



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



Informe a la Comisión de Regulación en Salud - CRES

Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos

Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud

Autores: Aldea, Gonzalo; Alfonso, Eduardo; Arcila, Axel; Bolívar, Mery; Bonilla, Jannette; Castrillón, Johanna; Córdoba, Guillermo; Hurtado, Giovanni; Pulido, Adriana; Téllez, Diana; Torres, Genny; y Vega, Amanda

Director General de Gestión de la Demanda en Salud
Leonardo Cubillos Turriago

Bogotá, julio de 2009



Contenido

1	INTRODUCCIÓN	1
2	ANTECEDENTES	4
2.1	Los orígenes del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo	4
2.2	Los orígenes del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado	5
2.3	Sinopsis de la actualización de los planes de beneficios desde sus inicios	6
2.4	Elementos orientadores de la actualización de los planes de beneficios	7
2.5	Convergencia en la orientación para la actualización de los planes de beneficios	8
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo general	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	METODOLOGÍA	12
4.1	Lineamientos para la actualización del POS	14
4.2	Actualización del POS en el corto plazo	16
4.2.1	Homologación de las actividades, intervenciones y procedimientos del POS a CUPS	16
4.2.2	Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS	17
4.2.3	Participación y consenso con las sociedades científicas de los procedimientos POS y No POS	19
4.2.4	Participación y consenso con la comunidad y actores del SGSSS para la actualización del POS	21
4.2.4.1	Participación de los actores en la construcción técnica de las estrategias para la actualización del POS	21
4.2.4.1.1	Participación en el desarrollo de GAI	22
4.2.4.1.2	Participación en las Jornadas de Intercambio Técnico Internacional	24
4.2.4.2	Validación y desarrollo de principios y criterios de actualización del POS	26
4.2.4.2.1	Principios del POS	26
4.2.4.2.2	Criterios del POS	28
4.2.4.3	Consenso con la comunidad y actores del SGSSS para la definición validación de los criterios de actualización del POS	30
4.2.4.3.1	Primera fase de la consulta ciudadana	34
4.2.4.3.2	Segunda y tercera fase de la consulta ciudadana	39
4.2.5	Financiación de la actualización de POS	41

4.2.5.1	Metodología de cálculo de la financiación del POS actualizado	42
4.2.5.1.1	Calculo de los procedimientos invariantes	42
4.2.5.1.2	Calculo de los costos asociados con las nuevas coberturas	42
4.2.5.1.3	Calculo de las modificaciones aplicadas.	43
4.2.5.1.4	Evaluacion	43
4.2.5.2	Metodología de ajuste a las variaciones por dispositivos	43
4.2.5.2.1	Priorización de tecnologías en salud, iniciando con los dispositivos	44
4.2.5.2.2	Cálculo de la Frecuencia incluida actualmente en la financiación de la UPC	45
4.2.5.2.3	Cálculo de la frecuencia total de cada dispositivo	46
4.2.5.2.4	Comparación de frecuencias y precios	47
4.2.6	Divulgación de los contenidos del POS	47
4.2.6.1	El concepto de Derecho al acceso a la información	48
4.2.6.2	Las acciones en el corto plazo	48
4.3	Actualización del POS en el mediano y largo plazo	49
4.3.1	Priorización del POS	50
4.3.1.1	Definición del proceso de priorización para el contexto colombiano	50
4.3.1.2	Priorización para la definición clara y técnica del POS	51
4.3.1.3	Priorización para la actualización en el mediano plazo a través de GAI	52
4.3.1.4	Priorización para la actualización en el largo plazo a través de ETS	55
4.3.2	Elaboración de Guías de Atención Integral (GAI) basadas en la evidencia	55
4.3.2.1	Justificación de las GAI	55
4.3.2.2	Definición	58
4.3.2.3	Desarrollo	58
4.3.2.4	Guía metodológica para el desarrollo de guías de práctica clínica, evaluaciones económicas y actuariales	60
4.3.2.5	Análisis de información epidemiológica para la identificación de necesidades en salud para la actualización del POS a mediano y largo plazo a través de GAI	64
4.3.2.5.1	Análisis de la Carga de enfermedad	64
4.3.2.5.2	Análisis de morbilidad atendida	70
4.3.3	Evaluación de Tecnologías en Salud	76
4.3.3.1	Definición	76
4.3.3.2	Objetivos	76
4.3.3.3	Metodología de ETS en el marco de la actualización del POS	76
4.3.3.4	Equipos multidisciplinario de expertos técnicos científicos	83
4.3.4	Nueva codificación del POS	85
4.3.5	Divulgación de los contenidos del POS	86
4.3.5.1	Resultados esperados	86
4.3.5.2	Acciones en el mediano y largo plazo	87
5	RESULTADOS	90
5.1.1	Resultados de la participación en los procesos de actualización del POS	90



5.1.2	Divulgación de la información relacionada con el POS	90
5.1.2.1	Componente de comunicación informativa	92
5.1.2.2	Implementación de la estrategia de comunicación	95
5.1.2.3	Mecanismos de seguimiento a la publicación de la información	99
5.1.2.4	Mecanismos de actualización de la información	101
5.1.3	Principios del y criterios de actualización del POS	102
5.1.3.1	Resultados de la consulta ciudadana presencial y virtual	102
5.1.3.1.1	Consulta presencial con los usuarios	102
5.1.3.1.2	Consulta presencial con la comunidad médica	102
5.1.3.1.3	Resultados de la pregunta 1 – Criterios de inclusión para la actualización	102
5.1.3.1.4	Resultados de la pregunta 2 – Criterios de Exclusión para la actualización	105
5.1.3.1.5	Resultado de la pregunta 3 – Principio de corresponsabilidad	107
5.1.4	Actualización del POS	107
5.1.4.1	Sociedad Colombiana de Neurocirugía	109
5.1.4.1.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia	109
5.1.4.1.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia	110
5.1.4.2	Sociedad Colombiana de Oftalmología.	111
5.1.4.2.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	111
5.1.4.2.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia	112
5.1.4.3	Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, cirugía de cuello y maxilofacial.	113
5.1.4.3.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	113
5.1.4.3.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	114
5.1.4.4	Sociedad Colombiana de Cirugía.	116
5.1.4.4.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	116
5.1.4.4.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	117
5.1.4.5	Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y de Traumatología.	119
5.1.4.5.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	119
5.1.4.5.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	120
	Del listado de 66 procedimientos No POS con frecuencia, se sugirió:	120
5.1.4.6	Asociación Colombiana de Dermatología.	123
5.1.4.6.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia:	123
5.1.4.6.2	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia:	123
	Listado de 10 procedimientos No POS, se sugirió:	123
5.1.4.7	Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica.	124
5.1.4.7.1	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	124
5.1.2.7.2.	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	124
	Del listado de 46 procedimientos No POS se sugirió:	124
5.1.2.8.	Asociación Colombiana de Radiología.	126
5.1.2.8.1.	Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	127
	Del listado de 4 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:	127
5.1.2.8.2.	Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	127
	Del listado de 86 procedimientos No POS se sugirió:	127
5.1.2.9.	Asociación Colombiana de Rehabilitación.	130

5.1.2.9.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	130
5.1.2.9.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	131
Del listado de 20 procedimientos No POS se sugirió:	131
5.1.2.10. Sociedad Colombiana de Anestesia.	132
5.1.2.10.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	132
Del listado de 2 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:	132
5.1.2.10.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	132
Del listado de 7 procedimientos No POS con frecuencia se sugirió:	132
5.1.2.11. Sociedad Colombiana de Medicina Nuclear.	133
5.1.2.11.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	133
Del listado de 1 procedimiento POS sin frecuencia se sugirió:	133
5.1.2.11.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.	133
Del Listado de 20 procedimientos No POS se sugirió:	133
5.1.2.12. Sociedad Colombiana de Radioterapia.	135
5.1.2.12.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.	135
Del listado de 5 procedimientos se sugirió:	135
5.1.2.12.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia, de 2 procedimientos y sugirió:	136
5.1.2.13. Sociedad Colombiana de Neurología.	136
5.1.2.13.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia, ninguno	136
5.1.2.13.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia, de 6 procedimientos y sugirió:	136
5.1.2.14. Federación Colombiana de Odontología.	137
5.1.2.14.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia, ninguno	137
5.1.2.14.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia	137
5.1.3. Procedimientos excluidos	150
5.1.4. Financiación de las actualizaciones en la UPC	152
6. ACCIONES PENDIENTES POR DESARROLLAR O COMPLEMENTAR	155
7. LIMITACIONES	156
8. CONCLUSIONES	159



