). Los resultados evidencian existencia de estacionalidad estadísticamente significativa solo para el régimen subsidiado, en especial en los cuartos trimestres (octubre-diciembre).

Palabras Clave: estacionalidad, gasto en salud, regímenes contributivo y subsidiado.

* Este documento es una versión resumida y ajustada del artículo de investigación publicado en la revista indexada Semestre Económico, N° 43 (2017), titulado "Estacionalidad del gasto en salud en Colombia, 2011-2015".

Trabajo Premiado en el V Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES), realizado del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2016 en la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia.

** Economista, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Magíster en Ciencias Estadísticas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Director del Grupo de Investigación en Modelos Económicos y Métodos Cuantitativos (IMEMC) - Categoría B Colciencias, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: oaepinosaa@unal.edu.co.

*** Economista, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia. Profesional en Finanzas, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia. Magíster en Economía, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia. Magíster en Health Economics, Policy and Law, Erasmus Univesiteit de Rotterdam, Rotterdam, Países Bajos. Jefe de la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis del Riesgo, Superintendencia Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia. Catedrático en temas de economía de la salud de las Universidades Pontificia Javeriana, Rosario y EAN. Correo electrónico: dpinzon@supersalud.gov.co.

1. Introducción

La dinámica del gasto en salud desde el año 2004 se ha visto influenciada por diferentes factores para los regímenes contributivo y subsidiado. El primer régimen se ha visto afectado por el importante crecimiento de los pagos a través del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por concepto de recobros a las EPS por medicamentos no POS y por el crecimiento de los afiliados (MinSalud, 2014).

Por su parte, el segundo régimen ha estado dinamizado por las decisiones de Gobierno de aumentar progresivamente la cobertura de afiliación a este régimen, así como por la igualación de los planes de beneficios en pro de lo dispuesto por la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Para el primer lustro de la segunda década del siglo XXI, los gastos en salud totales representaron aproximadamente el 7% del Producto Interno Bruto colombiano, 0.8% más que lo registrado en el periodo 2001-2010 (MinSalud, 2014).

Esta investigación tiene por objetivo determinar si existe un comportamiento estacional en el gasto en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el país. El análisis exploratorio de la estacionalidad, ayuda a los hacedores de política a obtener información primordial sobre la identificación de patrones en el sector salud y/o pautas repetitivas en el comportamiento dinámico de algunos tipos especiales de cuentas financieras.

Así, en este trabajo se adopta la definición de estacionalidad de Box y Jenkins (1976), la cual indica que el efecto estacional implica que una observación de un trimestre en particular, por ejemplo T2, está relacionada con las observaciones de los segundos trimestres previos. El artículo está estructurado de la siguiente forma: en la primera sección se realiza una revisión de literatura; el segundo aparte expone la construcción de los datos y las metodologías para determinar la existencia o no de estacionalidad; en la parte tres se presentan sus respectivos resultados estadísticos, y en la última sección se concluye.





2. Revisión de Literatura

La estacionalidad del gasto en salud no ha sido muy estudiada en la literatura internacional, no obstante, los determinantes del gasto en salud sí han sido objetivo de múltiples investigaciones en diferentes países.

Este es el caso de los trabajos de Gerdtham *et al.* (1992), Hitiris y Posnett (1992), Hansen y King (1996), Albouy, Davezies y Debrand (2010), y Murthy y Okunade (2016), quienes principalmente se concentran en la relación ingreso-salud para algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; mientras que las investigaciones de Govindaraj, Chellaraj y Murray (1997), Clements, Faircloth y Verhoeven (2007), Samudram, Nair y Vaithilingam (2009), Ke, Saksena y Holly (2011), revisan el tema para países en desarrollo.

En términos generales, los estudios encuentran que además de ser el ingreso un factor determinante en la demanda de servicios de salud, los factores institucionales y socio-demográficos (p.e. el nivel educativo propio, la situación económica de los padres y el poseer un empleo), juegan un papel fundamental. También se señala que el gasto gubernamental en salud, así como los gastos de bolsillo¹ siguen distintos ca-

minos, y que el ritmo de crecimiento del gasto en salud es diferente para cada país, en función de su nivel de desarrollo económico.

Ya en relación concreta con la estacionalidad del gasto en salud, aunque no existen estudios que revisen su comportamiento, se resaltan los trabajos de Ferrand *et al.* (2011), Loh (2015), y Albert *et al.* (2015). Para Colombia, uno de los primeros análisis formales sobre el gasto en salud fue el de O'Meara, Ruiz y Amaya (2003), no obstante contempla un análisis netamente descriptivo y no se tratan temas de estacionalidad en específico. Por ende, el objetivo de este artículo se considera novedoso para la literatura colombiana.

3. Datos

En este documento el gasto en salud se entendió como el monto asignado por las EPS (indiferente del régimen perteneciente), a los productos y a los servicios prestados durante el ejercicio de sus labores. Bajo tal concepto, para las estimaciones del gasto en salud en las empresas de carácter privado, teniendo como marco de referencia el Plan Único de Cuentas dispuesto en la Resolución 4175 de 2014 de la Superintendencia Nacional de Salud, se tomó la cuenta N° 61, denominada *Costo de ventas y de prestación de servicios*,

¹ En Latinoamérica se tienen los estudios sobre gasto de bolsillo de Castillo-Laborde y Villalobos (2013) para Chile y Pérez-Valbuena y Silva-Ureña (2015), para Colombia.



específicamente sus subcuentas: N° 6105 *Costos prestación de servicios de salud*, N° 6165 *Administración del régimen de seguridad social en salud - POS* (de allí se relacionaron las subcuentas: N° 616535 *Contratos de capitación*, N° 616540 *Contratos por evento*, N° 616542 *Contratos para actividades de promoción y prevención*, N° 616565 *Seguridad social en salud*, N° 616575 *Enfermedades catastróficas y enfermedades de alto costo*, N° 616585 *Costos de prestación de servicios adicionales de salud*, N° 616587 *Costos de prestación de servicios de ambulancia por demanda*, N° 616590 *Provisión de servicios autorizados y no cobrados*, N° 616595 *Otros costos operacionales*), N° 6170 *Administración del régimen de seguridad social en salud no POS* y N° 6175 *Prestaciones económicas*.

Para las empresas de carácter público se consideró del Plan Único de Cuentas estipulado en la Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, la cuenta N° 64 *Costo de operación de servicios*, más concretamente de la N° 6402 *Administración de la seguridad social en salud*, las subcuentas N° 640201 *Contratos de capitación – Contributivo*, N° 640202 *Contratos por evento – Contributivo*, N° 640203 *Promoción y prevención – Contributivo*, N° 640205 *Reaseguro enfermedades de alto costo – Contributivo*,

N° 640206 *Incapacidades – Contributivo*, N° 640207 *Contratos de capitación – Subsidiado*, N° 640208 *Contratos por eventos – Subsidiado*, N° 640209 *Promoción y prevención – Subsidiado*, N° 640210 *Sistema de garantía y calidad – Subsidiado*, N° 640211 *Reaseguro enfermedades de alto costo – Subsidiado*, N° 640212 *Contratos de capitación – Complementario* y N° 640290 *Otros costos por la administración de la seguridad social en salud*.

Para el régimen contributivo, se consideró la totalidad de las EPS (14), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el régimen subsidiado se tomaron 25 entidades (las cuales representan más del 80% de los gastos totales en salud de este régimen), entre ellas, Cajas de Compensación Familiar, Empresas Solidarias de Salud y Empresas Promotoras de Salud, autorizadas para administrar recursos del régimen subsidiado (se excluyen las EPS indígenas, dado que sus sistemas de información no contemplan una buena calidad). La periodicidad es trimestral, desde el primer trimestre (T1), del año 2011 hasta el cuarto trimestre (T4), del año 2015³. Estos valores monetarios fueron deflactados por el IPC salud con año base 2011 (información extraída del Departamento Administrativo Nacional de Estadística).

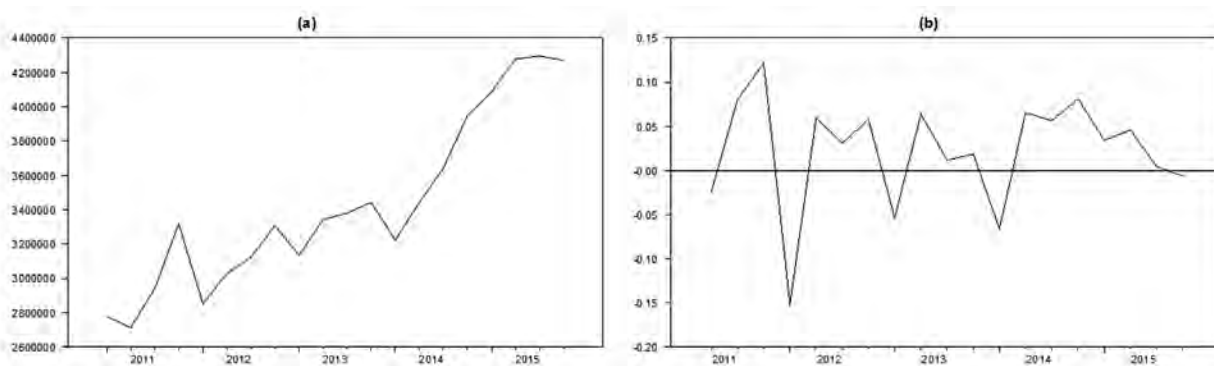
³ La construcción de estos datos contempla las implicaciones relativas al Decreto 3797 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Resultados de las metodologías estadísticas utilizadas⁷

Método gráfico y tasas de crecimiento trimestre a trimestre

Este método *a priori*, se fundamenta en encontrar de forma visual, posibles patrones de estacionalidad al graficar la serie temporal de interés. Asimismo, se busca determinar a partir de las tasas de crecimiento simple, si se evidencia algún comportamiento atípico cada n periodos (cada 4 para periodicidad trimestral). Las gráficas presentadas en la Ilustración 1, no dan señales de que en el régimen contributivo haya presencia de estacionalidad, caso contrario a la Ilustración 2, donde se observan picos en el cuarto trimestre de los diferentes años de análisis.

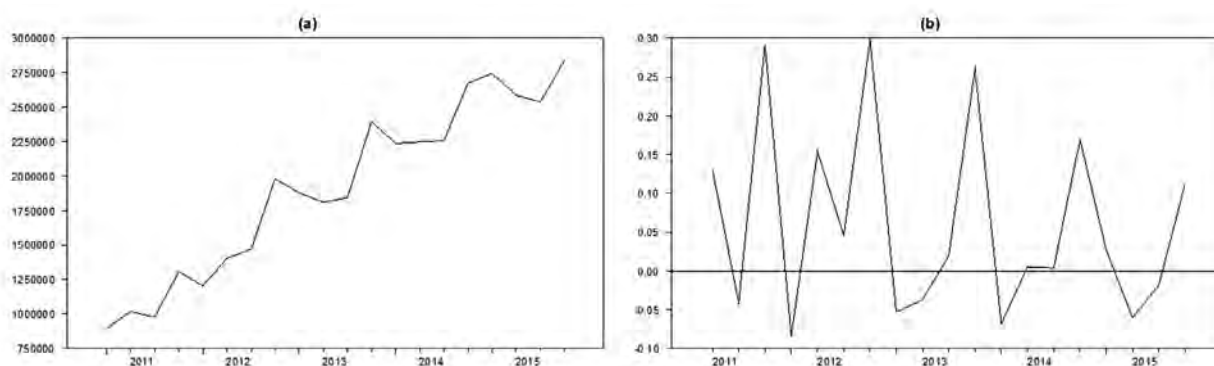
Ilustración 1. Gasto de salud en el régimen contributivo (en millones de pesos colombianos reales, 2011T1=100) (a) y su tasa de crecimiento (b)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

Similar comportamiento se obtiene, al observar las tasas de crecimiento trimestre a trimestre (Tabla 1). En el régimen contributivo no hay un patrón definido, mientras que, en el régimen subsidiado, las tasas más altas se evidencian en el cuarto trimestre (columna T4), donde siempre se tienen crecimientos mayores al 10%, atípicos para el resto de trimestres (T1, T2 y T3).

Ilustración 2. Gasto de salud en el régimen subsidiado (en millones de pesos colombianos reales, 2011T1=100), (a), y su tasa de crecimiento (b)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

⁷ La formalización matemática y completa de cada método, se presenta en la versión extensa del artículo.