Tablas

Tabla 1 Momentos de participación de la ciudadanía y actores en la construcción de las guías metodológica y de Diabetes Mellitus, como estrategia para la actualización del POS a mediano y largo plazo.....	22
Tabla 2 Participación en la construcción de técnica de estrategias para la actualización del POS a través de las Jornadas de Intercambio de Experiencias Internacionales en Sistemas de Salud.....	24
Tabla 3 Conformación de grupos de trabajo para la Consulta Ciudadana con usuarios y pacientes organizados.....	38
Tabla 4 Criterios de priorización de dispositivos contenidos en los planes de beneficios..	44
Tabla 5 Matriz de criterios consensuados para la priorización de condiciones salud que serán sujeto de GPC para priorización y sus ponderadores	54
Tabla 6. Temas priorizados para la realización de GAI a partir del segundo semestre de 2009.....	61
Tabla 7. Grupos y subgrupos de las 139 causas de enfermedad estudiados en el Estudio de Carga de Enfermedad 2005.	65
Tabla 8. Resultados generales del Estudio Carga de Enfermedad 2005 (ECE 2005).	66
Tabla 9. Veinte primeras causas según AVISAs Totales (x 1000 personas) en ambos sexos de 0-4 años. Colombia. Carga de Enfermedad. 2005.....	67
Tabla 10. Veinte primeras causas según AVISAs Totales (x 1000 personas) en ambos sexos de 5-14 años. Colombia. Carga de Enfermedad. 2005.....	67
Tabla 11. Conclusiones de la aplicación de los resultados del Estudio Carga de Enfermedad 2005, para la actualización del POS a mediano y largo plazo.....	69
Tabla 12. Causas de morbilidad atendida según diagnóstico CIE-X para los niños y niñas menores de 1 año. Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC 2008.	74
Tabla 13. Causas de morbilidad atendida según diagnóstico CIE-X para los niños y niñas menores de 12 años. Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC 2008.	75



Tabla 14 Consolidado de actividades revisadas por las Asociaciones y Sociedades Científicas	108
---	-----

Figuras

Figura 1 Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS	18
Figura 2 Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS	19
Figura 3 Priorización para la definición de los contenidos del POS	31
Figura 4 Priorización de necesidades de actualización del POS	53
Figura 5 Criterios para considerar estudios para esta revisión	78
Figura 6 Percepciones del POS por cada uno de los actores del SGSSS	90
Figura 7. Esquema de la estrategia de comunicación	92
Figura 8. Mapa de actores del SGSSS	94
Figura 9. Preguntas formuladas por la ciudadanía a través de la página www.pos.gov.co y el correo nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co por mes. Fecha de corte 24 de julio de 2009.	97
Figura 10 Consultas por ubicación geográfica del correo Nuevo POS	98
Figura 11. Vista del panel informativo de la página www.pos.gov.co con el analizador <i>Google Analytics</i> . Fecha de consulta Julio 29 de 2009.	99
Figura 12 Número de visitas a la página www.pos.gov.co por mes. Fecha de corte Julio 24 de 2009	100
Tabla 13. Número y porcentaje de consultas a la página www.pos.gov.co por ubicación geográfica. Fecha de corte 24 de julio de 2009	101



2

3 INTRODUCCIÓN

El aseguramiento en salud y sus beneficios, expresados en los Planes Obligatorios de Salud, se constituyen en uno de los principales instrumentos que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el derecho a la salud de los colombianos, mejorar y mantener el estado de salud de la población y proveer protección financiera a los hogares. Así las cosas, los planes de beneficios deben ser adecuados a la luz de estos objetivos, razón por la cual los Planes Obligatorios de Salud deben estar relacionados con las necesidades en salud de la población y la demanda atendida, las necesidades en materia de protección financiera y en general con aquellos elementos determinantes del goce efectivo del derecho a la salud de la población. Ahora bien, es claro que los mencionados elementos cambian constantemente en el tiempo, de lo cual se deriva que los planes de beneficios no deben ser estáticos, sino que por el contrario, deben ser actualizados permanentemente para que se mantengan adecuados frente a las condiciones cambiantes en la población.

Reconociendo la naturaleza dinámica de los planes de beneficios, la Ley 100 de 1993 establece que los Planes Obligatorios de Salud deben ser actualizados de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social y más recientemente la Comisión de Regulación en Salud han venido trabajando en la actualización de los Planes Obligatorios de Salud, lo cual ha probado ser un proceso complejo, largo y dispendioso, intensivo en información no siempre disponible o fácilmente obtenible, y que requiere de los procesos adecuados que permitan conjugar estudios técnicos con elementos sociales y políticos, todos ellos importantes para la definición de los planes de beneficios. Un ejemplo de lo anterior es el documento *"INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL - ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS"*, *Sentencia T-760 de 2008, de Enero 30 de 2009* que es recogido en este informe y utilizado como pieza esencial del desarrollo metodológico.

La complejidad en la actualización de los planes de beneficio no es un caso particular de Colombia, pues los países que han emprendido la tarea de definir y actualizar planes de beneficios para sus sistemas de salud se han enfrentado a los mismos problemas y al mismo tipo de restricciones y retos a solucionar. Es así como se ha mostrado que el definir y actualizar planes de beneficios es un proceso que toma tiempo, que requiere una cantidad importante de insumos técnicos y sociales, y que a pesar de las restricciones es un proceso en el que es necesario ir avanzando de forma gradual, a medida que van estando disponibles los elementos necesarios.

Desde hace varios años, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de la Protección Social, además de haber actualizado en distintas oportunidades los



planes de beneficios, han venido promoviendo y liderando la producción de insumos cada vez más completos e idóneos para la actualización de los planes de beneficios. Este es el caso de algunos esfuerzos ya culminados como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de Carga de Enfermedad 2005, los análisis de las encuestas de Demografía y Salud, la producción de guías de atención integral, los estudios de suficiencia de la UPC, los estudios de sostenibilidad, disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud así como encuestas de satisfacción de los usuarios y percepción de distintos actores del sistema sobre el POS.

Igualmente se han venido desarrollando otros procesos, que si bien aún no han concluido, también serán de utilidad para actualizar los planes de beneficios, tal como la priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS, el desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de Tecnologías en Salud y el desarrollo de una nueva codificación del POS que contemplan el desarrollo de una nueva codificación que permita mayor desagregación y profundidad que la actual.

Es oportuno reiterar que la actualización de los planes de beneficio y en particular del POS es un proceso dinámico que requiere procesos sistematicos y continuos. Teniendo en cuenta esta premisa, es necesario no observar la actualización aquí propuesta como un punto de llegada sino como un punto intermedio en un proceso permanente.

En el mes de julio del año 2008, la Honorable Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760, en la cual ordena “a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud”.

Este documento, titulado Informe a la Comisión de Regulación en Salud – CRES, Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos, Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud, presenta una propuesta para la actualización integral de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciendo uso de los elementos e insumos disponibles que ha venido desarrollando e impulsando el Ministerio de la Protección Social. Si bien aquí se presenta una propuesta para la actualización integral de los planes de beneficios que se ajusta a las restricciones de tiempo que se presentan, esto no pretende desconocer la complejidad del proceso, razón por lo cual el documento reconoce explícitamente la necesidad de continuar con este proceso, mejorándolo y nutriéndolo de mayores y mejores insumos en el mediano y largo plazo.

Este documento está compuesto de esta introducción, continúa con una sección donde se muestran los antecedentes en la definición y actualización de los planes de beneficios, y se mencionan tanto los orígenes de los planes de beneficios como los esfuerzos que se han venido realizando en su actualización, así como también se ilustra la tendencia y convergencia en los métodos utilizados para la actualización de los planes de beneficios. Más adelante el documento plantea los objetivos, donde se define como objetivo general el contribuir a la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos a través de la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. Posteriormente se presenta una sección que describe la metodología para la actualización de los planes de



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



beneficios, definiendo los lineamientos para dicho fin, haciendo la diferenciación entre los métodos para hacer la actualización integral en el corto plazo, dadas las restricciones vigentes y los métodos para la actualización periódica y sistemática de los planes de beneficios en el largo plazo. Finalmente se muestran los resultados de la aplicación de los métodos para la actualización integral de los planes de beneficios en el corto plazo y se plantean las acciones pendientes de ejecutar.

4 ANTECEDENTES

La Ley 100 de 1993 establece que “Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud”ⁱⁱ (POS), el cual debe ser suministrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a toda persona afiliada que pague la cotización, que sea beneficiario o tenga el subsidio correspondiente. El POS crea las condiciones de acceso para todos los habitantes del territorio nacional a un plan “que permita la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”ⁱⁱⁱ, y “Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación”ⁱⁱⁱ (UPC).

“Los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema”^{iv}, y con posterioridad al año 2007 ésta pasa a ser una función de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)^v. La UPC “se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud”^{vi}, y una vez más, a partir del año 2007, ésta pasa a ser una función de la CRES.

En cumplimiento de sus funciones, el CNSSS expidió el Acuerdo 008 y el Acuerdo 009 de 1994, los cuales junto con el Decreto 1938 de 1994 y la Resolución 5261 de 1994 definen el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) y del Régimen Subsidiado (POS-S).

4.1 Los orígenes del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo

El POS-C con el cual inició el Sistema incluye un grupo de intervenciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías o condiciones de salud que están definidas en un listado o manual de procedimientos e intervenciones (MAPIPOS, Resolución 5261 de 1994) y en un listado de fármacos establecido mediante un manual de medicamentos y terapéutica definidos en acuerdos del CNSSS (Acuerdo 8, 53, entre otros), y como excepción a dichas coberturas se presentan los procedimientos de cirugía plástica o cosméticos, los procedimientos experimentales y los tratamientos de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal cuando no existen posibilidades de recuperación (Decreto 1938 de 1994, Art. 15).



Se ha documentado^{vii} que los servicios definidos inicialmente para el POS-C eran en su mayoría aquellos contenidos en el Decreto 1650 de 1977 que incluía el listado de servicios que prestaba el Seguro Social a sus afiliados, para el caso de las actividades, procedimientos e intervenciones, mientras que para los medicamentos, el MAPIPOS presenta un conjunto reducido de aquellos que aparecían en el listado del Seguro Social.

4.2 Los orígenes del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

Para este plan, la dinámica fue diferente al POS-C, entre otras razones por la limitación de recursos y porque se incorporaron inicialmente otros antecedentes para la definición de los contenidos del plan de beneficios.

El antecedente más importante del POS-S es el listado de los servicios que eran prestados por el programa de las Empresas Solidarias de Salud (ESS), que se empezó a implementar en 1992, pues se constituyeron en el principal insumo para la definición de las actividades de primer nivel tanto en Régimen Contributivo como en el Subsidiado.^{viii} En este programa, los afiliados se beneficiaban de un paquete básico de servicios que incluía servicios de promoción, de prevención y protección específica, servicios de atención médica y hospitalaria básica y servicios de apoyo como medicamentos esenciales, laboratorio clínico y rayos X por un costo anual de 20 mil pesos per cápita.^{ix} El detalle de la cobertura se definía en conjunto con la comunidad beneficiaria

De igual forma, los servicios prestados como parte de los programas de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS) tales como los programas de atención materno-infantil y atención específica a enfermedades prevalentes en la infancia (IRA, EDA y otras), también fueron un insumo específico para la formulación de la cobertura del POS-C y el POS-S en este ámbito.

En comparación con el POS-C, en el POS-S no se incluyen los beneficios del segundo y tercer nivel de atención, que corresponden básicamente a atención especializada a nivel ambulatorio y hospitalario, salvo que sean gestantes y niños menores de un año. Por ejemplo, mientras que en el POS-C se incluye la consulta y atención por parte de médicos especialistas a nivel ambulatorio y hospitalario, estos mismos servicios no se incluyen en el POS-S, con excepción de la mujer gestante y los niños menores de 1 año.

El conjunto de prestaciones para el POS-S fue definido progresivamente mediante acuerdos del CNSSS entre 1994 y 1996. Los beneficios están distribuidos en prestaciones de primer nivel, que incluyen programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Acuerdo 23, 49 de 1996 y resolución No. 03997 del 30 de octubre de 1996), atención hospitalaria de bajo nivel de complejidad y atención de mayor complejidad sólo para mujeres embarazadas, niños menores de un año.

Entre 1996 y 1998 se incorporaron progresivamente al POS-S diferentes prestaciones puntuales para el segundo y tercer nivel entre las que se encuentran: Atención por oftalmología, optometría, suministro de lentes y monturas <19 >60 años (Nivel I), cataratas, estrabismo en <5 años, apendicetomía, colecistectomía (por causas diferentes



al cáncer), histerectomía, ligadura de trompas de Falopio o pomey, herniorrafias y servicios de rehabilitación funcional. Siguiendo el criterio de protección financiera para los afiliados al RS, se incluyeron prestaciones para eventos o patologías de alto costo como tratamientos de ortopedia y traumatología, cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado.

4.3 Sinopsis de la actualización de los planes de beneficios desde sus inicios

Entre 1998 y 2000 no se realizó ninguna actualización a los planes de beneficios quizás porque los esfuerzos del CNSSS se concentraron en el aumento de afiliaciones al aseguramiento en salud.

En 2004 se definió un plan de beneficios adicional dentro del régimen subsidiado denominado subsidio parcial que coexiste con el POS-S pero que está orientado al grupo de población que está justo en el límite de elegibilidad del mecanismo de focalización. Este plan incluye una cobertura limitada a menores de un año, embarazadas, atención de fracturas y enfermedades de alto costo, teniendo menos prestaciones que el POS-S. Por lo tanto, el valor de la UPC para el subsidio parcial es inferior a la UPC-S. El plan de beneficios de los subsidios parciales en comparación con el POS-S, no contempla las actividades de promoción y prevención y las prestaciones correspondientes al primer, segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales están incluidas sólo en los casos explícitos de embarazo, parto y puerperio, traumatología, ortopedia, patologías de alto costo y menor de un año.

El plan de subsidios parciales expresa la prioridad que le asigna el sistema al aumento de cobertura horizontal en la prestación de servicios que protejan las finanzas de las familias (alto costo), la cobertura de poblaciones prioritarias (gestantes y menores de un año) y de una especialidad específica (ortopedia y traumatología) dirigida a la atención de problemas derivados del trauma y la violencia, principal problema de salud pública en Colombia. Sin embargo, ha tenido muchos problemas para su implementación, especialmente para la diferenciación de prestaciones en una población beneficiaria semejante, pero con una asignación de subsidios distinta.

Entre 2000 y 2006 se han realizado una serie de actualizaciones de tecnologías puntuales de forma equivalente para los dos planes con excepción del trasplante hepático (sólo está incluido en el POS-C) las cuales se describen en detalle en el Anexo 1(Inclusiones y aclaraciones al POS-S y POS-C. 1994-2008).

Desde 2006 hasta la actualidad las actualizaciones del POS han seguido la orientación de la evidencia científica mediante guías de práctica clínica para los casos de VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, planificación familiar y prestaciones de segundo y tercer nivel de atención para Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en el POS-S.

En este periodo, algunas actualizaciones al POS siguieron mandatos judiciales como en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo y el medicamento Acido



Zolendrónico. Esto demuestra que aún existen espacios de construcción de consensos que permitan que las actualizaciones del POS sigan los criterios establecidos por la Ley 100.

Antes del 2002 las propuestas de ajuste las preparaba y presentaba el Ministerio de Salud al CNSSS. Desde 2002 se consolida una estructura institucional que promueve la participación de todos los actores en la inclusión de nuevas tecnologías en los planes de beneficios denominada Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CMET), como un organismo asesor del CNSSS, con el objetivo de apoyar el ajuste y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS). Este comité ha presentado dificultades en su operación dado que los miembros no reciben remuneración por su trabajo o traslados, el CNSSS definió una serie de inhabilidades que hacen muy difícil ubicar personas idóneas y con tiempo suficiente para integrar el comité y finalmente, no cuenta con recursos para la elaboración de los estudios necesarios para evaluar las tecnologías sujetas de análisis para su inclusión al POS. Por lo tanto, el Ministerio de la Protección Social debe suplir estas deficiencias mediante la realización directa o la contratación de algunos estudios para la actualización del POS.

4.4 Elementos orientadores de la actualización de los planes de beneficios

Tal como se mencionó, la Ley 100 de 1993 señala que los planes de beneficios serán actualizados de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

El desarrollo, la adopción y la utilización de guías de atención integral son elementos necesarios para la prestación de servicios y definición de medicamentos incluidos en los planes de beneficios POS-C y POS-S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS colombiano, tal como se define en acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS (Acuerdos 83 de 1997, 117 de 1998 y 228 de 2002) y en normas del Ministerio Salud, hoy Ministerio de la Protección Social - MPS (Resoluciones 5261 de 1994, 412 y 3384 de 2000).

De hecho, la Resolución 5261, establece: “El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbilidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica”.

Adicionalmente, mediante el Decreto 3039 de 2007 el Ministerio de la Protección Social adoptó el “Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”. En este plan se establecen como prioridades nacionales en salud las siguientes: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, la situación nutricional, la seguridad sanitaria y ambiental, la seguridad en el trabajo y las

enfermedades de origen laboral y el fortalecimiento de la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Adicionalmente, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece las siguientes estrategias a cargo de la Nación para el desarrollo de las políticas de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños de la salud:

- Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

El marco normativo de los planes de beneficios ha mantenido desde sus inicios los principios de priorización explícita, costo, y costo-efectividad, entre otros. El artículo 9 del Decreto 806 de 1998 que recoge disposiciones contenidas en el Acuerdo 008 del CNSSS y del Decreto 1938 de 1994 al que sustituyó, define como criterios para la elaboración del plan “el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de mayor importancia para la comunidad de acuerdo con el perfil de morbi-mortalidad y las condiciones de tecnologías existentes en el país”. Adicionalmente define que para la actualización, exclusión e inclusión de servicios en los planes de beneficios se deberán tener en cuenta “las condiciones económicas del sistema, las tecnologías más apropiadas y adecuadas a nuestro medio, las frecuencias esperadas de utilización y el costo en relación con sus efectividad”.

4.5 Convergencia en la orientación para la actualización de los planes de beneficios

Se ha documentado^x que no se han realizado revisiones y actualizaciones formales y exhaustivas de los planes de beneficios, y “que las modificaciones incorporadas al POS, han obedecido a una variedad de razones y no precisamente a lo establecido en la normatividad. Es así como el Acuerdo 226 que incorporó el uso de Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones obedeció a una solicitud de actores externos y se basó en los conceptos técnicos emitidos por expertos de la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica, ACRO, y la Asociación Colombiana de Física Médica y Protección Radiológica, Acofimpro, y el Instituto Nacional de Cancerología; Igualmente, el Acuerdo 263 que incluyó el Acido Zoledrónico obedeció a una Acción Popular frente a la cual el Consejo de Estado conminó al CNSSS a incluirlo en el POS.”

No obstante lo anterior, también se ha documentado^{xi} que cada vez las actualizaciones e inclusiones a los planes de beneficios responden cada vez más a los criterios mencionados en la Ley y en la demás normatividad reglamentaria, acercándose a los criterios recomendados por la academia y la investigación en este campo. Esto es



importante de resaltar, pues si bien es cierto que sería deseable haber avanzado mucho más rápido en este proceso de convergencia en la orientación para la actualización de los planes de beneficios hacia criterios más científicos y objetivos, menos susceptibles a la presión de grupos con intereses particulares, no es menos cierto que dicho proceso se ha venido dando y que existen avances sustantivos en los últimos años. Un elemento ilustrativo de esta convergencia es la experiencia del Ministerio de la Protección Social con el desarrollo de guías de atención integral y su uso como un insumo e instrumento para la actualización de los planes de beneficios.