**Tabla 1. Tasas de crecimiento trimestre a trimestre.
Regímenes contributivo y subsidiado**

Régimen Contributivo				
	T1	T2	T3	T4
2011		-2,41%	8,36%	12,92%
2012	-14,07%	6,13%	3,13%	5,95%
2013	-5,24%	6,61%	1,18%	1,85%
2014	-6,40%	6,78%	5,80%	8,46%
2015	3,47%	4,69%	0,42%	-0,61%

Régimen Subsidiado				
	T1	T2	T3	T4
2011		13,98%	-4,04%	33,93%
2012	-8,08%	16,66%	4,66%	34,78%
2013	-5,17%	-3,64%	1,96%	29,77%
2014	-6,61%	0,55%	0,39%	18,44%
2015	2,70%	-5,83%	-1,83%	11,80%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

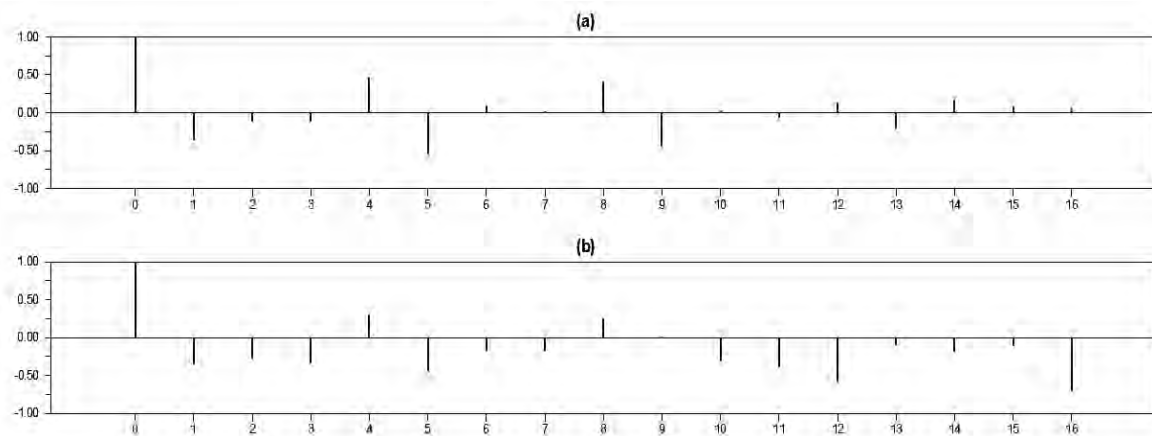


Correlogramas simples y parciales

La autocorrelación (ρ_{κ}), mide la relación (o dependencia, más no causalidad), entre dos variables separadas por κ periodos. Los correlogramas simples y parciales hacen referencia a una representación gráfica de las autocorrelaciones simples y parciales de la muestra, respectivamente, versus el tiempo. Si cada cierto número de periodo, aumenta significativamente las autocorrelaciones, ello daría muestras de posibles estacionalidades.

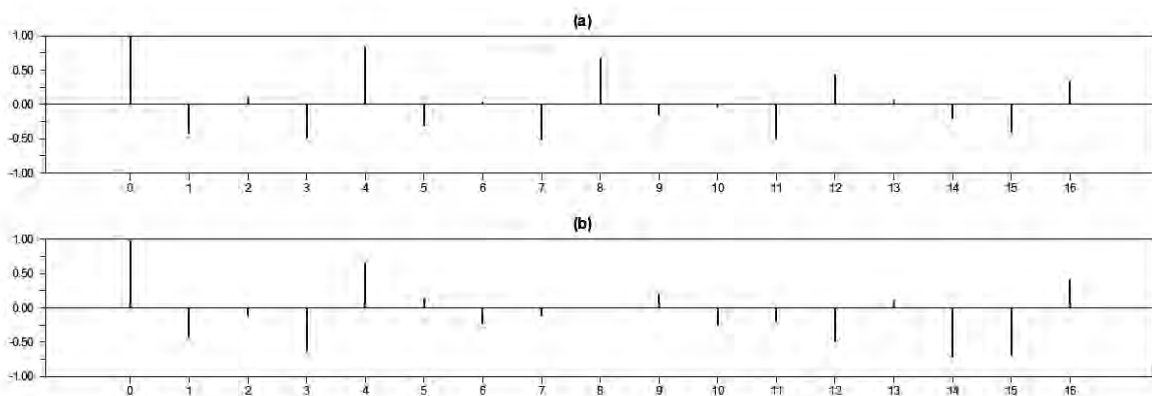
La función de autocorrelación simple (FAC), y parcial (FACP), -hasta el rezago 16- de la variable $dif_ln(GSRCont)$, no presenta signos de estacionalidad (Ilustración 3), no obstante, la FAC de la variable $dif_ln(GSRSubs)$, sí muestra correlaciones más altas que el promedio, en los periodos 4 y 8 (Ilustración 4).

Ilustración 3. FAC (a), y FACP (b), de la variable $dif_ln(GSRCont)$,



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. Nota: elaboración propia. El eje vertical muestra el grado de correlación entre la variable y ella misma en tiempos anteriores, y el eje horizontal muestra el número de rezagos.

Ilustración 4. FAC (a) y FACP (b) de la variable $dif_ln(GSRSubs)$,



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. Nota: elaboración propia. El eje vertical muestra el grado de correlación entre la variable y ella misma en tiempos anteriores, y el eje horizontal muestra el número de rezagos.

Prueba de Kendall

Este contraste de estacionalidad desarrollado por Kendall y Ord (1990), es una prueba no paramétrica basada en rangos, la cual contempla un estadístico que se distribuye χ^2 con $(r-1)$, grados de libertad. Al aplicarse este test, arroja que para ambos casos (régimen contributivo y subsidiado), no se rechaza la hipótesis nula de no estacionalidad, a un nivel de significancia del 5%. Es decir, que calculados los estadísticos, se establece que no hay evidencias estadísticas de componentes estacionales (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados Contraste de Kendall

	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Estadístico Contraste de Kendall	3,64	3,08
Valor Crítico 10%	7,81	

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

Análisis de regresión múltiple y dummies estacionales

Es una metodología estadística, utilizada para aproximar la relación de dependencia entre una variable dependiente, una (s), variable (s), independiente (s), y un término aleatorio. Así, para este estudio se plantean las ecuaciones [1] y [2].

$$GSRCont_t = \beta_0 + \beta_1 CDSSRCont_t + \beta_2 D_{Q2} + \beta_3 D_{Q3} + \beta_4 D_{Q4} + U_t, \quad [1]$$

$t=1, \dots, T.$

$$GSRSubs_t = \alpha_0 + \alpha_1 CDSSRSubs_t + \alpha_2 D_{Q2} + \alpha_3 D_{Q3} + \alpha_4 D_{Q4} + V_t, \quad [2]$$

$t=1, \dots, T.$

Donde:

$GSRCont_t$ es el gasto en salud en el régimen contributivo en el periodo t ,

$GSRSubs_t$ es el gasto en salud en el régimen subsidiado en el periodo t ,

$CDSSRCont_t$ es la cantidad demandada de servicios de salud en el régimen contributivo en el periodo t ,

$CDSSRSubs_t$ es la cantidad demandada de servicios de salud en el régimen subsidiado en el periodo t ,

D_{Q_i} es una variable dummy que toma el valor de 1 cuando se está en el periodo trimestral i , con $i=2,3,4$.

Las variables $CDSSRCont_t$ y $CDSSRSubs_t$ hacen referencia al número de servicios de demanda por hospitalización, medicamentos, nacidos, procedimientos y urgencias por cada régimen. Estos valores son tomados de la base de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), establecida por la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud.





Dada la estructura de las ecuaciones [1] y [2], en este sistema estadístico, la estacionalidad se determina si al menos uno de los parámetros β_2 , β_3 y β_4 (α_2 , α_3 y α_4), es estadísticamente significativo. Y el parámetro β_1 (α_1), se puede interpretar como una variable control. Los resultados de la estimación de [1] se presentan en la tabla 3. Por lo que se tiene la siguiente ecuación:

$$GSRCont_t = 2,64 \times 10^{11} + 50615,81 \text{ CDSSRCont}_t + 1,62 \times 10^{11} D_{Q2} + 7,93 \times 10^{10} D_{Q3} + 2,44 \times 10^{11} D_{Q4}$$

Los coeficientes β_0 y β_1 son estadísticamente diferentes de cero a un alfa del 5%. Aunque el coeficiente del cuarto trimestre (β_4), no es significativo, es el de más alto valor.

Tabla 3. Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el régimen contributivo⁸

Variable	Coefficiente	Error estándar	Estadístico t	P-valor
β_0	$2,64 \times 10^{11}$	$5,25 \times 10^{10}$	5,026	0,000
β_1	50615,81	6406,316	7,901	0,000
β_2	$1,62 \times 10^{11}$	$3,51 \times 10^{11}$	0,461	0,653
β_3	$7,93 \times 10^{10}$	$2,94 \times 10^{11}$	0,270	0,792
β_4	$2,44 \times 10^{11}$	$2,87 \times 10^{11}$	0,850	0,411

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.



⁸ Para los análisis de regresión de los dos regímenes se tomó el periodo 2011Q1 – 2015Q2

Los resultados de la estimación de [2] se presentan en la Tabla 4. De manera que:

$$GSRSubs_t = 2,74 \times 10^{11} + 59593,40 \text{ CDSSRSubs}_t - 1,53 \times 10^{11} DQ2 - 4,60 \times 10^{11} DQ3 + 9,97 \times 10^{10} DQ4$$

Referente a la estimación de los parámetros de la ecuación [2] (Tabla 4), se puede observar que el coeficiente α_1 es el único estadísticamente diferente de cero a un alfa del 5%, no obstante, aunque el coeficiente del cuarto trimestre (α_4), no es significativo, si es cierto que es el de más alto valor, por encima de los parámetros del segundo (α_2), y tercer (α_3), trimestre.

Tabla 4. Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el régimen subsidiado

Variable	Coficiente	Error estándar	Estadístico t	P-valor
β_0	2,74x1011	3,13x1011	0,876	0,397
β_1	59593,40	8906,228	6,691	0,000
β_2	-1,53x1011	2,63x1011	-0,582	0,571
β_3	-4.60x1011	2,62x1011	-1,752	0,103
β_4	9,97x1010	3,59x1011	0,278	0,785

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.





Al aplicar las pruebas de normalidad (Jarque-Bera), no autocorrelación (Breusch-Godfrey LM), y homocedsticidad (Breusch-Pagan-Godfrey), se observa un buen comportamiento, al no rechazar las hipótesis nulas de normalidad, a un nivel de significancia del 5%.

Procesos estocásticos SARIMA (p,d,q) $(P,D,Q)_s$.

Es considerado uno de los mejores modelos lineales para ajuste de series económicas, por su estructura dinámica constituida en la búsqueda de patrones históricos (Brockwell y Davis, 2002).

Para el caso del régimen contributivo, basándose en los criterios de información Akaike y BIC, y en el buen comportamiento de los residuales, se logró ajustar un modelo⁹ ARIMA(7,1,3), para la serie $\ln(GSRCont)_t$, estimando solo los coeficientes φ_1 , φ_4 , φ_7 y φ_3 (Tabla 6). Todos los coeficientes son significativos a un alfa del 5%, menos φ_7 , el cual se hace necesario incluir para tener unos residuales no correlacionados. No hubo necesidad de contar con parte estacional para la modelación.

9 Al aplicar las pruebas de raíces unitarias Dickey-Fuller Aumentada, Phillip-Perron y Kwiatkowski-Phillips-Schmidt-Shin a las variables $dif_ln(GSRCont)_t$ y $dif_ln(GSRSubs)_t$, se comprueba que a un nivel de significancia del 5%, ambas series son estacionarias.

**Tabla 6. Estimación de coeficientes del proceso
ARIMA(7,1,3) para $\ln(GSRCont)_t$.**

Variable	Coefficiente	Error estándar	Estadístico t	P-valor
φ_1	0,481	0,114	4,199	0,003
φ_4	0,501	0,177	2,824	0,022
φ_7	0,155	0,103	1,509	0,170
φ_3	-1,014	0,250	-4,053	0,004

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

Al aplicar las pruebas de Jarque-Bera (normalidad), Ljung-Box (No Autocorrelación), y CUSUM (buena especificación), a un nivel de confianza del 95%, se evidencia un comportamiento de ruido blanco en los residuales del modelo ARIMA (7, 1, 3), para la serie $\ln(GSRCont)_t$.

Por otra parte, para el caso del régimen subsidiado, basándose en los criterios de información Akaike y BIC, y en el buen comportamiento de los residuales, se logró ajustar un modelo SARIMA (0,1,2) (1,0,0)_s para la serie $\ln(GSRSubs)_t$ (Tabla 7). Todos los coeficientes son significativos a cualquier nivel de significancia común. Para estos datos, fue necesario incluir el componente estacional en el modelo de series temporales.

**Tabla 7. Estimación de coeficientes del proceso
SARIMA(0,1,2) (1,0,0)_s para $\ln(GSRSubs)_t$.**

Variable	Coefficiente	Error estándar	Estadístico t	P-valor
θ_1	1,182	0,486	2,432	0,032
θ_2	-1,888	0,723	-2,612	0,023
φ_1^s	0,874	0,064	13,580	0,000

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, circular única AT001. - Nota: elaboración propia.

Al aplicar las pruebas de validación, aquellas muestran un correcto comportamiento en los residuales para la serie correspondiente al gasto del régimen subsidiado.



5. Conclusiones

En este estudio se trata de dar respuesta a la pregunta de si el gasto en salud de los regímenes contributivo y subsidiado se comporta estacionalmente o no. Para ello se revisan cinco diferentes procedimientos cuantitativos. Para el régimen contributivo no se halla evidencia de estacionalidad. No obstante, se encuentra que en el subsidiado si se presenta evidencia estadística de tal componente (así lo expresan tres de los cinco métodos desarrollados), específicamente en su cuarto trimestre, periodo temporal en el que se observa un crecimiento mayor al de los otros trimestres.

Al arrojar estos resultados, se procedió a indagar al detalle cuales eran las cuentas financieras con mayor variación en su cuarto trimestre (T4), encontrando que son las relacionadas con **Contratos por evento** (N° 616540), y **Contratos por eventos – Subsidiado** (N° 640208), rubros que evidencian los pagos que se realizan por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente ligado a un evento de atención en salud.

Este hecho parece tener su fundamento, entre otras razones, en el aumento de los servicios demandados en los meses finales del año¹⁰, dado que al aumentar el número de estas unidades de pago (constituidas por cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente), el gasto tiende a incrementar significativamente.

Por último, otro aumento importante, aunque solo referente al último año de análisis (2015), es el relacionado con la cuenta **Seguridad social en salud** (N° 616565). Ello, debido a la implementación por parte de las EPS subsidiadas de lo dispuesto en el Decreto 2702 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se establecen las directrices para la constitución de sus reservas técnicas.

10 En casi todos los años de estudio el cuarto trimestre es el que presenta mayor número de servicios demandados. Ello, debido posiblemente a las enfermedades estacionales causadas por el aumento de precipitaciones en los meses de octubre y noviembre, y al efecto vacaciones (tiempo libre para los chequeos médicos).

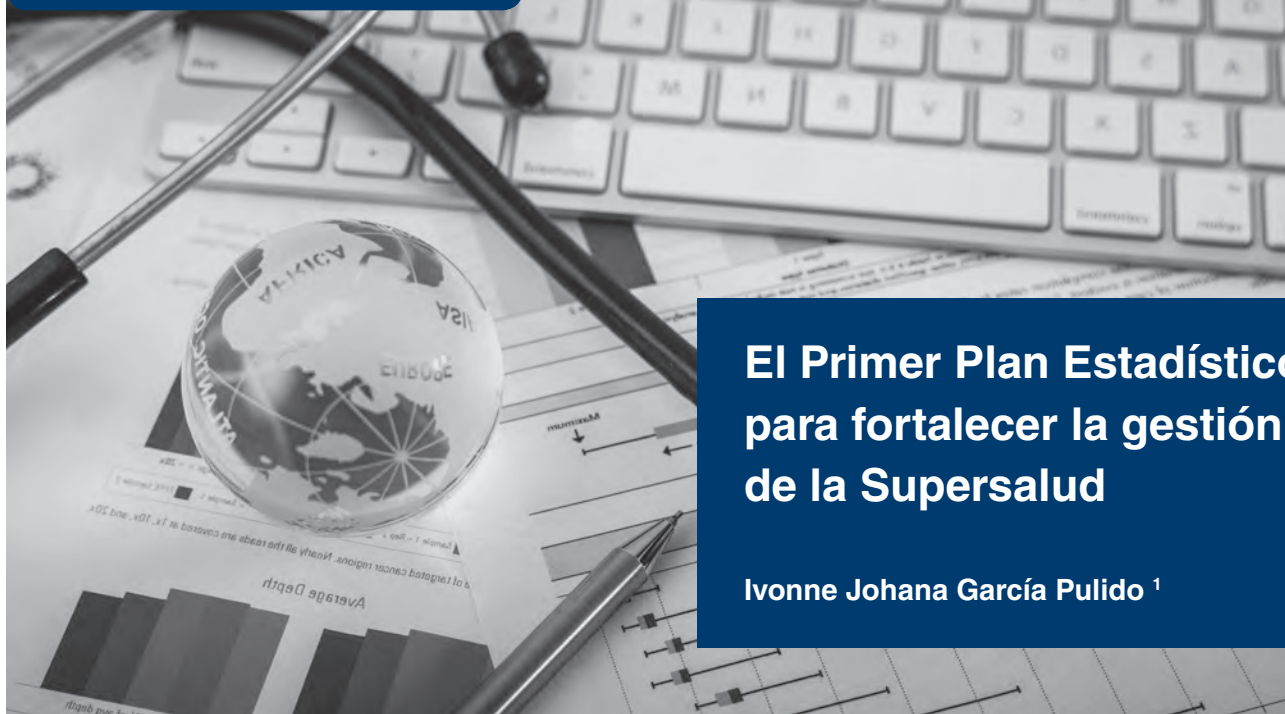




Referencias

1. Albert, H.; Theodoor, J.; van Bodegom, D. y Johannes, R. (2015). Seasonal variation in mortality, medical care expenditure and institutionalization in older people: Evidence from a Dutch cohort of older health insurance clients. *PLoS One*, 10 (11).
2. Albouy, V.; Davezies, L. y Debrand, T. (2010). Health expenditure models: A comparison using panel data. *Economic Modelling*, 27(4), 791-803.
3. Best, J.; Veenstra, D. y Geppert, J. (2001). Trends in expenditures for Medicare liver transplant recipients. *Liver Transplantation*, 7(10), 858-862.
4. Box, G. y Jenkins, G. (1976). *Time series analysis: Forecasting and control*. San Francisco: Holden Day.
5. Brockwell, P. y Davis, R. (2002). *Introduction to time series and forecasting* (2nd Ed.). Harrisonburg: Springer-Verlag.
6. Castillo-Laborde, C. y Villalobos, P. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*, 141, 1456-1463.
7. Clements, B.; Faircloth, C. y Verhoeven, M. (2007). Gasto público en América Latina: tendencias y aspectos clave de política. *Revista de la CEPAL*, 93, 39-62.
8. Ferrand, Y.; Kelton, C.; Guo, J.; Levy, M. y Yu, Y. (2011). Using time-series intervention analysis to understand U.S. Medicaid expenditures on antidepressant agents. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7(1), 64-80.
9. Gerdtham, U.; Sogaard, J.; Andersson, F. y Jönsson, B. (1992). An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries. *Journal of Health Economics*, 11(1), 63-84.
10. Govindaraj, R.; Chellaraj, G. y Murray, C. (1997). Health expenditures in Latin America and the Caribbean. *Social Science & Medicine*, 44(2), 157-169.
11. Greene, W. (2008). *Econometric analysis* (6th Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
12. Hansen, P. y King, A. (1996). *The determinants of health care expenditure: A cointegration approach*. *Journal of Health Economics*, 15 (1), 127-137.
13. Hitiris, T. y Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11(2), 173-181.
14. Ke, X.; Saksena, P. y Holly, A. (2011). The determinants of health expenditure. A country-level panel data analysis. *Working paper*, World Health Organization.
15. Kendall, M. y Ord, K. (1990). *Time series* (3rd Ed.). Londres: Edward Arnold.
16. Loh, C. (2015). Trends and structural shifts in health tourism: evidence from seasonal time-series data on health-related travel spending by Canada during 1970-2010. *Social Science and Medicine*, 132, 173-180.
17. MinSalud - Ministerio de Salud y Protección Social-. (2014). Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. *Boletín bimestral N° 2, Dirección de Financiamiento Sectorial*.
18. Murthy, V. y Okunade, A. (2016). Determinants of U.S. health expenditure: Evidence from autoregressive distributed lag (ARDL) approach to cointegration. *Economic Modelling*, 59, 67-73.
19. O'Meara, G.; Ruiz, F. y Amaya, J. (2003). *Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia*. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana.
20. Pérez-Valbuena, G. y Silva-Ureña, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*, Banco de la República, N° 218.
21. Samudram, M. ; Nair, M. y Vaithilingam, S. (2009). Keynes and Wagner on government expenditures and economic development: the case of a developing economy. *Empirical Economics*, 36(3), 697-712.
22. Sauerborn, R.; Nougara, A.; Hien, M. y Diesfeld, H. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 43(3), 281-290.
23. Tsay, R. (2005). *Analysis of financial time series* (2nd Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.





El Primer Plan Estadístico para fortalecer la gestión de la Supersalud

Ivonne Johana García Pulido ¹



Resumen

En el presente artículo la Oficina Asesora de Planeación de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), comparte los resultados y recomendaciones generadas en el proceso de planificación estadística, realizado para la formulación del primer Plan Estadístico Institucional (PEI). Este Plan pretende articular, organizar, consolidar y armonizar los procesos de producción estadística internos, mediante la adopción de estándares de calidad que permitan mejorar la disponibilidad, oportunidad y accesibilidad de los datos e información estadística, necesarios en la gestión institucional. De esta manera, a partir de una breve descripción del contexto normativo nacional e internacional, en materia de planificación estadística, se da a conocer la experiencia de la Supersalud al diagnosticar su actividad estadística actual, para finalmente señalar los retos y acciones de mejora a emprender sobre la cultura estadística institucional.

Palabras clave: planificación estadística, información estadística, registros administrativos.

¹ Administradora Pública, candidata a Magíster en Políticas Públicas en la Universidad de los Andes. Profesional Especializado de la Oficina Asesora de Planeación. Superintendencia Nacional de Salud, ivonne.garcia@supersalud.gov.co / ij.garcia10@uniandes.edu.co.



Introducción

La crisis económica internacional de 2008 a 2013, particularmente la europea, ha puesto de manifiesto la pérdida generalizada de confianza del público en las cifras o estadísticas oficiales de un país. Esta fuerte incredulidad planteó la necesidad de establecer responsabilidades regulatorias, técnicas y administrativas a las autoridades estatales y supranacionales con el fin de brindar información estadística veraz, oportuna, inteligible y pertinente (DANE, 2013).

En respuesta a estas crisis, organismos intergubernamentales, regionales o internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), la Comunidad Andina de las Naciones Unidas (CAN), y la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), se han pronunciado con respecto a la importancia de promover el fortalecimiento de la institucionalidad, infraestructura y normalización estadística.

La Eurostat de la Comisión Europea, por ejemplo, ha promovido el uso del Código de Prácticas de Estadísticas Europeas (EcoP), a partir del 2011, conformado por 15 principios, que abarcan orientaciones sobre el entorno institucional, los procesos estadísticos y la armonización de información estadística. Cada principio es medido a través de un conjunto de indicadores de buenas prácticas, lo que constituye un marco común de calidad en principio para el Sistema Estadístico Europeo (EUROSTAT, 2011).



Por su parte, la CEPAL elaboró en el mismo año el Código Regional de las Buenas Prácticas Estadísticas para América Latina y el Caribe, conformado por 17, principios junto con los criterios de cumplimiento y práctica. Esta norma latinoamericana, concebida como un instrumento técnico y regulador de la actividad estadística, tiene su propio énfasis y es mejores prácticas para la generación y difusión de estadísticas comparables, oportunas y pertinentes para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas de desarrollo económico, social y ambiental de la región (CEPAL, 2011).



Lo anterior se soporta en los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales, reafirmados en 2013 por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, los cuales han sido aplicados desde su aprobación en 1994 por la Comisión Estadística y actualmente se constituyen en el referente internacional de directrices de carácter general sobre los sistemas estadísticos nacionales.

Es preciso resaltar que la OCDE, es una de las fuentes más grandes y confiables en el mundo de datos estadísticos sobre aspectos económicos y sociales. Este órgano intergubernamental ha innovado en la recopilación y difusión de las estadísticas y ha contribuido significativamente al desarrollo de estándares estadísticos internacionales dentro de un amplio rango de temas de política pública y especialmente aplicados a los países miembros (OCDE, 2014).





Además, para el año 2015 el Consejo de la OCDE adoptó como instrumento jurídico específico en el ámbito de las estadísticas, al documento que contiene el conjunto de recomendaciones sobre buenas prácticas estadísticas, el cual se estructuró a partir de las directrices internacionales existentes y las revisiones de adhesión en la que estuvo incluido el Sistema Estadístico de Colombia (OCDE. 2015).

En el país desde mediados del siglo pasado, la información estadística se considera como un bien público y fue con la creación del Departamento Administrativo de Estadística (DANE), a través del Decreto 2666 en 1953, que se empezó un proceso estadístico sólido sobre los datos demográficos, económicos, sociales, políticos y culturales fortalecidos año tras año y que hoy le permiten al país contar con cifras fundamentales de las características más relevantes de su población y de gran prioridad nacional.



Desde su origen mismo, el DANE como coordinador y proveedor de la estadística oficial, ha estado sometido a permanentes transformaciones en su marco normativo y en su capacidad institucional. El reciente desarrollo del Sistema Estadístico Nacional (SEN), ha empoderado a un conjunto de actores, incluidas las entidades públicas de la rama ejecutiva, como productores y usuarios de operaciones e información estadística, con el fin de contribuir a la toma de decisiones del Gobierno y a un mejor diseño, monitoreo e implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en el país (DANE, 2014).



Además, en el marco de la modernización organizacional en materia estadística, el DANE ha implementado procesos de planificación, normalización y calidad estadística al unísono de las tendencias internacionales. Es importante resaltar que los procesos de planificación estadística se utilizan para la formulación de planes estadísticos, mediante metodologías, instrumentos y herramientas técnicas sugeridas por el DANE, para el nivel nacional y territorial.