En los últimos tres años, el Ministerio de la Protección Social, ha recomendado la actualización del POS subsidiado y contributivo con base en guías de práctica clínica basadas en la evidencia así:

- Guía para el manejo del VIH/SIDA, 2005^{xii}
- Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica, 2005^{xiii}
- Guía para la atención en Planificación Familiar para hombres y mujeres, 2006
- Guía de atención de la Hipertensión Arterial, 2006
- Guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2, 2006^{xiv}

Las guías de VIH-SIDA y ERC se adoptaron mediante la Resolución 3442 de 2006 y se aprobaron las actualizaciones al POS-C y al POS-S que estas guías recomendaron mediante el Acuerdo 336 de 2006.

Con base en la “Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres” y del “Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el POS” presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología recomendó la inclusión a los planes obligatorios de salud contributivo y subsidiado de medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino, lo cual fue aprobado por el CNSSS mediante el Acuerdo del CNSSS No 380 de 2007.

Adicionalmente, con las guías de atención de la hipertensión Arterial y de la Diabetes Mellitus tipo 2, se actualizó el POS-S mediante la inclusión de servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 mayores a iguales a 45 años del Acuerdo del CNSSS 395 de 2008, lo cual fue adoptado con el anexo técnico “Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más, afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno” de la Resolución 4003 de 2008.

Los beneficios de estas guías para el sistema son múltiples. Gracias a su implementación, se estima que alrededor de 25 millones de colombianos que no tenían acceso al tratamiento integral en las mencionadas condiciones de salud ahora lo tienen en el marco del aseguramiento en salud. Así mismo, las guías y los modelos de atención han servido no sólo como base para la estructuración de programas organizados entre aseguradores y prestadores para la atención de pacientes con estas patologías, para el seguimiento clínico, sino también como herramientas para la auditoria de la calidad e integralidad de la



atención en salud, así como herramienta para el seguimiento de costos. Otros beneficios de las guías son disminuir la variabilidad de la práctica clínica y facilitar la actualización en prácticas clínicas para profesionales de la salud en regiones apartadas quienes tienen poco acceso a la información científica.

Teniendo en cuenta la experiencia exitosa en Colombia y en el mundo, de la utilización de las Guías de práctica clínica como instrumento de política pública basada en evidencia científica y como herramienta para el seguimiento a la atención integral de patologías priorizadas (clínico y de gestión), se plantea la necesidad de realizar nuevas guías para la actualización del POS contributivo y subsidiado. De esta forma será posible definir un nuevo lenguaje para el POS con base en las guías que permitirá mejorar las relaciones entre Ministerio, aseguradores y prestadores al facilitar la claridad sobre los contenidos del POS.

Los temas para la realización de guías clínicas serán seleccionados mediante un proceso de priorización explícita que incorpora diversos criterios como las necesidades en salud de la población colombiana determinada por diversas fuentes de información epidemiológica, las patologías que representan un alto costo para los pacientes y para el sistema y las preferencias de los pacientes o usuarios, entre otros. De esta forma, las guías darán continuidad a diversos esfuerzos realizados por el Ministerio de la Protección Social.



5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Contribuir a la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos a través de la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS) teniendo en cuenta, entre otros, los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema, con la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Definir los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, atendiendo elementos como la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país, la financiación de los servicios en la UPC y la sostenibilidad financiera del sistema.
- 2) Establecer los servicios que están excluidos y los servicios que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, atendiendo elementos como la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país, la financiación de los servicios en la UPC y la sostenibilidad financiera del sistema.
- 3) Determinar los servicios que pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, con sus razones específicas directamente relacionadas con la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país, la financiación de los servicios en la UPC y la sostenibilidad financiera del sistema.
- 4) Homologar el lenguaje de los planes de beneficios a la Codificación Única de Procedimientos Salud (CUPS).

6 METODOLOGÍA

El Ministerio de la Protección Social en desarrollo de lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y ahora por la Comisión de Regulación en Salud ha venido adelantando de forma gradual distintas acciones que confluyen en la actualización del POS. El primer grupo de acciones son las que permiten conocer tanto la situación actual de salud de la población como la situación actual del POS frente al uso y costos de los servicios de salud, la UPC y sus mecanismos de ajuste de riesgo y la disponibilidad de recursos del sistema; todas ellas son el punto de partida para la actualización del POS. El segundo grupo obedece a las acciones propias de la actualización del POS y que tienen un horizonte temporal para ejecución en el mediano y largo plazo, ellas son la priorización, el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de tecnologías en salud, la nueva CUPS y la divulgación de la información relacionada con el POS y su actualización. El tercer grupo corresponde a las acciones transversales que son estratégicas para dar cumplimiento a la actualización del POS.

A continuación se listan las principales actividades en cada uno de dichos grupos:

PRIMER GRUPO DE ACCIONES

- Diagnóstico del estado de salud de los colombianos a través del análisis de estudios tales como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de carga de enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.
- Análisis del comportamiento del POS en términos de uso de servicios de salud, que permite identificar la demanda de servicios y los patrones de práctica médica; y costos de los mismos, que permiten precisar el valor a los cuales se reconocen los servicios incluidos en el POS, de los últimos cuatro años.
- Estudios de suficiencia de la UPC para financiar el POS y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC, de los últimos cuatro años.
- Estudios de la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud, para ajustar planes de beneficios y su UPC, con miras a garantizar sostenibilidad financiera del sistema, de los últimos cuatro años.
- Diagnóstico sobre la forma como está dispuesta y como acceden los usuarios a la información relacionada con el Plan Obligatorio de Salud y sobre la percepción general de distintos actores del Sistema sobre el POS.



SEGUNDO GRUPO DE ACCIONES

- Priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS que incluye: 1) Metodologías de priorización de condiciones y tecnologías en salud, que contó con la asesoría de expertos internacionales. 2) La aplicación centrada en una consulta amplia de actores sectoriales y de la población en general, que se encuentra en proceso de implementación.
- Desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas, que contempla guías de práctica clínica basadas en evidencia, de evaluación económica, de impacto en la UPC, de pacientes y de seguimiento a la aplicación de las guías. Este desarrollo también incluye: 1) La metodología de realización de las Guías en cada uno de sus cinco componentes, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las condiciones de salud priorizadas, con una amplia participación de los actores del sistema y de los usuarios. 3) El estudio y aprobación de las Guías como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- Evaluación de Tecnologías en Salud que contempla la evaluación de la efectividad clínica basada en la evidencia, la económica y de impacto en la UPC. Este desarrollo al igual que los anteriores implica: 1) La metodología de evaluación de tecnologías en salud, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las tecnologías en salud priorizadas. 3) El estudio y aprobación de las tecnologías en salud como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- Nueva codificación del POS que contemplan el desarrollo de una nueva codificación que permita mayor desagregación y profundidad que la actual, con los grupos de expertos de las Asociaciones y Sociedades médicas
- Diseño e implementación de una estrategia de comunicación que incluye la puesta en marcha de mecanismos de información en especial sobre los servicios incluidos en los planes de beneficios.

TERCER GRUPO DE ACCIONES

- Apoyo de expertos nacionales en aspectos técnicos, jurídicos, económicos y operativos, a través de 10 consultores especializados del Centro de Gestión Hospitalaria.
- Apoyo de expertos internacionales en priorización, metodologías de elaboración de guías y evaluación económica, mecanismos de apelación y de participación ciudadana, a través de un memorando de entendimiento con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE).



- Apoyo de la cooperación Europea mediante el programa Eurosociedad Salud, para el análisis de mecanismos de mejora en los sistemas de codificación de procedimientos en salud y de sistemas de información en salud para su aplicación en la actualización de los CUPS.

Como se evidencia, el proceso de actualización del POS es complejo y debe ser permanente. Ha de incluir diferentes aspectos de tipo técnico, económico, financiero y legal, que han sido abordados a través de las diferentes acciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social. Esto requiere de un proceso gradual que garantice que la actualización del POS se dirija a solucionar las problemáticas en salud más relevantes de los colombianos, en términos de la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la mayor ocurrencia, el impacto en la discapacidad, las preferencias de los usuarios y la calidad de los servicios de salud, entre otras; de tal forma que la actualización del POS obedezca a las necesidades reales que impactan el estado de salud de la población.

Al revisar las experiencias de actualización de los planes de beneficios que han realizado otros países como Holanda, Francia, Chile, Israel y Alemania, se evidencia que los procesos de ajuste de los planes de beneficios son procesos largos y complejos, por lo que han tomado varios años.

Colombia, no ajena a esta realidad, inició este proceso cinco años atrás con el primer grupo de acciones tendientes a conocer la situación de salud de los colombianos y la prestación de los servicios de salud con todas sus complejidades y es así como adelanta la realización de una serie de estudios, que en la actualidad son el insumo para poder adelantar la actualización del POS. Sin embargo, no esperó tener estos resultados y actualizó el POS a través de los dos mecanismos previstos, es decir: 1) A través de las Guías de Atención Integral como fueron todas las Guías de promoción y prevención adoptadas a través de la Resolución 412 de 2000 y las Guías de Atención Integral en Enfermedad Renal, VIH, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. 2) De forma concomitante, a través de la evaluación de tecnologías en salud como es el caso de la mallas de herniorrafia, colecistectomía laparoscópica, los anticonceptivos, stent coronario, entre otros.