Es así como la Supersalud, siendo miembro del SEN, incursionó al finalizar el año 2015, en una alianza estratégica de cooperación administrativa con la Dirección de Regulación, Planeación, Normalización y Estandarización (DIRPEN), del DANE. Esto con el fin de recibir asistencia y acompañamiento técnico en la formulación de su primer PEI, el cual permitió identificar, caracterizar y priorizar la información estadística producida y requerida por la entidad, en el ejercicio de sus funciones misionales.

De esta manera, el presente artículo describe en la primera parte un breve contexto nacional e internacional del desarrollo de la planificación estadística; en la segunda parte, señala las etapas metodológicas desarrolladas para formular el PEI y los resultados principales que caracterizan la actividad estadística en la Supersalud, y por último, evidencia las estrategias y acciones a implementar por la entidad frente a las problemáticas y limitaciones en la producción estadística institucional.





I. Contextualización normativa de la planificación estadística

La regulación normativa nacional, asociada al desarrollo de la actividad estadística, ha sido fundamentada en referentes internacionales. A partir del año 2005, con el proyecto de cooperación entre la Andestad² y el DANE, se ha buscado mejorar la calidad de las estadísticas que sirven para la buena preparación, gestión y evaluación de las políticas públicas y armonizar las metodologías estadísticas para hacer comparable la información entre los países (DANE, 2009).

En el año 2006, la incursión de Colombia en una serie de reuniones técnicas y misiones de asistencia promovidas por el Banco Mundial (BM), PARIS 21³ y la Comunidad Andina - CAN, permitió avanzar en un ejercicio de planificación estadística nacional al lograr la elaboración de su primer Plan Estadístico Nacional (PEN). Posteriormente, el DANE estableció los criterios y lineamientos metodológicos para la formulación de planes estadísticos en el país.

Luego, en el año 2009 el concepto favorable del Departamento Nacional de Planeación (DNP), para la inscripción del Proyecto de Inversión de Planificación y Armonización Estadística, materializa el apoyo formal del Programa para el fortalecimiento de la información pública y el seguimiento y evaluación para la gestión por resultados en Colombia (Véase CONPES 3515 de 2008).



-
- 2 Este proyecto desarrollado entre la Unión Europea y la Comunidad Andina tuvo el objetivo de transferir la experiencia europea en materia de integración estadística y como resultado contribuyó a la armonización, mejora de la calidad y difusión de las estadísticas de los países miembros de la región andina (SGCAN, 2010).
 - 3 Hace referencia a la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL en el marco del acuerdo para la colaboración en las estadísticas para el desarrollo en el siglo XXI (CEPAL, 2006)

Para ese momento, los procesos de planificación estadística se desarrollaron tanto a nivel nacional como territorial. Por mencionar algunos casos, la Superintendencia de la Economía Solidaria (Supersolidaria), y el Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), entre otras entidades públicas del orden nacional, formularon sus planes estadísticos en conjunto con la asesoría técnica del DANE en los años 2005 y 2009 respectivamente.



Cabe resaltar que estas entidades apostaron por elaborar, adoptar e implementar una programación técnica para organizar y mejorar la producción y difusión de estadísticas de probada utilidad para el cumplimiento de sus objetivos misionales. El caso de Supersolidaria, por ejemplo, identificó que para el ejercicio de su función de supervisión era necesario adoptar y aplicar mejores técnicas de medición estadística; fortalecer sistemas de información para garantizar la oportunidad, disponibilidad y accesibilidad de datos requeridos; y aplicar análisis de calidad estadística sobre los indicadores producidos (Supersolidaria, 2005).

Y en el caso de Coldeportes, el proceso de formulación del Plan permitió identificar una oferta estadística compuesta por 31 operaciones estadísticas y 46 indicadores propios (Coldeportes, 2009, p. 44), sobre la cual fue necesario intervenir con acciones de mejora enfocadas en una mayor difusión de resultados estadísticos, uso de metodológicas y tecnologías para la producción estadística y articulación entre Coldeportes, con los demás entes y organizaciones que conformaban el Sistema Nacional del Deporte.





Por otra parte, las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, establecen la estrategia Buen Gobierno, la cual sustenta el desarrollo de la Política Pública de Transparencia y el acceso a la información pública con la Ley 1712 de 2014. Esta Ley unifica las normas y la jurisprudencia ajustándola a parámetros internacionales y establece el principio de divulgación pública proactiva de la información producida por el Estado, incluida la información estadística, sin que medie una petición para ello, salvo las que tengan reserva legal (DNP, 2013, p. 409).

Conforme a lo anterior, la Ley 1753 de 2015 *“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Todos por un nuevo país”*, no solamente en el artículo 160 crea el Sistema Estadístico Nacional (SEN), y designa al DANE como el rector, coordinador y regulador del mismo, sino que también le atribuye el rol de formular el Plan Estadístico Nacional quinquenal, el cual será aprobado por el Consejo Asesor Nacional de Estadística.

Lo anterior se reglamentó con el Decreto 1743 de 2016, el cual estableció en el artículo 1.3.1.5 entre otras obligaciones de los integrantes del SEN la de cumplir con las estrategias y acciones establecidas en el PEN; cumplir con principios y buenas prácticas de las estadísticas oficiales, garantizar la producción y difusión oportuna de estadísticas; así como la producción de registros administrativos en el ámbito de su competencia.

Por último, el DANE mediante las resoluciones 1418 y 1419 de 2017, expide los lineamientos para el proceso estadístico en el SEN y la Norma Técnica de la Calidad para la generación de estadísticas (NTC PE 1000:2017), en cumplimiento del párrafo 1 del artículo 160 de Ley 1753 de 2015, numeral 6 y 7 del artículo 2.2.3.1.7 y artículo 2.2.3.2.5 del Decreto 1743 de 2016. Estas normas deben ser implementadas por las entidades que integran el SEN, porque permiten desarrollar directrices, instrumentos y estándares técnicos para apoyar los procesos de planificación, producción, difusión y evaluación de las operaciones estadísticas.

De acuerdo a este contexto de planificación estadística, la Supersalud, como entidad del orden nacional del Sector Salud, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), y miembro activo del SEN, realizó el proceso de formulación de su plan estadístico institucional con el principal objetivo de identificar, caracterizar, priorizar y diagnosticar el estado de su actividad estadística en el ejercicio de sus funciones misionales, atendiendo en todo caso a los referentes nacionales e internacionales mencionados y en cumplimiento de sus obligaciones legales en materia estadística.

II. Resultados del proceso de formulación del Plan Estadístico

La metodología acogida para la formulación del Plan Estadístico de la Superintendencia, consistió en la ejecución secuencial de cinco (5), etapas técnicas (véase Figura 1), y la participación activa de directivos, funcionarios y contratistas que desempeñan roles y funciones relevantes en la gestión y producción estadística institucional. A continuación, se presentan los principales resultados:

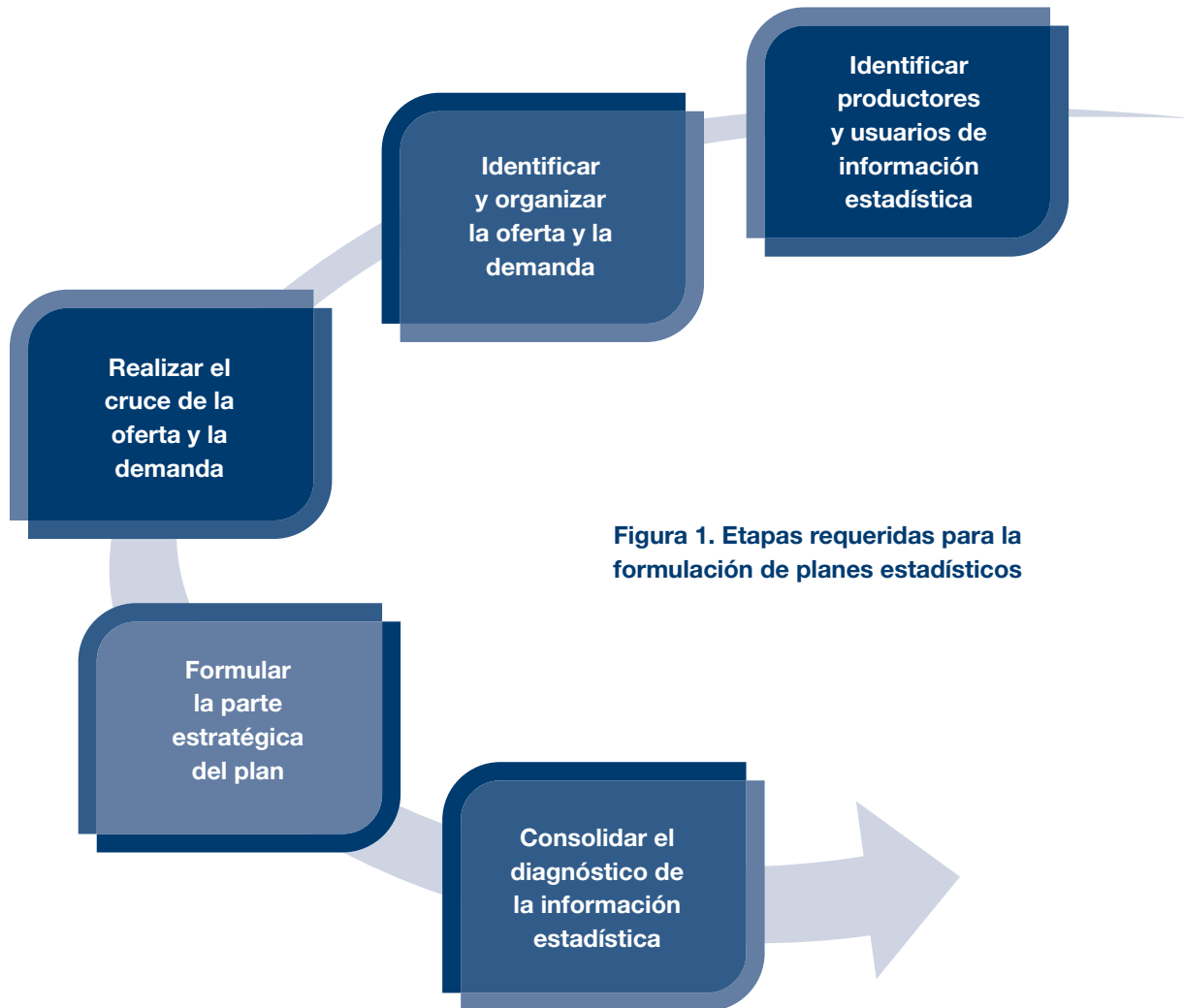


Figura 1. Etapas requeridas para la formulación de planes estadísticos

Fuente: DANE. 2012. Diagrama 2 Procesos para la formulación del Plan Estadístico. pp. 14.
Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/sen/planificacion/metodologia/PFPlanEstadistico.pdf>

4 El referente metodológico consultado y adaptado por la Superintendencia Nacional de Salud, para la formulación de su Plan Estadístico, fue lo consagrado en los documentos técnicos: Metodología de Planificación Estadística Estratégica Institucional, expedida por DANE en el año 2009 y Metodología para la formulación del Plan Estadístico Nacional -PEN, expedida por DANE en el año 2012. Para su consulta acceder al siguiente link: <http://www.dane.gov.co/index.php/sistema-estadistico-nacional-sen/planificacion-estadistica/metodologias>.



La primera etapa identificó los productores y usuarios de información estadística de la Superintendencia. Esta exploración institucional permitió concluir que todas las dependencias misionales son productoras de estadísticas relevantes y a la vez son usuarias de datos e información estadística producida por otras dependencias internas de la entidad o por otras entidades del sector público.

Al consolidar los actores involucrados en la actividad estadística de la Superintendencia, se procedió a ejecutar la segunda etapa para la formulación del PEI, en la cual se diseñó y desarrolló el esquema metodológico y operativo para la recolección, procesamiento y consolidación de datos correspondientes a las operaciones estadísticas⁵ y la demanda satisfecha e insatisfecha de información estadística identificada en la entidad.

Los resultados de la caracterización de la Oferta y Demanda Estadística de la Superintendencia (véase Tabla I), se soportan en la aplicación y análisis de la información generada de los formularios F1 y F2, los cuales fueron automatizados en una herramienta electrónica institucional denominada *SharePoint*, gracias al apoyo de la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI), y que permitió el acopio, almacenamiento y acceso en línea de los datos.

Tabla I. Oferta y Demanda Estadística de la Supersalud 2017

Nombre de la Superintendencia Delegada productora de estadísticas	OFERTA			Demanda Insatisfecha	Demanda Satisfecha
	Operaciones Estadísticas	Producto Estadístico	Resultados-Información Estadística		
SD para la Función Jurisdiccional y de Conciliación	3	5	17	1	4
SD para las Medidas Especiales	1	3	12	4	7
SD de Procesos Administrativos	2	2	5	0	2
SD para la Protección al Usuario	4	5	16	3	9
SD para la Supervisión Institucional	6*	8	27*	10	14
SD para la Supervisión de Riesgos	4	7	34	8	8
Total	20	30	121	42	56

Fuente. Elaboración propia. Oficina Asesora de Planeación – Grupo de Estudios y Estadísticas. 2017. Cuadro generado a partir de los registros disponibles en el Inventario General de Producción y Demanda Estadística.