6.1 Lineamientos para la actualización del POS

En cumplimiento de la Sentencia T-760 de la Honorable Corte Constitucional, el Ministerio diseñó un grupo de acciones en el corto plazo que de forma concomitante y complementaria a las acciones de largo plazo que ya venía desarrollando, permitieran llevar a cabo la actualización de los planes de beneficios.

Los lineamientos para la actualización del POS se enmarcan en la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos a través de la actualización integral de los planes de beneficios. El POS debe responder a las necesidades de la población relacionadas, entre otras, con la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, la



tecnología apropiada y disponible en el país y las condiciones financieras del sistema, lo que hace que esté supeditado a los recursos materiales e institucionales disponibles.^{xv}

En cuanto a su estructura, los aspectos que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha considerado importante tener en cuenta para la actualización del POS son los siguientes: el POS debe conservar su estructura actual de atención integral por actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos, complementado con “la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbilidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deben contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica”^{xvi}, tal como estaba previsto el POS desde el inicio del Sistema.

Referente a su proceso de construcción se continúa previendo amplio y participativo, donde se cuente no sólo con la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, sino con la concurrencia activa de todos los actores del SGSSS. De tal forma que se tengan los mecanismos de peso y contrapeso que permitan la formulación, la ejecución, el monitoreo, la evaluación y la rendición de cuentas del sector en materia de políticas públicas, en planes de beneficios, y se concreten en diálogos sin prevenciones y con información, justificación, mecanismos de apelación y concreción de las acciones de cada uno de los actores intervinientes.

En consecuencia, el Ministerio de la Protección Social presenta a continuación la metodología de diferentes acciones que a su vez son yuxtapuestas, en horizontes temporales distintos, que guardan la armonía para que el plan de beneficios de los colombianos responda a las necesidades en salud, se conforme a través de un conjunto de procedimientos costo-efectivos organizado de forma individual o por patologías y sea provisto en instituciones de calidad, con los recursos disponibles. Todo lo anterior teniendo en cuenta que la preocupación central del Ministerio de la Protección Social es la salud de los colombianos.

Esta metodología se ha venido llevando a cabo con el compromiso del Ministerio de la Protección Social y de todos los equipos técnicos disponibles se encuentran en dicha función; Sin embargo, es importante precisar que la actualización del POS, o de cualquier plan de beneficios en el mundo, es un proceso que tiene diferentes fases técnicas y de consulta social. En algunos países esta actualización ha tomado varios años de trabajo. El SGSSS liderado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ahora por la Comisión de Regulación en Salud y el Ministerio de la Protección Social han venido desarrollando el proceso de actualización del POS y se encuentran trabajando con todos los medios disponibles a su alcance en la realización y ejecución de las diferentes metodologías.

6.2 Actualización del POS en el corto plazo

La actualización del POS en el corto plazo se cimienta y apoya en trabajos y estudios adelantados por el Ministerio de la Protección Social con los diferentes actores, con el propósito de dar cumplimiento a lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional, en los tiempos establecidos para la orden vigésimo séptima.

Las acciones en el corto plazo se centran en la actualización del POS con base en la demanda atendida que se evidencia en los Estudios de Suficiencia de la UPC para financiar el POS, en los últimos cuatros años, y este Estudio se realiza bajo los siguientes supuestos: (i) Las EPS garantizan los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de sus afiliados; (ii) Las EPS prestan los servicios de salud de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en las Guías de atención integral vigentes en el país o en ausencia de estas bajo los estándares internacionales; (iii) Las EPS no colocan barreras de acceso a sus afiliados y (iv) Las EPS proveen información veraz y completa. La limitación que tiene esta información es que es retrospectiva. Es por ello, que se adelantan de forma paralela las acciones del mediano y largo plazo que dan respuestas a las demandas de salud de la población en prospectiva, lo que incluye necesidades en salud de la población a partir de los diferentes estudios epidemiológicos y un uso de servicios basados en Guías de atención integral basadas en la evidencia.

Estas acciones se concretan en la homologación de los planes de beneficios a CUPS, la clasificación de la nota técnica del POS con base en los Estudios de suficiencia en procedimientos POS y no POS, la validación de estos procedimientos por los diferentes actores, para finalizar con el costeo de las intervenciones en salud resultantes de este proceso. El resultado es un un plan de beneficios actualizado tanto en su codificación como en su contenido, de acuerdo con la demanda atendida en los últimos cuatro años y, financiado por la UPC.

6.2.1 Homologación de las actividades, intervenciones y procedimientos del POS a CUPS

La homologación de la codificación de cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos contenidas en el POS a la clasificación vigente en el país permitirá estandarizar los datos que se consolidan el Sistema Integral de Información de la Protección Social, proveer un lenguaje homogéneo entre los diferentes integrantes del SGSSS, facilitar la definición y el alcance de los Planes de Beneficios y de la UPC y monitorear el desempeño del sector bajo parámetros de comparabilidad, entre otros.

El proceso de cambio de la codificación del POS a la CUPS parte de un trabajo de consenso de homologación de las codificaciones y descripciones entre CUPS y MAPIPOS realizado en el 2002 por el Ministerio de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) agremiadas en ACEMI y el Instituto de Seguro Sociales. Posteriormente, este consenso fue revisado en el año de 2006 por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social. Ambos trabajos se adelantaron como avances

intermedios y parciales que tenían por objeto buscar la estandarización de la codificación y descripción de las prestaciones del POS en el país y otros usos como la unificación de contenidos en manuales tarifarios, guías, protocolos, entre otros que permita el adecuado flujo de información entre los diferentes actores del SGSSS.

Los pasos para la homologación del POS a CUPS fueron los siguientes:

- Revisión de la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos del consenso de homologación de 2002 considerados POS de la codificación CUPS.
- Revisión de 150 códigos CUPS considerados POS por el Ministerio de Hacienda, los cuales no estaban en el consenso de 2002 del Ministerio de la Protección Social. De los 150 códigos CUPS se aceptaron 141 códigos debido a que en su gran mayoría tienen la extensión SOD, lo que significa “*sin otra desagregación*” y luego de la revisión se identificó la desagregación de cada una de ellas dentro del consenso, lo que no representa problemas en términos de cobertura pero sí de reporte porque en este código pueden reportar todo el detalle. Los nueve restantes de igual forma se revisaron y definitivamente no se consideran POS como los de ortodoncia que están explícitamente excluidos, las técnicas de cirugía refractiva aprobada en el POS no corresponde a la reportada como POS, por lo que se ratificaron.
- Revisión de 76 códigos CUPS considerados no POS por el Ministerio de Hacienda, los cuales estaban en el consenso de 2002 del Ministerio de la Protección Social y se ratificaron 75 dentro del POS y uno se aceptó como no POS por no encontrarse la técnica.

6.2.2 Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS

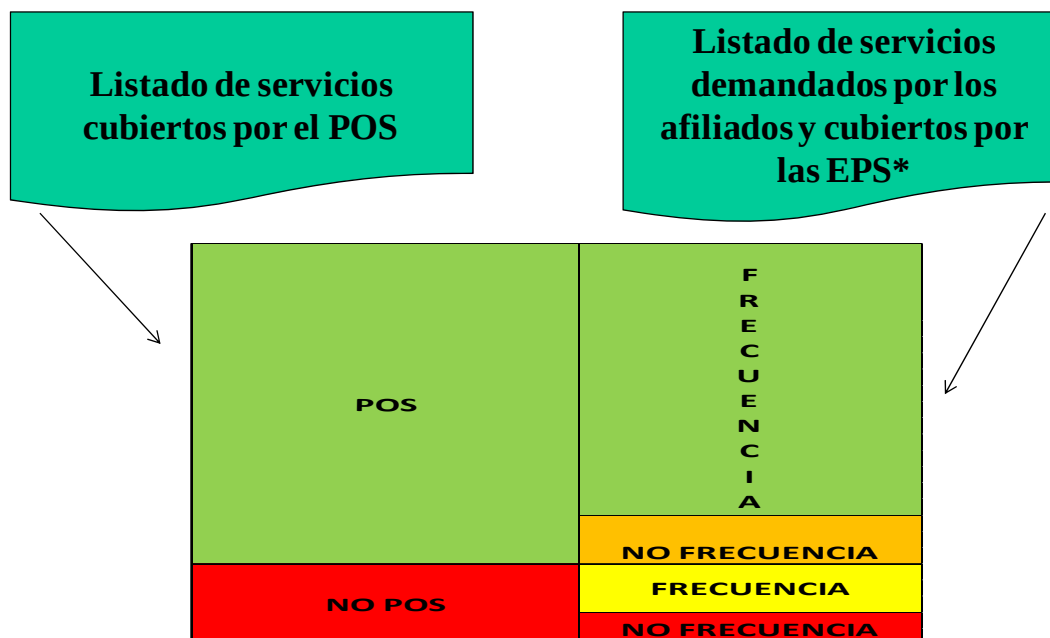
Una vez se obtiene el listado del POS en CUPS se procede a cotejarlo con el listado de procedimientos de la nota técnica del POS, teniendo como marco la totalidad de la codificación CUPS. El resultado es la siguiente clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos del POS: (Ver figura 1)

- Listado de procedimientos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), con su código y descripción, de aquellos servicios que estando incluidos en los planes de beneficios del SGSSS, registran frecuencia de uso durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007, a partir de la información acopiada en las bases de datos del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación / Plan Obligatorio de Salud de los años respectivos.
- Listado de procedimientos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), con su código y descripción, de aquellos servicios que estando incluidos en los planes de beneficios del SGSSS, no registran frecuencia de uso durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007, a partir de la información acopiada en las bases de datos

del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación / Plan Obligatorio de Salud de los años respectivos.