⁵ Se entiende por Operación Estadística “la aplicación de un proceso estadístico sobre un objeto de estudio, que consiste en la secuencia de un conjunto de fases y actividades encaminadas a la producción de información estadística” (DANE, 2017). Se recomienda consultar concepto y tipo de operaciones estadísticas en el documento Lineamientos para el Proceso Estadístico en el Sistema Estadístico Nacional. DANE. 2017.

Como se observa en la Tabla I., se identificó y caracterizó para cada Superintendencia Delegada el total de operaciones, productos y resultados estadísticos y el total de los requerimientos (demanda satisfecha), y necesidades de información estadística (demanda insatisfecha), conforme a su quehacer institucional.

Se resalta que la mayor producción estadística se encuentra en la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, pues de las seis operaciones estadísticas asociadas, se generan aproximadamente 27 resultados estadísticos distintos correspondientes al ejercicio de sus funciones de vigilancia e inspección sobre los vigilados del Sistema de Salud Colombiano (véase Tabla I.).

Sin embargo, la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos y la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, también presentan una producción estadística valiosa. La primera focalizada en la generación de estadísticas que soportan la medición de la gestión del riesgo en salud y económico sobre los vigilados y la segunda principalmente realiza análisis estadísticos sobre el comportamiento de las respuestas de EPS a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), regulares interpuestas en la Supersalud por los usuarios con respecto a los servicios de atención en salud.

Ahora bien, la tercera etapa para la formulación del PEI, consistió en realizar el cruce de la Oferta y Demanda Estadística de la Superintendencia, mediante el análisis sobre los flujos de información estadística internos y la priorización de necesidades de información estadística de interés institucional.

Los resultados obtenidos evidenciaron los principales aspectos y elementos clave de la actividad estadística institucional, susceptibles de acciones de mejora. Por ello, la Superintendencia debe apostarle a fortalecer la articulación y coordinación de los procesos de producción estadística y los sistemas de información internos que los soportan; además robustecer la capacidad metodológica a través de la estandarización y uso de técnicas estadísticas que potencialicen los esfuerzos institucionales de las nuevas aplicaciones o herramientas electrónicas desarrolladas; y finalmente es indispensable completar la documentación formal de las fases de diseño, recolección, procesamiento, análisis y difusión de datos e información estadística a nivel institucional.

De esta manera, la cuarta etapa correspondió a la estructuración y consolidación del diagnóstico de la actividad estadística en la entidad, donde se evidenció en gran medida que las oportunidades de mejora mencionadas anteriormente han pernotado a la gestión institucional, la necesidad de consolidar y vigorizar la disponibilidad de datos e información estadística con altos niveles de calidad que permita a la alta dirección tomar decisiones bajo un marco de credibilidad, coherencia, oportunidad y veracidad.

Finalmente, la quinta etapa correspondió a la estructuración del esquema estratégico del Plan Estadístico, a partir de los resultados del diagnóstico con corte de junio de 2017. Este esquema definió los objetivos, componentes estratégicos y acciones institucionales, que se pretenden implementar en los próximos dos años en la Superintendencia, a través de planes de acción anualizados.

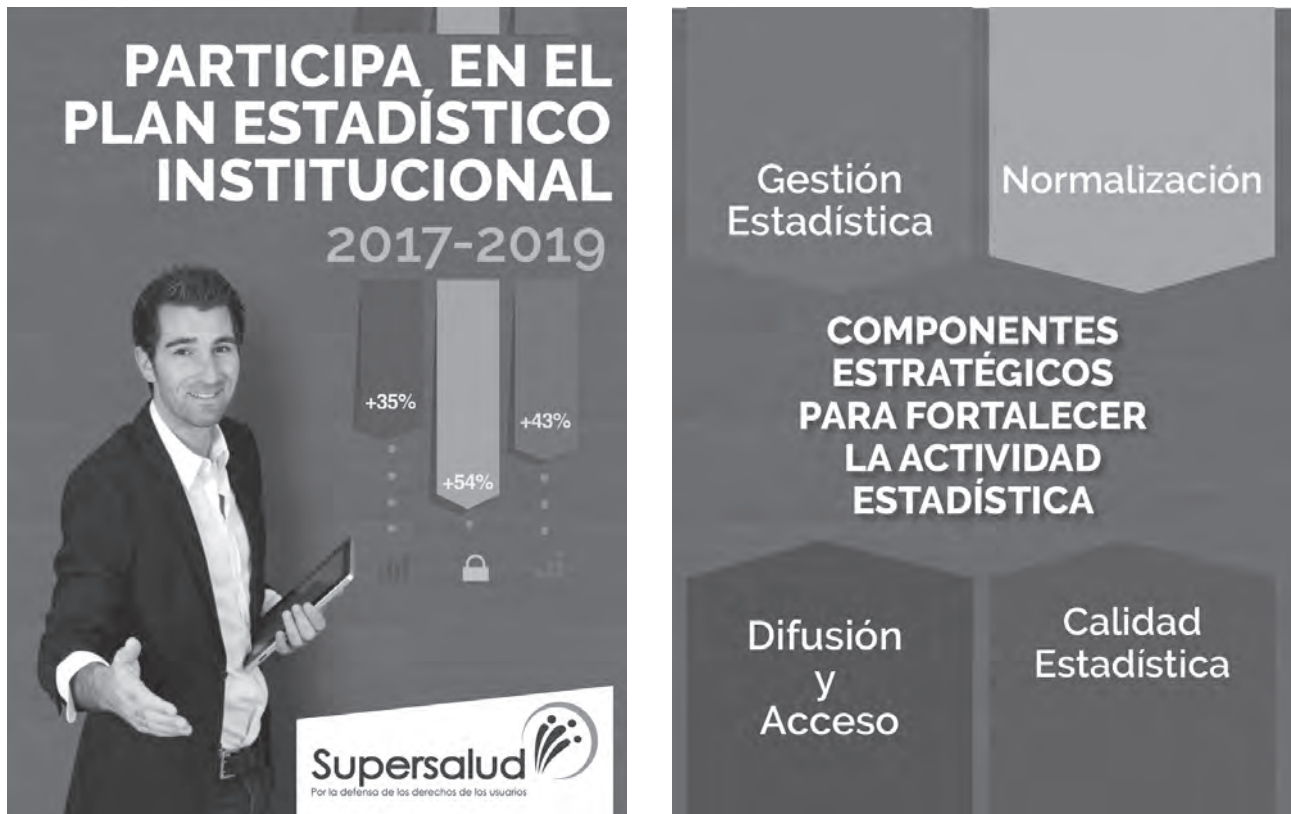




III. Estrategias y actividades a implementar con el Plan Estadístico Institucional 2017-2019

La Superintendencia Nacional de Salud le apuesta al Plan Estadístico Institucional 2017- 2019, como la ruta estratégica para articular, organizar, visibilizar y armonizar los procesos de producción estadística internos. Este Plan es el instrumento que permitirá fortalecer la capacidad técnica de la entidad en materia estadística y promover una cultura estadística en la gestión institucional, con el fin de que se constituya en un soporte eficiente para la alta dirección, frente a compromisos misionales, sectoriales y de Gobierno Nacional.

Figura 4. Componentes estratégicos PEI 2017-2019



Fuente: Pieza gráfica diseñada por la Oficina de Comunicaciones e Imagen Estratégica de la Superintendencia Nacional de Salud, socializada en la campaña institucional “*Súmate a la implementación del Plan Estadístico Institucional*”. 2017.



El plan está conformado por cuatro componentes estratégicos (Véase Figura 4.). El primer **Componente Normalización Estadística**, pretende formalizar e implementar lineamientos, políticas, normas técnicas, estándares y buenas prácticas, para fortalecer la actividad estadística institucional, basada en los referentes nacionales e internacionales en materia estadística. Este componente está integrado por dos acciones: la definición del Modelo de Producción Estadística para la Entidad y la de Política Estadística Institucional procesos y procedimientos.

El segundo **Componente Gestión Estadística** busca fortalecer, documentar y articular los procesos estadísticos internos a través de tres acciones: fortalecer y caracterizar las operaciones estadísticas identificadas en la entidad conforme a las fases del modelo de producción estadística institucional; estandarizar los registros administrativos de uso y potencial uso estadístico y fortalecer la capacidad estadística en el personal encargado.

El tercer **Componente Difusión y Acceso**, se enfoca en ampliar la usabilidad de los mecanismos y canales de comunicación institucional para consultar, divulgar, socializar y publicar los resultados, productos o información estadística de la Entidad. Las acciones asociadas son: establecer calendarios de difusión; consolidar los convenios de interoperabilidad institucional, emprender procesos técnicos y de buenas prácticas a nivel institucional para la publicación y consulta de datos e información estadística.

El cuarto y último **Componente Calidad Estadística**, establecerá la coordinación de instrumentos, herramientas, recursos y procedimientos, que aseguren la calidad estadística sobre los procesos de producción estadística, con el fin de satisfacer los requerimientos y necesidades de los usuarios. Las acciones se enfocan en el conocimiento y aplicabilidad de los atributos y requisitos de calidad establecidos por el DANE sobre los procesos internos, e institucionalización de procesos de evaluación y certificación de calidad sobre las operaciones estadísticas de la entidad, conforme a las NTC PE 1000:2017.





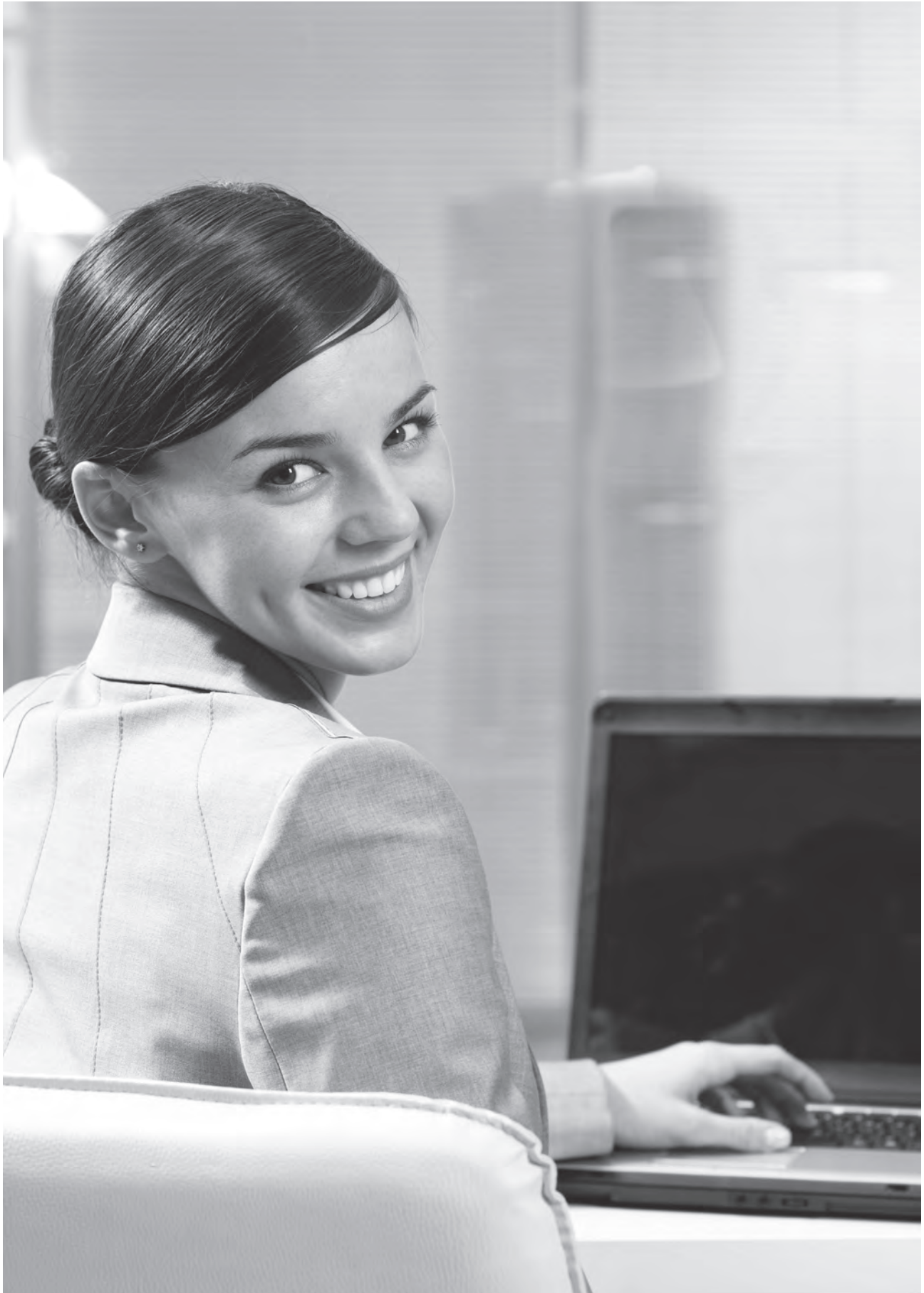
Plan Estadístico 2017-2019: beneficios a futuro

Entender que los planes estadísticos son el resultado de un ejercicio de planificación concertado y consciente, pero que además es un proceso técnico, dinámico y permanente entre las áreas productoras de una organización (DANE, 2013), permite dilucidar que la experiencia de la Superintendencia Nacional de Salud, marca una pauta al empoderarse en materia estadística y ser reconocida como la primera Superintendencia al unísono de las tendencias y estándares estadísticos internacionales.