- Listado de procedimientos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), con su código y descripción, de aquellos servicios que si bien no están incluidos en los planes de beneficios del SGSSS, se ha encontrado que sí registran frecuencia de uso durante alguno de los años 2004, 2005, 2006 y 2007, a partir de la información acopiada en las bases de datos del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación / Plan Obligatorio de Salud de los años respectivos.
- Listado de procedimientos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), con su código y descripción, de aquellos servicios que no están incluidos en los planes de beneficios del SGSSS y no se han encontrado registro de frecuencia de uso durante alguno de los años 2004, 2005, 2006 y 2007, a partir de la información acopiada en las bases de datos del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación / Plan Obligatorio de Salud de los años respectivos.

Figura 1 Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS



Fuente: Elaboraciones propias de los autores

6.2.3 Participación y consenso con las sociedades científicas de los procedimientos POS y No POS

Teniendo en cuenta la información reportada por las diferentes EPS, en los años 2004, 2005, 2006 y 2007, en relación con los procedimientos en salud autorizados y realizados en los apacientes de cada una de ellas, se determino cuatro listas así:

1. Grupo uno procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, con reporte de frecuencia en la utilización.
2. Grupo dos procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, sin reporte de frecuencia en la utilización.
3. Grupo tres procedimientos calificados como No POS, con reporte de frecuencia en la utilización.
4. Grupo cuatro procedimientos calificados como No POS, sin reporte de frecuencia en la utilización.

De estas listas los procedimientos del grupo uno se ratifican incluidos en el POS, los del grupo cuatro se ratifican excluidos en el POS y los listados de los grupos dos y tres se ponen a disposición de las Asociaciones y Sociedades Medico Científicas y Grupos de Profesionales de la Salud para su validación a través de la metodología de consenso. Las listas del grupo 2 cuenta con 103 procedimientos y la del grupo 3 con 1033 procedimientos. (Ver figura 2)

Figura 2 Clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS

CUPS	CUPS
POS	FRECUENCIA - RATIFICAN INCLUIDOS
	NO FRECUENCIA - VALIDACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS
NO POS	FRECUENCIA - VALIDACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS
	NO FRECUENCIA - RATIFICAN EXCLUIDOS

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Para esta revisión se elaboró un instructivo para la calificación de cada uno de los procedimientos con una puntuación de 1 a 6, por parte de cada uno de los expertos, con los siguientes criterios de clasificación de los procedimientos no incluidos en el pos con frecuencia en los Estudios de suficiencia POS – UPC 2004-2005-2006-2007

1. **HOMOLOGACIÓN.** Es un procedimiento que es POS porque es un procedimiento que técnica y científicamente corresponda a un procedimiento existente en el MAPIPOS (Resolución 5261 de 1994).
2. **ACCESIBILIDAD.** Es un procedimiento que se encuentra disponible en nuestro medio y que bajo determinadas condiciones estructurales de oferta del sistema se constituye en la mejor opción preventiva, terapéutica, diagnóstica y /o pronóstica, además de cumplir con los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
3. **EFICACIA.** Es un procedimiento que se realiza en nuestro medio y tiene eficacia clínica en comparación con las otras alternativas preventivas y terapéuticas probadas bajo las condiciones tecnológicas y científicas existentes.
4. **DESEMPEÑO OPERATIVO.** Es un procedimiento que se realiza en nuestro medio y que tiene las mejores capacidades operativas medidas en valores predictivos positivo y negativo para una condición clínica determinada, en comparación con el resto de alternativas diagnósticas y/o pronósticas.
5. **SEGURIDAD.** Es un procedimiento que se realiza en nuestro medio y que bajo las condiciones tecnológicas y científicas existentes se minimiza el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o se mitigan sus consecuencias, en comparación con el resto de opciones preventivas, terapéuticas, diagnósticas y/o pronósticas.
6. **COSTO EFECTIVIDAD.** Es un procedimiento que se realiza en nuestro medio bajo las condiciones tecnológicas y científicas existentes y cuya razón costo efectividad vista desde la perspectiva de la sociedad es superior, en comparación con las demás alternativas preventivas, terapéuticas y/o pronósticas o diagnósticas existentes.

Los criterios de clasificación de los procedimientos pos sin frecuencia en los Estudios de suficiencia POS – UPC son los siguientes:

1. **NOMENCLATURA.** Este procedimiento ya está descrito en forma más detallada en otros códigos dentro del POS o no se realiza bajo esa descripción.
2. **ACCESIBILIDAD.** Es un procedimiento que no se encuentra disponible en nuestro medio a pesar de estar descrito en la evidencia científica disponible o de tener indicaciones en determinados grupos de pacientes.
3. **EFICACIA.** Es un procedimiento que no tiene eficacia clínica probada bajo las condiciones tecnológicas y científicas existentes o que aún teniéndola no es de elección, comparado con otras alternativas preventivas o terapéuticas.
4. **DESEMPEÑO OPERATIVO.** Es un procedimiento cuyas capacidades operativas medidas en valores predictivos positivo y negativo para una condición clínica determinada no es de elección, en comparación con el resto de alternativas diagnósticas y/o pronósticas.
5. **SEGURIDAD.** Es un procedimiento que bajo las condiciones tecnológicas y científicas

existentes incrementa el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o se mitigan sus consecuencias, en comparación con el resto de opciones preventivas, terapéuticas, diagnósticas y/o pronósticas.

6. **COSTO EFECTIVIDAD.** Es un procedimiento que cuya razón costo efectividad vista desde la perspectiva de la sociedad es menor, en comparación con las demás alternativas preventivas, terapéuticas y/o pronósticas o diagnósticas existentes.

6.2.4 Participación y consenso con la comunidad y actores del SGSSS para la actualización del POS

La participación de los actores del SGSSS y la comunidad en la actualización del POS se ha trabajado en dos frentes; el primero se relaciona con la construcción conjunta de procesos técnicos y metodologías para la revisión y actualización sistemática y progresiva de los contenidos del POS y el segundo está enfocado en la generación de procesos de consenso y conciliación de intereses y perspectivas con la sociedad civil, alrededor de los criterios que se considera deben definir el POS colombiano.

En otras palabras, la participación de los actores del SGSSS y de la comunidad debe combinar procesos técnicos y sociales que permitan que las actualizaciones del plan de beneficios respondan no solo a los criterios ya establecidos por la Ley 100 de 1993 y los acuerdos y decretos ya mencionados; sino a una escala de valores sociales y culturales identificados con los ciudadanos.

6.2.4.1 Participación de los actores en la construcción técnica de las estrategias para la actualización del POS

El establecimiento de estrategias para la actualización del POS requiere de la construcción de procesos técnicos participativos que permitan la identificación, evaluación y consolidación de metodologías que puedan ser aplicadas en la construcción de planes de beneficios, que se ajusten a las particularidades del sistema de aseguramiento en salud del país y que puedan desarrollarse con las capacidades de investigación en salud del país y con la información que está disponible en el sistema.

Estas metodologías hacen referencia al desarrollo de Guías de Práctica Clínica, conocidas en el contexto del SGSSS como Guías de Atención Integral – GAI, y la evaluación de tecnologías en salud. Aunque estas dos estrategias serán abordadas posteriormente al hacer referencia a la Actualización del POS en el mediano y largo plazo; en este apartado se presentará la importancia de la participación de actores del SGSSS en la construcción técnica de las estrategias de actualización del POS y cómo la identificación de las opiniones y el reconocimiento de los saberes y experiencias técnicas, favorecen la toma de decisiones para el país.

6.2.4.1.1 Participación en el desarrollo de GAI

La participación en la construcción técnica para el desarrollo de la Guía Metodológica para GAI y el desarrollo de las Guías de Atención Integral para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, se ha dividido en dos fases: i) una fase de validación técnica en la que se ha contado con la participación de grupos académicos y de investigación nacionales, expertos en los temas de guías de práctica clínica, evaluaciones económicas en salud y estudios actuariales enfocados al POS y a la UPC y ii) una segunda fase de socialización y comunicación, en la que se dan a conocer los resultados de la fase de validación técnica con opción de tomar aportes y sugerencias que aporten sustancialmente a la consolidación de las metodologías.

A continuación se presentan el resumen de los momentos clave de participación en la construcción técnica de estrategias de actualización del POS a mediano y largo plazo y los actores que se han involucrado al proceso.

Tabla 1 Momentos de participación de la ciudadanía y actores en la construcción de las guías metodológica y de Diabetes Mellitus, como estrategia para la actualización del POS a mediano y largo plazo

Momento de participación	Guía metodológica		Guías de Diabetes Mellitus 1 y 2	
	Fecha	Participantes	Fecha	Participantes
Validación	Marzo 19 y 20 de 2009	Validación del componente clínico con la participación de la academia y grupos de investigación en el desarrollo de GPC. Se contó con la participación de 17 expertos entre grupos académicos y de investigación, representantes del Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Grupo Desarrollador de la GM.	1º y 24 de Julio de 2009	Primera y segunda reunión de consulta a expertos en Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2, para la construcción de preguntas de investigación para la Revisión Sistemática de Literatura.
	1º Abril de 2009	Validación del componente de evaluación económica con la participación de 23 actores del sistema entre representantes del MPS, ACEMI, EPS, Academia y expertos en investigación y Evaluaciones Económicas y el Grupo Desarrollador de la GM.	Julio de 2009	Realización de grupos focales para aproximación a aspectos clave sobre el tratamiento y acceso a servicios de salud para la enfermedad. Planeación de metodología y definición de preguntas.
	Mayo 6 y 8 de 2009	Validación del componente actuarial con la participación de 20 actores del sistema con representantes del MPS, Min. Hacienda, ACEMI, EPS, Academia y expertos técnicos.		