El desarrollar los componentes estratégicos y las acciones propuestas del Plan Estadístico Institucional 2017-2019, pretende enfocar la actividad estadística en el uso eficiente de los recursos humanos, financieros y tecnológicos abocados a contar con información estadística oportuna, confiable y comparable en el tiempo que permita fortalecer los procesos de vigilancia, inspección, control, protección al usuario y participación y administración de justicia y conciliación. El enfoque basado en procesos estadísticos en la Superintendencia visiona el mejoramiento de la gestión institucional con una supervisión rígida a la Salud en términos de que el aseguramiento, la financiación, la prestación de servicios, la vigilancia de la salud pública y gerencia en salud del SGSSS refleje impactos positivos a futuro sobre la población colombiana.

Lograr organizar y armonizar los procesos, el personal y las dinámicas técnicas y tecnológicas en la Superintendencia, en todo caso dirigidos a aumentar y robustecer la oferta estadística institucional, permitirá aportar al SEN estadísticas oficiales a través de operaciones estadísticas de calidad, con el propósito de que el Gobierno Nacional las utilice para tomar decisiones sobre las políticas, programas y planes del sector salud, e impactar de manera positiva la realidad sociodemográfica en salud del país.

Finalmente, le queda a la Superintendencia Nacional de Salud apropiarse de una cultura estadística institucional y consolidar alianzas estratégicas con entidades del sector salud que le brindarán tecnificación y mayor profesionalización en el conocimiento, gestión y valoración de los datos e información estadística al unísono de las bondades de las tecnologías de la información y la comunicación de última generación.



Referencias

- OECD. (2003). *Quality Framework and Guidelines for OCDE Statistical Activities*. Versión 2003/1.
- INE (2007). Dimensiones de la calidad según OECD y EUROSTAT. *Estudios Chile*. Recuperado de: http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/estudios_y_documentos/estudios/dimensionesdecalidad_4.pdf
- CAN-UNIÓN EUROPEA (2010). Principales resultados de Proyecto ANDESTAD. *5 años por la Armonización Estadística Andina*. San Isidro Lima. Perú. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/noticias/andestad_documento_final.pdf
- DANE (2011). *Código Nacional de Buenas Prácticas para las estadísticas nacionales*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/sistema-estadistico-nacional-sen/calidad-estadistica/aspectos-generales/modelo-de-calidad/codigo-de-buenas-practicas>
- DNP. (2013). *Bases Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Todos por un nuevo país. Paz, Equidad, Educación. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf>
- Díaz C, Yolima A. (2013). *La estadística en Colombia, una evolución fundamental para la toma de decisiones*. CAN-DANE. *Magazín de la gestión estadística* ib, (6), p. 14-23.
- Congreso de la República. (2015). *Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Todos por un nuevo país". Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=61933>
- DANE (2016). *Pilares fundamentales del instrumento para el aseguramiento de la calidad estadística*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/sistema-estadistico-nacional-sen/calidad-estadistica/aspectos-generales/modelo-de-calidad>
- DANE (2017). *Lineamientos para el proceso estadístico en el Sistema Estadístico Nacional SEN*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/sen/normatividad/Lineamientos_Proceso_Estadistico.pdf
- DANE- INCONTEC (2017). *Norma Técnica de la Calidad del Proceso Estadístico. Requisitos de calidad para la generación de estadísticas*. Resolución 1418 de 2017. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/sen/normatividad/NTC_Proceso_Estadistico.pdf
- OCDE. (2014). *El trabajo estadístico de la OCDE 2013-2014*. Recuperado de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/EI%20trabajo%20estad%C3%ADstico%20de%20la%20OCDE%20EBOOK.pdf>
- OCDE. (2015). *Recomendación del Consejo de la OCDE sobre buenas prácticas estadísticas*. INE. Perú.
- ONU. (2014). *Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 29 de enero de 2014. Recuperado de: <https://unstats.un.org/unsd/dnss/gp/FP-New-S.pdf>
- EUROSTAT. (2011). *Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas*. Sistema Estadístico Europeo. INE. Recuperado de: http://www.minetad.gob.es/es-ES/Indicadores-yEstadisticas/Documents/Codigo_de_buenas_practicas.pdf
- CEPAL-NACIONES UNIDAS (2011). *Código Regional de Buenas Prácticas en Estadísticas para América Latina y el Caribe*. Conferencia Estadísticas de las Américas de la Cepal. Bávaro-Republica Dominicana. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/noticias/BuenasPracticas_es.pdf?phpMyAdmin=a9ticq8rv198vhk5e8cck52r11
- SUPERSOLIDARIA. (2005). *Formulación Plan Estadístico de la Superintendencia de la Economía Solidaria*. Agosto. Bogotá, Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/files/sen/planificacion/planes/Supersolidaria.pdf>
- COLDEPORTES. (2009). *Plan Estadístico del Instituto Colombiano del Deporte*. Abril. Bogotá. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/files/sen/planificacion/planes/COLDEPORTES.pdf>

Enfermedades Raras en Colombia: brecha entre regulación y acceso efectivo a la Salud

Chaves, Restrepo Angela Patricia ¹



Introducción

En Colombia, la regulación en Salud para las Enfermedades Raras (ER), ha tenido importante desarrollo en comparación con los demás países de América Latina, promovidos por la confluencia de una comunidad civil empoderada, una voluntad política presente y la apertura de espacios de construcción donde participan varios actores sociales relacionados con el tema.

Sin embargo, las dificultades en el acceso al derecho fundamental a la salud persisten y parecieran agravarse debido a condiciones presentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: problemas estructurales de relación transaccional entre agentes, inequidad, ineficiencia administrativa y pobre conciencia de pertenencia, lo cual favorece la desconfianza y mina el compromiso de todos los agentes con la sostenibilidad y funcionamiento del sistema.

El acceso se ve afectado también por la falta de aplicación de soluciones con enfoque diferencial. El Sistema de Salud se encuentra orientado a la atención de las enfermedades más prevalentes y eventos agudos. La ausencia de flexibilidad y adaptación de este, sumado a la deficiencia de recursos, impide tomar las medidas especiales que se necesitan para lograr adecuada atención a los pacientes y familias

¹ Odontóloga, Universidad del Bosque, Profesional en Ciencias de la Información, Universidad del Quindío. Estudiante Posgrado Máster en Desarrollo Humano, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Presidente FEDERACION COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS. Coordinadora COMUNIDAD DE ENFERMEDADES RARAS LATINOAMERICA. Miembro Junta Directiva SOCIEDAD ISPOR COLOMBIA. presidencia@fecoer.org



El mejoramiento del acceso a la salud para los pacientes de ER, requiere la generación de un pacto social de cambio del Sistema de Salud con un verdadero ejercicio de rectoría y vigilancia, el desarrollo de la transparencia y el empoderamiento ciudadano para el cumplimiento de los deberes con el Sistema, el cambio de los incentivos transaccionales entre actores y la transformación de prácticas y paradigmas para resolver las brechas de inequidad presentes por ausencia de conocimiento, en cuanto al comportamiento de estas enfermedades y la población que las sufre.

El presente artículo presenta la situación regulatoria para estas enfermedades y su población, evidencia algunas posibles causas de la falta de acceso y cierra con una discusión final para discernir acciones hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de los afectados.

Palabras clave: enfermedades raras, acceso a la salud, regulación

Avances regulatorios para las ER en Colombia

El primer hito regulatorio en Colombia específico para las ER se presenta en el año 2010 con la sanción de la Ley 1392 “Ley de Enfermedades Huérfanas”, la cual, modificada por la Ley 1438 de 2011, las define como aquellas con una prevalencia de uno por cada cinco mil personas y que tienen características crónicamente debilitantes, graves y de amenaza a la vida. ¹

Desde entonces Colombia ha desarrollado regulaciones que han permitido un reconocimiento de estas enfermedades como de especial interés en salud pública, lo que ha impulsado la expedición de decretos y resoluciones que determinan, entre otros factores, cuáles son las ER reconocidas como tales en el país, el desarrollo de un censo que permitió la caracterización de 13.125



pacientes y la identificación de 653 ER (menos del 33% de estas se encuentran incluidas en el Listado de ER aceptado por Minsalud), (Mateus, 2017). De la misma manera se han definido acciones en el Plan Decenal de salud Pública 2012 - 2021.



Más allá, y gracias a la intervención de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras (FECOER, 2013), en el desarrollo legislativo de Ley Estatutaria en Salud, se da un paso más hasta llegar al reconocimiento de los pacientes con ER como sujetos de especial protección, para los cuales la atención no está limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica (Artículo 11, Ley 1751 de 2015). En esta misma Ley se exime a los pacientes de las exclusiones determinadas en cuanto al cubrimiento de tratamientos (Artículo 15). La vigilancia en Salud Pública aparece posteriormente a finales del año 2015 por parte del Instituto Nacional de Salud a través de la Reglamentación del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de ER, con el fin de mantener actualizado un registro sistemático con la información de los pacientes con diagnóstico confirmado, de acuerdo al listado definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. La vigilancia busca también generar información sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y distribución geográfica de los casos, facilitando la identificación de medidas necesarias para orientar acciones en recursos sanitarios, sociales y científicos requeridos para su atención.

De otra parte el desarrollo de mesas permanentes de trabajo entre organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, entre las que se cuentan la Mesa Nacional de ER del Ministerio de Salud, la Mesa Distrital de ER en Bogotá, la Mesa Municipal de ER de Cali y la Mesa Departamental de ER del Valle del Cauca, estas tres últimas reglamentadas formalmente, facilita las dinámicas de formulación de política pública e implementación de acciones nacionales y regionales.



El desarrollo de Regulaciones relativas a las ER puede apreciarse en la Tabla 1:

Tabla 1. Avances Regulatorios para las ER a partir de la sanción de la Ley 1392 de 2010 - Fuente Propia

Norma	Avance Nacional
Ley 1392 - 2010	<p>» Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.</p>
	<p>Creación de la Mesa Nacional de ER-2012</p>
Decreto Reglamentario 1954 - 2012	<p>» Por medio del cual se “implementa el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas”.</p>
	<p>Apertura de convocatoria por parte del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación –COLCIENCIAS- para el desarrollo de Guías de Atención Integral para ER-2012</p>
Resolución 430 - 2013	<p>» Por medio de la cual se define el Listado de ER.</p>
Resolución 3681 - 2013	<p>» Mediante la cual se definen los requerimientos y contenidos técnicos de la información a reportar por única vez, a la Cuenta de Alto Costo, para la elaboración del Censo de Pacientes con Enfermedades Huérfanas.</p>
Resolución No 1841 - 2013	<p>» El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 considera el “Desarrollo e implementación de modelos especiales de cuidado integral a personas con enfermedades huérfanas, para ser implementados en los prestadores de servicios de salud que atiendan estas poblaciones”. “La atención a la discapacidad y enfermedades huérfanas” fue definida como acción prioritaria en la Dimensión de “Vida Saludable y Condiciones no transmisibles”.</p>
Acuerdo 537 Norma Local - 2013	<p>» “Por medio del cual se ordena implementar una estrategia para promover la detección temprana, seguimiento, rehabilitación y vigilancia a las personas afectadas por enfermedades huérfanas en el Distrito Capital”.</p>
Sentencia C-313/14 Norma de Orden General - 2014	<p>» Corte Constitucional ratifica a los afectados como sujetos de especial protección.</p>
Resolución 2048 - 2015	<p>» Por la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas y se define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.</p>
Resolución 123 - 2015	<p>» Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de coagulación a la Cuenta de Alto Costo.</p>