	Mayo de 2009	Validaciones virtuales de los componentes clínico y económico, con la participación de 18 personas en representación de Profesionales de la Salud, IPS, EPS, Academia, Gobierno, Asociaciones Profesionales y la Industria.		
Socialización	Fecha	Participantes	Fecha	Participantes
	Mayo 4 de 2009	Primera socialización de componentes clínico y económico con la participación de 50 actores del sistema , con representantes de OPS, MPS, ACEMI y aseguradores, ACSC y COPSA, Academia y Colciencias, grupos de interés como Industria farmacéutica y AFIDRO, e investigadores independientes. Se realizó ese mismo día una jornada de socialización exclusivamente con la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.		
	1º de Julio de 2009	Segunda reunión de socialización de la guía metodológica con la participación de 110 actores del sistema (MPS, ACEMI, Gestarsalud, ACSC y COPSA), academia y grupos de interés como un representante de pacientes y la industria farmacéutica. La socialización contó con la participación y aportes al proyecto por parte de expertos internacionales de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard: Norman Daniels, William Hsiao y Thomas Bossert.		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

6.2.4.1.2 Participación en las Jornadas de Intercambio Técnico Internacional

Otros momentos de participación en la construcción técnica de estrategias se han dado en las Jornadas de Intercambio Internacional en Experiencias de Sistemas de Salud, que viene programando el Ministerio de la Protección Social desde octubre de 2008. Estas jornadas han permitido no solo el conocimiento de experiencias internacionales en temas relacionados con los planes de beneficios, sino también la instauración de espacios de discusión para la identificación de los derroteros para la aplicación de las metodologías en el contexto colombiano, la nivelación técnica de los grupos de investigación nacionales en temas técnicos relacionados con las estrategias para la actualización del POS y la realización de convenios internacionales que acompañen los procesos de ajuste del POS (ver Tabla 2).

En estos espacios se ha contado con la participación de más de 500 personas que han representado instituciones gubernamentales (MPS, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Departamento Nacional de Planeación, entre otros), aseguradores, IPS, centros de investigación y grupos académicos, asociaciones de profesionales de la salud, industria farmacéutica e investigadores independientes. Vale la pena aclarar que muchos de los asistentes a estas jornadas de intercambio técnico, se han convertido en participantes recurrentes en estos espacios de discusión, consolidando así un grupo crítico del seguimiento y evolución de las estrategias de actualización del POS.

Tabla 2 Participación en la construcción de técnica de estrategias para la actualización del POS a través de las Jornadas de Intercambio de Experiencias Internacionales en Sistemas de Salud

Jornada	Fecha	Temas de participación e intercambio
Primera Jornada de Intercambio con Representantes de la Agencia de Información para la Salud en Francia, sobre Clasificaciones en salud y Sistemas de Información. Participantes: 70 personas entre todos los actores del SGSSS (Ministerio de la Protección Social, representantes del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, representante del Departamento Nacional de Planeación, representantes de IPS, EPS y EPS-S, delegados de sociedades científicas e investigadores independientes).	6.2.4.1.2.1.1 Octubre 27 al 31 de 2008	Se logró intercambiar experiencias sobre mecanismos para la captura y análisis de información para el monitoreo de los resultados en salud y su relación con la armonización del lenguaje entre los actores del sistema de salud. Se inició la transferencia de la clasificación francesa como base de la actualización de CUPS. Se evidenció en conversatorio con actores la necesidad de avanzar en el fortalecimiento de los sistemas de información para que las herramientas de codificación cumplan su propósito y permitan el seguimiento y el control permanente de los servicios de salud prestados y de los recaudos de las diversas fuentes de financiación. La actualización de la CUPS se continuó con la visita de dos consultores del MBPS a la Agencia de Información Hospitalaria de Francia, como parte de la Cooperación Internacional a través de Eurosocio Salud.
Segunda Jornada de Intercambio	Diciembre 10 al 12 de	Se conocieron de primera mano los

con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), sobre mecanismos técnicos para definición de coberturas en el Sistema de Salud Inglés y aproximación a mecanismos de participación ciudadana. Participantes: 140 personas entre todos los actores del SGSSS.	2008	mecanismos técnicos para la definición de coberturas en el Sistema de Salud Inglés, específicamente el desarrollo de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencias y la Evaluación Económica de Tecnologías en Salud. También se conocieron y discutieron sus mecanismos de participación ciudadana: los Jurados de Ciudadanos y la instauración de organismos para la apelación y revisión de las decisiones técnicas tomadas por el Sistema de Salud Inglés con base en las recomendaciones del NICE. Esta Jornada llevó a la firma de una memorando de entendimiento entre el MPS y el NICE, el 17 de enero de 2009, para la cooperación bilateral en el fortalecimiento técnico para la actualización del POS y el intercambio de experiencias exitosas en la consolidación de competencias sociales para la participación ciudadana en toma de decisiones en la asignación de recursos para la salud.
Tercera Jornada de Intercambio con Norman Daniels, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, sobre la asignación justa de los recursos para la salud. Participantes: 120 personas entre todos los actores del SGSSS.	Enero 26 de 2009	Se obtuvo mayor conocimiento sobre el marco conceptual Accountability for Reasonableness - A4R para el establecimiento explícito y justo de límites para la asignación de recursos en salud. En el conversatorio se discutieron temas como: el establecimiento de límites al derecho a la salud para la estabilidad del sistema, el establecimiento de límites como un proceso que requiere tiempo, planeación y que debe hacerse con la participación de todos y el establecimiento de límites requiere de un proceso justo, transparente e imparcial.
Cuarta Jornada de Intercambio con Antonio Infante representante del Gobierno de Chile, sobre el papel de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en la reforma del Sistema de Salud Chileno. Participantes: 70 personas entre todos los actores del SGSSS.	Marzo 5 de 2009	Se logró el intercambio técnico sobre los procesos de priorización, identificación de necesidades en salud y desarrollo de GPC para el ajuste del POS. Se identificaron los procesos técnicos, políticos y sociales a tener en cuenta en para la reformas del plan de beneficios.
Quinta Jornada de Intercambio con Jaime Caro, profesor de la Universidad de McGill de Canadá, sobre las evaluaciones económica de GPC. Participantes: 120 personas entre todos los actores del SGSSS.	Mayo 21 de 2009	Se logró el intercambio técnico sobre la importancia de las evaluaciones económicas de GPC en el contexto colombiano y el conocimiento de metodologías aplicadas en otros países como Alemania.
Sexta Jornada de Intercambio con Francis Ruíz, asesor técnico en evaluaciones económicas del NICE del Reino Unido.	Junio 22 al 24 de 2009.	Se realizaron talleres y sesiones de discusión sobre los pasos técnicos para la evaluación económica de las GPC, los retos de Colombia para la construcción de metodologías que se

Participantes: 46 personas entre técnicos de diferentes gremios o grupos de actores del SGSSS y la academia.		ajusten a las debilidades en información en salud y aportes al desarrollo de la GM y al trabajo de grupos de investigación nacionales. El taller se realizó gracias a la financiación del Banco Mundial.
---	--	---

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Como parte del componente informativo de la participación, que es transversal a todos los frentes de trabajo, las presentaciones de las jornadas de intercambio internacional se han hecho públicas en la página web: <http://www.pos.gov.co>.

6.2.4.2 Validación y desarrollo de principios y criterios de actualización del POS

Desde la instauración del POS, se definieron unos criterios para su actualización. Estos criterios siguen vigentes hoy, pero es necesario retomarlos y considerar la posibilidad de generar otros teniendo en cuenta la evolución del SGSSS, los retos que enfrenta el POS por los cambios en las enfermedades que afectan a los colombianos, los avances de la tecnología, y otros aspectos.

Estos principios no son de conocimiento general y por eso se considera fundamental que se incluyan como tema para los procesos de información sobre el POS. En forma complementaria, diferentes decretos también han establecido los criterios a tener en cuenta para la establecer el propósito del POS y para definir los contenidos del mismo.

Tanto los principios como los criterios vigentes se presentan a continuación:

6.2.4.2.1 Principios del POS

Un principio hace referencia a un concepto general orientador para las ordenaciones de políticas, recursos, etc., generalmente elaborado en el marco de acuerdos globales o leyes.

Para el caso del Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como constituyente de dicho sistema integral, la Ley 100 de 1993^{xvii} definió una serie de principios generales que rigen las decisiones respecto a los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad^{xviii}. Los principios también aplican a la regulación del servicio público esencial de salud y la creación de condiciones de accesos en toda la población al servicio en todos los niveles de atención a través del POS^{xix}.



Los principios que han sido establecidos por la Ley 100 de 1993, que aplican para el POS, son los siguientes:

Título preliminar, Capítulo I, Artículo 2 -

1. **Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativo, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
2. **Universalidad:** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
3. **Solidaridad:** es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público del Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos poblacionales más vulnerables.
4. **Integralidad:** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.
5. **Unidad:** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
6. **Participación:** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Libro II, Título I, Capítulo I, Artículo 153

7. **Equidad:** El SGSSS proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.
8. **Protección integral:** El SGSSS brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del POS.
9. **Participación social:** El SGSSS estimulará la participación de los usuarios en la

organización y control de las instituciones del SGSSS y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

10. **Concertación:** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamental, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
11. **Calidad:** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante la entidad de vigilancia.