Norma	Avance Nacional
Ley 1751 Ley Estatutaria en Salud - 2015	 Mediante la cual se ratifica situación de especial protección de los afectados por ER, enunciada en la Sentencia C-313 de 2014.
Resolución 1147 Norma local Resoluciones 1492 y 1514 Norma Local - 2015	 Por medio de las cuales se reglamenta la Mesa Técnica Distrital de Enfermedades Huérfanas y se incluyen nuevos integrantes en la Mesa.
Circulares 049/15-022/16-009/17 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de ER - 2015	 Mediante los cuales se ordena reporte obligatorio y desarrolla acciones para la vigilancia epidemiológica de las ER.
Convocatoria No. 724 - 2015	 Convocatoria de COLCIENCIAS para fortalecimiento en investigación sobre ER, dando prioridad a programas que integren la detección oportuna, intervención en pacientes, cuidadores y sensibilización social.
Convocatoria No. 744 - 777 - 2016	 Convocatoria de COLCIENCIAS para generar estrategias que mitiguen el riesgo de ocurrencia y reducción de la carga de la enfermedad con una línea para ER.
Acuerdo 403 Norma Local - 2016	 Por el cual se conforma en el Municipio de Santiago de Cali la Mesa Técnica Municipal de Enfermedades Huérfanas.
Ordenanza 431 Norma Regional - 2016	 Mediante la cual se crea la Mesa Técnica Departamental de Enfermedades Huérfanas y Ultra Huérfanas del Valle del Cauca.
Circular 011 - 2016	 La Superintendencia Nacional de Salud establece Instrucciones para la atención de ER para ser adoptadas por las EAPB, las IPS y las Entidades Territoriales.
Sentencia C 620/16 Norma General - 2016	 Corte Constitucional declara exequibilidad del inciso primero del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, <i>“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 2018 ‘Todos por un nuevo País’, en la medida en que se entienda que la inclusión de los requisitos para la expedición del registro sanitario, la evaluación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), y el análisis de costo-efectividad para la fijación del precio por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, no pueden constituirse en una barrera para el acceso a medicamentos requeridos por la población en general, con inclusión de aquellos de alto costo y necesarios para el tratamiento de enfermedades huérfanas.</i>
<p>En curso se encuentra la reglamentación “Por la cual se define el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacias para la atención integral de las Enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de Centros de Referencia para la atención de Enfermedades Huérfanas”.</p>	

Fuente: Elaboración Propia



La Tabla 1 permite evidenciar un avance sistemático y progresivo en la adopción de medidas para el desarrollo de acciones afirmativas en ER, reconociéndolas como un evento de especial interés en salud pública y posicionando el reconocimiento de las personas con este diagnóstico como sujetos de especial protección. De igual forma se evidencian esfuerzos en la promoción de medidas Nacionales y Regionales y la asignación de un porcentaje del presupuesto para la investigación científica y social.

Aunque no se han realizado estudios previos sobre impacto de esta regulación sobre la situación real de acceso para los pacientes con ER (con criterios de desenlace, observados y percibidos, indicadores epidemiológicos o medidas de resolutiveidad de los servicios), se ha tomado en cuenta la percepción general acerca de la atención en salud de algunos informes colombianos, que no mejora, y al contrario parece deteriorarse. Estas percepciones negativas se encuentran relacionadas con privación y falta de continuidad en los tratamientos, carga burocrática para el acceso a los servicios, dificultades en la asignación de citas, y lo relativo a la formulación y entrega de medicamentos.

Así lo describe el informe del Banco de la República en cuanto al Sistema de Salud Colombiano: *“...hay una persistencia de las barreras de oferta, como la existencia de muchos trámites para una cita, el mal servicio percibido, la distancia hasta el centro de atención, y barreras de demanda como la gravedad percibida de la enfermedad, la falta de dinero y la desconfianza hacia los médicos”* (Ayala García, 2014) ³







Según Informe de Minsalud acerca de la percepción de los servicios prestados por las EPS en el año 2016 a la población colombiana⁴, se encontró que existen rangos muy disímiles en cuanto a la entrega de medicamentos según Región -entre el 19 y el 95% de pacientes recibió en la primera solicitud, los medicamentos que le fueron formulados-. De otra parte, hasta un 37% de pacientes en ciertas regiones recibieron parcialmente los medicamentos y el resto nunca lo recibieron y hasta un 50 % de las personas que solicitaron servicios de salud fueron informados que no había agenda disponible.

De otra parte, en encuentro sectorial realizado el presente año por Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollos (Afidro), se detectó, con data provista por organizaciones de pacientes y otros actores del sistema⁵, que las cifras de estos últimos con respecto a la dispensación de tecnologías en salud difieren con las del Ministerio, existiendo una brecha considerable entre lo reportado por esta cartera, quien tiene un índice de entrega mayor al 60%, contra apenas un 20,4 % reportado por los demás actores.

La Defensoría del Pueblo a su vez muestra que la interposición de mecanismos judiciales para el acceso a los servicios de salud no se detiene y en sus resultados encontrados en 2014, evidencia *“que los colombianos tuvieron que acudir a 498.240 acciones para evitar vulneraciones de cualquier derecho fundamental, la cifra más alta desde que la Constitución de 1991 aprobó este mecanismo, de las cuales 118.281 tutelas fueron interpuestas para reclamar violaciones al derecho a la salud, con un incremento del 2,7%, en relación con el 2013, lo que representa un 23,7% del total de las tutelas durante dicho periodo. ...es altamente preocupante como factor de evaluación de la capacidad resolutoria del Sistema frente a las necesidades de atención en salud de la población”*⁶.

Desafortunadamente ninguno de los estudios e informes descritos anteriormente reporta resultados diferenciados para los pacientes con ER, cuestión que no permite eximirlos de sufrir las mismas o mayores dificultades. Es por esto que se hace imperativa la necesidad de enfocar esfuerzos a profundizar este objeto de estudio.



Dificultades en el acceso a la salud en Colombia: problema político estructural

Para poder entender las fallas en el acceso al derecho fundamental a la salud para los pacientes, incluidos los de ER, hay que remitirse a un factor relevante: los enfoques recientes del desarrollo económico y su explicación de la causalidad de las fallas de relación entre agentes en un sistema. La sociedad funciona con una serie de reglas políticas y económicas, creadas e impuestas por el Estado y los ciudadanos colectivamente. Bien lo expresan (Acemoglu, Robinson) en cuanto a que: *“Es el proceso político el que determina bajo qué instituciones económicas vive un país y son las instituciones políticas las que determinan cómo funciona este proceso, estipulando los incentivos individuales y colectivos de comportamiento dentro del Sistema”*.

El goce efectivo de los derechos de un paciente depende específicamente del diseño de un sistema de salud, que favorezca la distribución del poder entre el Estado y los ciudadanos usuarios del sistema. Esto no sucede en Colombia. El Sistema de Salud aún carece de carácter amplio, pluralista y refleja en su organización, la profundidad de las desigualdades e inequidades. Las decisiones políticas y regulatorias (Entre esas la Ley 100 de 1993), han impulsado dinámicas económicas fundamentadas en el desarrollo de un Sistema de Salud cuya competencia está basada en rendimientos financieros y no en valor para los pacientes. Investigadores como (Navarrete V, 2009), lo describen como un modelo de competencia gestionada en un país incapaz de adoptar un esquema de regulación, lo cual *“contribuye a empeorar las barreras ligadas a las insuficiencias estructurales y organizativas de los servicios, y a las condiciones socioeconómicas de la población...”*. Molina además describe nuestro Sistema en términos de *“la existencia de una tensión entre un modelo económico que propugna por la libertad individual y la propiedad privada, y por lo tanto,*



supone y fomenta la desigualdad y un modelo político que tiene como cometido fundamental la equidad, la prevalencia del interés general, la participación ciudadana en las decisiones colectivas y la función social de la propiedad” (Molina Marin, 2014.)



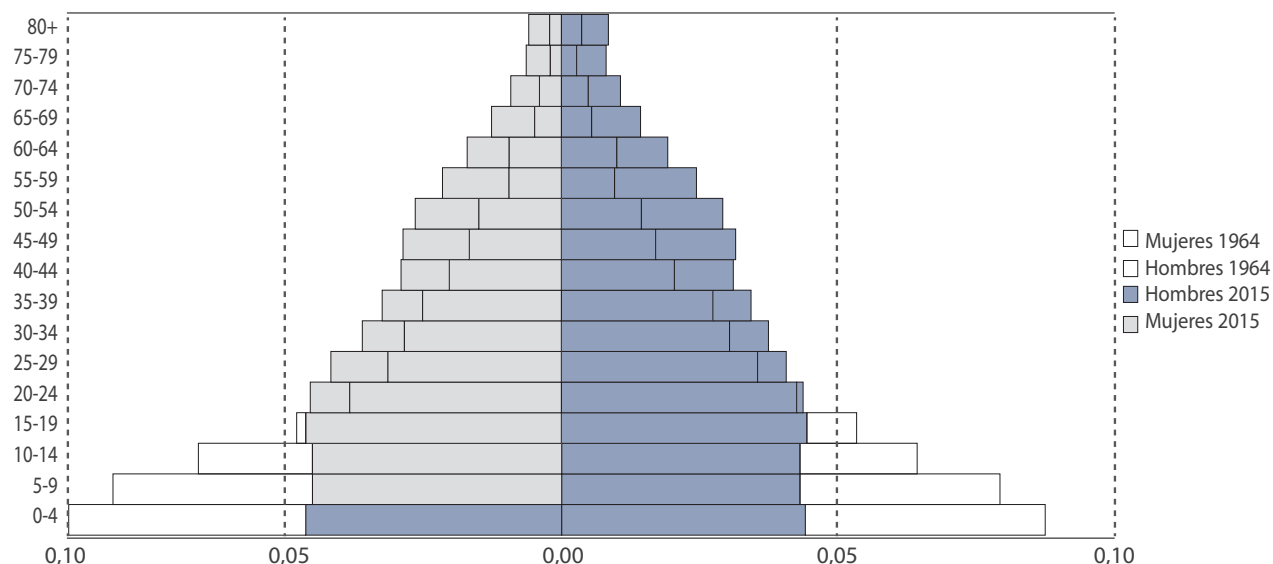
Esta lógica descrita, la cual necesita ser intervenida de manera más decidida y eficiente por el Ministerio Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Instituciones de Orden Regional y Territorial, actualmente motiva a los agentes del Sistema de Salud a sacar el mayor provecho del mismo, primando los intereses particulares sobre los intereses generales, lo que al final deriva en fragmentación entre regiones, servicios, esquemas de aseguramiento, planes de beneficio, atención en salud, financiación y cobertura.

Los factores descritos anteriormente -diseño político económico del sistema de salud, ausencia de rectoría y pobre comportamiento de los agentes- ha alimentado un círculo vicioso que debilita la confianza, el sentido de solidaridad social y la pertenencia con el sistema, agudizando el enfrentamiento de juicios entre el derecho colectivo y el individual, la visión científica y la visión económica, la sostenibilidad financiera y el cumplimiento de los derechos fundamentales, por mencionar algunos.

En medio de la inversión de nuestra pirámide poblacional (Gráfico 1), -con menor número de nacimientos y una población con tendencia al envejecimiento-, el país se enfrenta a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. A esto hay que sumar un crecimiento exponencial del desarrollo de tecnologías en salud con costos incrementales y un panorama nacional afectado por desigualdades en términos de poder, dinero y recursos, lo que tiene profundas implicaciones para la distribución de la salud de la población.



Gráfico 1. Cambios en las Estructuras de la Población de Colombia 1964 y 2015



Fuente: DANE Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad. Series de Población.

Tomado de documento "Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales" (Minsalud, 2013)

La mayor vulnerabilidad de pacientes con ER: deficiencias de recursos y conocimiento

Los pacientes con ER y sus familias se ven enfrentados a retos desafiantes que amenazan su estabilidad emocional, social y financiera. Sus condiciones epidemiológicas y sociales necesitan la implementación de enfoques diferenciales para la atención en salud y protección social:

Su vulnerabilidad tiene que ver con *“Con las características mismas de estas enfermedades, su diversidad, su heterogeneidad, su dispersión geográfica, su carácter genético, su cronicidad y gravedad, pero también con circunstancias relativas al pobre abordaje que se hace de estas enfermedades, como son los sistemas de salud y protección social diseñados para poblaciones más prevalentes, los sistemas de aseguramiento, los modelos y sistemas de atención en salud inadecuados, los pobres sistemas de información, la falta de alineación de políticas sectoriales, el desconocimiento sobre el abordaje de esta problemática de salud pública.”* (FECOER, 2012).

En este contexto el acceso a la salud se hace muy difícil para los pacientes, especialmente los de ER, que no encuentran soluciones para recibir atención oportuna, integral, continua y universal.

Para resolver estos retos, han sido descritas y aplicadas en otros países recomendaciones sobre la necesidad de adecuar y flexibilizar las estructuras y funciones del estado para responder a las ER. Basados en un estudio amplio de revisión sistemática de modelos de atención para estas enfermedades, el cual fue realizado en Colombia (MA Chirveches, 2016). Destacamos en la Tabla 2 algunos temas que son relevantes a tener en cuenta con sus enfoques respectivos de solución.



Tabla 2. Condiciones específicas asociadas a las ER y enfoques de solución

ÁMBITO RELEVANTE	CONDICIÓN ESPECÍFICA	ENFOQUES DE SOLUCIÓN
Atención en Salud	Enfermedades crónicas, degenerativas, poco frecuentes, complejas, en su mayoría de origen genético y de presentación infantil y juvenil preferentemente, aunque afectan también a la población adulta. Diversas y heterogéneas (existen descritas más de 5.000 ER).	Enfoque de atención integral, transdisciplinario, con atención a la discapacidad, con fuerte necesidad de integración de niveles de atención y de subsidio a la oferta. Necesidad de acompañamiento con cuidados paliativos, atención primaria y atención hospitalaria en casa.
Financiación y Aseguramiento	Enfermedades difíciles de prevenir, asegurar y financiar.	Necesidad de protección social y financiera de alto componente social, asesoría psicológica y genética. Necesidad de esquemas de aseguramiento y financiación diferentes.
Protección Social	Vulnerabilidad y riesgo de trampas de pobreza, aislamiento y discriminación, pérdida de ganancias sociales y económicas	Necesidad de planes y programas de protección social, financiera, acceso a vivienda adaptada, educación y trabajo con condiciones especiales.
Investigación	Pobre investigación y desarrollo de innovación en el área. La innovación en tecnologías en salud resulta costosa y difícil de abordar por los presupuestos nacionales. Pobre acceso a innovación en otras áreas relacionadas, por ejemplo, Tecnologías de Información y Comunicación (TICS).	
Baja prevalencia, no existencia de tratamientos.	Favorecer procesos de investigación para condiciones específicas y para orientación y seguimiento de los pacientes. Prestación de servicios de telemedicina e integración de las TICS en la vida diaria de pacientes y familias en la resolución de problemas de información y orientación	
Educación y Concienciación	Ausencia de enseñanza de la existencia de las ER en las facultades de ciencias de la salud, ciencias sociales y sociedades científicas.	Necesidad de introducción del conocimiento sobre los aspectos clínicos y sociales de las ER y concienciación a profesionales en ciencias de la salud y ciencias sociales de su comportamiento y posibles abordajes con enfoque integral y diferencial.

Discusión

Colombia ha formulado regulación que permite la discriminación positiva y progresiva de los pacientes con ER, sin embargo se ha evidenciado que el derecho fundamental a la salud y protección social para los pacientes colombianos no se materializa de manera general por fallas estructurales políticas y económicas del Sistema, las cuales reflejan situaciones profundas de inequidad y desigualdad en el país. (Molina Marin, 2014.) (Navarrete V, 2009).

Es de esperarse que las dificultades para los pacientes que conviven con ER sean mayores dadas las características especiales de estas enfermedades: su preponderante origen genético, la complejidad de su presentación, su progresividad, diversidad y heterogeneidad y la altísima dispersión geográfica de los pacientes. Esto enfrentado a un Sistema que está diseñado para condiciones agudas, prevalentes y con condiciones de oferta - demanda en las que los pacientes y familias no encajan, agravando esto su condición de vulnerabilidad, y por ende, la vulneración de sus derechos. Ya que que en Colombia no existen estudios específicos acerca del acceso para esta población, se hace necesario profundizar este objeto de estudio en sus aspectos cualitativos y cuantitativos.

La propuesta para mejorar la equidad en la atención de los pacientes con ER, implica realizar estudios específicos de los niveles de acceso a la salud y protección social de esta población y generar un replanteamiento de la estructura del Sistema de Salud en el marco de un sistema político, que amplíe la participación, la desvinculación de la salud de los procesos políticos clientelistas, inversión en innovación, fortalecimiento de los sistemas de información, la rectoría, la transparencia y el sentido de pertenencia. El Gobierno es crucial en este proceso promoviendo también las coaliciones intersectoriales contra la corrupción.

De otra parte, y específicamente para las ER, insertar el enfoque diferencial en los procesos de atención, designando los centros y redes de referencia para el diagnóstico y la atención; fortaleciendo los equipos interdisciplinarios para atender todo el ciclo de vida y de salud de los pacientes; creando las curvas de conocimiento necesarias; promoviendo incentivos económicos para la atención en salud y acceso a medicamentos y tratamientos, así como la transformación de paradigmas y el empoderamiento ciudadano, son esenciales para lograr la atención transdisciplinaria, interinstitucional, e inclusive transnacional, que los pacientes requieren.

En todos los ámbitos es necesario el enfoque diferencial y reconocimiento integral de la población, promoviendo políticas públicas que materialicen la protección especial que en la norma se ha dado a los pacientes y extendiendo esta protección social y financiera también a los cuidadores y familias.

Es necesario evaluar si Colombia está sobrevalorando la implementación de acciones normativas, que al final no garantizan el cumplimiento del derecho y si es necesaria más bien la implementación de un pacto social con el establecimiento de una amplia y participativa entidad Rectora Nacional del Sistema de Salud, con presencia de diferentes sectores, que reste poder y ejerza control sobre quienes actúan en detrimento de la salud de los colombianos y que a su vez permita influir sobre el comportamiento político, cambiando los incentivos y por ende los comportamientos de los agentes del Sistema.





Referencias

1. Presidencia de Colombia. *Ley 1392 de 2010 Ley de Enfermedades Huérfanas*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 1 de 11 de 2017 de http://www.fecoer.org/download/Ley_1392.pdf.
2. Chaves Restrepo, A. (2016). *Situación de los afectados con Enfermedades Raras Colombia. Una población vulnerable y minoritaria que requiere abordaje con enfoque diferencial*. Recuperado el 31 de 10 de 2017 de https://www.academia.edu/28425418/Situaci%C3%B3n_de_los_afectados_con_Enfermedades_Raras_en_Colombia_Una_poblaci%C3%B3n_vulnerable_y_minoritaria_que_requiere_abordaje_con_enfoque_diferencial.pdf
3. Ayala García, J. (2014). "La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso". Recuperado el 1 de 11 de 2017, de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – 2016. Informe de resultados 13 de marzo de 2017*. Recuperado el 30 de 10 de 2017 de: <http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/ranking-satisfaccion-eps-2017.pdf>
5. Rozo y Asociados. "Resultados de la implementación del procedimiento de prescripción, suministro, control y pago de servicios y tecnologías no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC". En Encuentro Sectorial: ¿Cómo mejorar el acceso a Tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios? Agosto de 2017.
6. Defensoría del Pueblo. "La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014". 2014. Recuperado el 30 de 10 de 2017 de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Latute-laylosderechosalaSalud.pdf>
7. Acemoglu, D. Robinson, James A. (2012). "Por qué fracasan los países" (p.589). Barcelona: Ed. Planeta.FECOER. (19 de 06 de 2013). FECOER. Recuperado el 10 de 10 de 2017, de Propuestas de FECOER a Proyecto de Ley Estatutaria de Reforma a la Salud en la Comisión Primera de Senado tienen Éxito: <http://www.fecoer.org/propuestas-a-proyecto-de-ley-estatutaria-de-reforma-a-la-salud-en-la-comision-primer-de-senado-tiene-exito/>
8. Mateus, H. e. (23 de 10 de 2017). A first description of the Colombian national registry for rare diseases. *BMC Research Notes*, 10 (1), 1. Recuperado el 30 de 10 de 2017 de: <https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-017-2840-1#Bib1>
9. Minsalud Colombia, E. D.-2. (06 de 2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020*. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Recuperado el 30 de 10 de 2017, de Minsalud Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
10. MA Chirveches, A. A. (Mayo de 2016). Systematic Review of International Models of Care on Rare Diseases. *Value in Health, Volume 19* (3), A21–A22.
11. FECOER. (Enero de 2012). *Propuesta para el Diseño y Desarrollo de un Modelo de Gestión Administrativa y de Prestación de Servicios para los pacientes que presentan Enfermedades Raras*. Recuperado de FECOER: <http://www.sli-deshare.net/Fecoer/estrategia-nacional-raras-tecnico0112>
12. Molina Marin, G. e. (2014.). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín, Antioquia, Colombia: Pulso & Letra Editores.
13. Navarrete V, M. L. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Autora: *Tesis de Doctorado*. (d. i. Universitat Autònoma de Barcelona Facultat de Medicina Departament de Pediatria, Trad.). Bogotá: Bellaterra.

Siendo autor

Requisitos para los autores de la revista *Monitor Estratégico*



Como guía para aquellos profesionales que quieran participar como autores en la revista *Monitor Estratégico*, este es un instructivo sobre los requerimientos técnicos para vincularse a esta publicación.

La esencia de la revista

Monitor Estratégico se publica semestralmente. Está orientada a divulgar información que facilite la comprensión y el análisis de aspectos esenciales del SGSSS, así como los avances y metas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, que lidera la Superintendencia Nacional de Salud.

La revista cuenta con un comité editorial conformado por reconocidos profesionales con nivel de especialización, maestría o doctorado en diversas áreas del conocimiento, que basados en su reglamento, seleccionarán objetivamente los artículos para publicar.





Áreas de Interés

Artículos que **orienten a los ciudadanos** sobre sus derechos y deberes dentro del SGSSS.

Análisis de datos e indicadores sobre la situación actual del sector de salud.

Divulgación y análisis de **políticas públicas en salud.**

Experiencias de gestión de los vigilados de la SNS de impacto favorable para el sector.

Revisión de las diferentes **actuaciones administrativas** de la SNS frente a conductas contrarias a la normatividad vigente.

Temas cruciales y de **actualidad** en el **sector de salud.**

Actualización normativa relacionada con el sector de salud.



De investigación científica y tecnológica

Presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos de investigación científica y tecnológica en diversas áreas del conocimiento. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

Tipos de artículos aceptados

Informativo

Consta de datos de interés, novedades, estadísticas o indicadores de la situación actual relacionados con el sector de salud.

De reflexión

Presenta un tema específico desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor.

Revisión de tema

Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

De Corto

Da a conocer resultados originales preliminares o parciales sobre temas científicos, tecnológicos, administrativos o de gestión.

De revisión

Documento detallado en el que se analizan, sistematizan e integran conocimientos sobre un campo específico, con el fin de dar cuenta sobre los avances y las tendencias en desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.



Reporte de caso

Muestra los resultados de un estudio sobre una situación particular, con el fin de difundir las experiencias en un caso específico.

Características de los artículos



Los artículos seguirán para su elaboración, las normas APA.



Deben ser **inéditos y originales** y no haber sido o estar siendo sometidos a evaluación en otra publicación.



El texto se entregará en **Word**, letra Arial 12 puntos, a una columna, interlineado sencillo, tamaño carta. **No debe exceder las diez páginas**, incluyendo tablas, figuras y referencias bibliográficas.



La primera página tendrá:

- El **título completo** del artículo, que no exceda las 15 palabras, debe ser claro y conciso, no debe incluir abreviaturas ni acrónimos.
 - **Nombres completos de los autores**, señalando mediante un asterisco a pie de página su máxima calificación académica, instituciones a las cuales pertenecen, cargos en dichas instituciones y direcciones electrónicas.
 - **Resumen no mayor de 150 palabras** del contenido del artículo.
 - **Tres palabras clave**.
-



Cada artículo tendrá **introducción**, en la que se expone en forma concisa el problema, el propósito del trabajo y el estado actual del tema en estudio. En esta no se incluyen datos ni conclusiones del trabajo.



El desarrollo del tema se realizará de acuerdo con el tipo de artículo y en él se presentarán **resultados y conclusiones**.



Las referencias bibliográficas seguirán el sistema APA.



Aquellas figuras, tablas, ilustraciones o fotografías que se incluyan en los artículos deben ir enumeradas y referenciadas dentro del texto e incluir además un texto explicativo que haga referencia a su contenido. Las tablas o gráficos se construirán en formato Word o Excel. No se aceptarán tablas en formato tipo imagen. Los gráficos, esquemas y fotografías deben ser de buena calidad para impresión, mínimo 300 dpi.



Cada acrónimo o sigla utilizado en el texto (la primera vez entre paréntesis) debe estar antecedido de las palabras completas que lo originan. De allí en adelante solo se escribirá únicamente aquel o esta.



Proceso de entrega

Los artículos se deberán remitir en medio magnético al coordinador editorial de la revista –María Cristina Rojas Cruz– mcrojas@supersalud.gov.co, celular 310 236 22 64, quien guardará copia de todo el material remitido a la revista.

Condiciones para publicación

Para que un artículo sea publicado, deberá cursar las siguientes etapas:

Evaluación y aprobación por parte del Comité Editorial.

Proceso de revisión por un corrector de estilo.

Remisión del artículo para revisión final por parte del autor.

El autor tendrá derecho a dos ejemplares del número de la revista en la cual aparezca su artículo.

Para consultar dudas

Superintendencia Nacional de Salud

Av. Ciudad de Cali n.º 51-66

Teléfono: 481 70 00, ext. 24001.

Celular: 310 236 22 64

Coordinador editorial: María Cristina Rojas Cruz

Correo: mcrojas@supersalud.gov.co.

Contáctenos

Canal Telefónico

Línea gratuita nacional 018000513700

Conmutador

4837000. 24 horas 7 días de la semana

Página web

www.supersalud.gov.co
(chat-formato de PQR)-24 horas
7 días de la semana

Centro de Atención al Ciudadano

Carrera 13 N.º 28 - 08 Locales 21-22 Centro Internacional
Horario de atención: lunes a viernes
de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Bogotá D.C.

Sede Administrativa

Avenida Ciudad de Cali N.º 51-66 - Pisos 6º, 7º
Edificio World Business Center, Bogotá D.C.

Redes sociales

 @supersalud  supersalud

www.supersalud.gov.co