Capítulo III, Artículo 162.

Plan Obligatorio de Salud. El SGSSS crea las condiciones de acceso a un POS para todos los habitantes del territorio nacional antes del 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

6.2.4.2.2 Criterios del POS

Acuerdo Número 008 de 1994 del CNSSS^{xx}

Artículo 3°. Enfoque Integral. Aprobar el enfoque de integridad del POS, mediante el cual se brindan educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad.

Artículo 4°. Concordancia con las condiciones financieras del país. Aprobar la aplicación del POS sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos.

Artículo 5°. Criterios de inclusión de actividades. Aprobar como criterio fundamental para inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del POS, la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor eficacia en términos de los resultados

deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía.

Artículo 6°. Criterios de inclusión de actividades. Adoptar como principio guía de orientación del POS, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo - efectividad.

Decreto 806 de 1998 del 30 de abril de 1998^{xxi}

Artículo 9°. Criterios para la elaboración del plan: Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el POS, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

Parágrafo.- Los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Resolución 5261 de 1994^{xxii}

Artículo 18. De las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud. En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.



Estos son los principios y criterios que hoy orientan la definición de los contenidos del POS; sin embargo, es posible que existan otros teniendo en cuenta la evolución del SGSSS, los retos que enfrentan los POS de los regímenes contributivo y subsidiado, los avances de las tecnologías en salud, etc., y deben ser discutidos con la ciudadanía en general.

Adicionalmente, sabiendo que el mantenimiento de la salud no es solo un deber del Estado y sabiendo que los recursos siempre serán limitados para atender el sin número de necesidades en salud que puede tener un país; se propone la creación de un principio y es el de la corresponsabilidad, el cual hace relación al deber de los ciudadanos a compartir la responsabilidad del mantenimiento de la salud y de hacer un uso responsable de los recursos públicos que se destinan para la salud. La corresponsabilidad Estado-Ciudadano exige la voluntad de ambas partes: el Estado garantiza el acceso a un POS bajo los principios definidos por la Ley 100 de 1993 y los ciudadanos, participan decididamente en el mantenimiento de un estado de salud y del buen uso de los recursos públicos para esto.

Para esto, las consultas ciudadanas con la discusión sobre algunos temas clave ayudarán a validar los principios y criterios existentes y a definir nuevos principios y criterios que se consideren relevantes para el contexto actual del POS y el SGSSS.

6.2.4.3 Consenso con la comunidad y actores del SGSSS para la definición validación de los criterios de actualización del POS

El ejercicio de definir prioridades en salud es una necesidad para optimizar el uso de recursos, que además de ser escasos, deben procurar mejoras en el estado de salud de toda la población. Este concepto se ve reforzado por las afirmaciones de diferentes autores y expertos que consideran que el ejercicio de definir prioridades en salud es fundamental y requiere de una serie de pasos para llegar a la toma de decisiones sobre el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos^{xxiii, xxiv, xxv, xxvi, xxvii} que procuren mejoras en el estado de salud de toda la población.

Para Colombia la priorización aplicada a los procesos de precisión y actualización del POS permite que el Plan de Beneficios sea explícito y con límites claros, de tal forma que discusiones sobre coberturas entre los actores del sistema se disminuyan y así mismo el usuario conozca sin confusiones a qué tiene derecho.

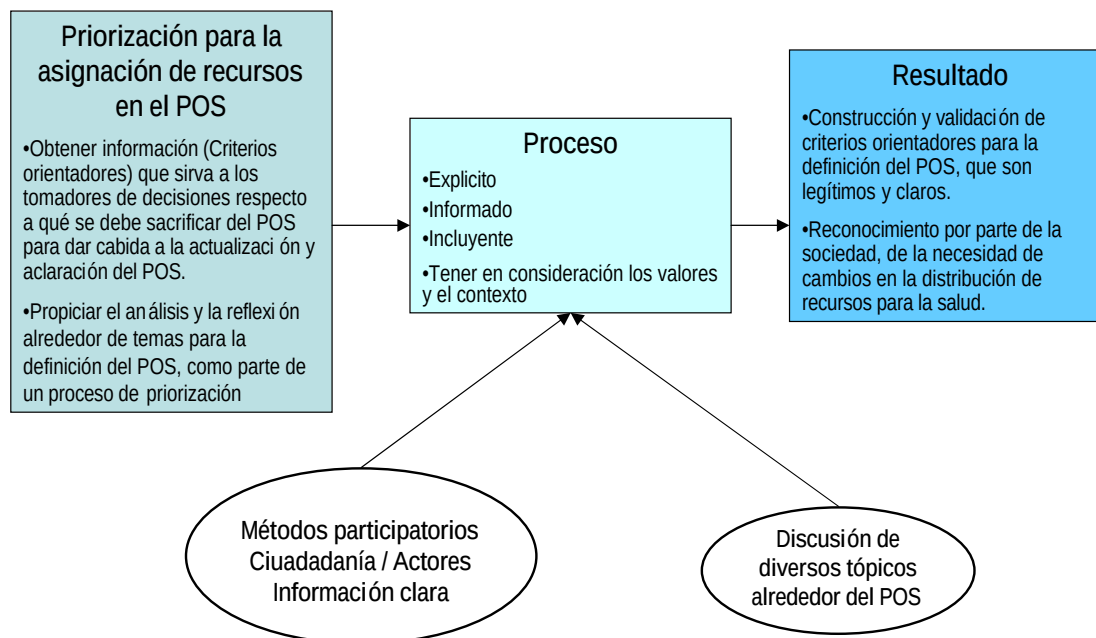
El establecimiento de prioridades, también conocido como racionamiento explícito y asignación de recursos, es una tarea compleja que afecta a todos los tomadores de decisiones en los niveles macro (nivel gubernamental), meso (nivel de las autoridades locales de salud) y micro (nivel de IPS). Este tipo de decisiones tienen repercusiones de diversa índole y suponen un dilema ético al establecer que si se cubre una atención en salud para una condición médica determinada con los recursos disponibles, necesariamente se está cerrando la opción de incluir otra atención para esa misma

condición médica o para otra de diversa índole, afectando tal vez negativamente a grupos poblacionales específicos.

Lo importante en este punto es identificar y establecer cuál o cuáles serán los criterios que definan el límite entre las atenciones en salud que se deben cubrir y las que definitivamente no son factibles de asumir a través de un plan de beneficios. Estos criterios pueden denominarse “valores” y son aquellas condiciones que definen las preferencias sociales respecto a la salud y que deben ser tenidos en cuenta por los tomadores de decisiones en los diferentes niveles mencionados anteriormente.

Esta definición de valores requiere de la consulta a los usuarios finales del plan de beneficios y a los posiblemente afectados por las decisiones que se tomen, es decir, se requiere de la consulta de la ciudadanía en general, que incluye a aquellos usuarios organizados e informados en temas relacionados con la salud y el SGSSS y al ciudadano del común con quién se debe iniciar, además de la consulta, un proceso de educación e información en temas como los contenidos actuales del POS y la importancia de temas como el establecimiento de límites razonables basados en el perfil epidemiológico del país y de los recursos disponibles en el sector, entre otros (ver Figura 3).

Figura 3 Priorización para la definición de los contenidos del POS



Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Es importante aclarar que la participación ciudadana tiene diferentes métodos, siendo uno de ellos la consulta ciudadana. La participación se ha iniciado desde octubre de 2008, a través de la generación de información, adecuada, suficiente, completa y oportuna sobre

los contenidos del POS y el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud, divulgación de la información en la página web del POS, generación de respuestas a la ciudadanía frente a las preguntas relacionadas con coberturas y el derecho a los beneficios del POS, desarrollo de jornadas de información capacitación para el desarrollo de metodologías para el ajuste del POS, y la participación en la definición técnica de metodologías de revisión y actualización del POS, entre otros.

Los procesos de consulta y consenso ciudadano y con actores del SGSSS son una tarea de largo plazo pues los resultados del desarrollo de habilidades para la toma de decisiones en sociedad puede tomar varios años y éstos cambiarán por las “racionalidades locales” en las que las prioridades o la identificación de necesidades en salud se ven muy influenciadas por patrones culturales. Estos aspectos hacen que la evaluación de las dificultades de los procesos de movilización y participación ciudadana sea indispensable antes de iniciar el proceso; pero no pueden convertirse en un impedimento para iniciarlos.

Por esta razón, las consultas para los procesos ciudadanos se han planeado para una implementación y ejecución en tres fases:

1. En la primera fase, el objetivo principal de la consulta a ciudadanos y actores es obtener información sobre el tipo de riesgos que considera la gente debe cubrir el plan de salud (la urgencia vital, lo crónico y costoso, lo más frecuente, etc.) y que pueden tomarse como los orientadores para la definición del plan de beneficios en los diferentes procesos de revisión, actualización y ajuste que en adelante se hagan del mismo.

En esta etapa se recogerán las opiniones de los colombianos(as) sobre los criterios y características que deben tenerse en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con la inclusión o exclusión de servicios y medicamentos en el POS. El trabajo de la consulta ciudadana, articulado con la estrategia de comunicación en el componente de comunicación presencial busca indagar sobre las opiniones de los usuarios para la definición de criterios generales para la determinación sobre los contenidos del POS y serán de carácter participativo no decisorio, pues con éstas consultas los tomadores de decisiones (Comisión de Regulación en Salud –CRES- y el Ministerio de la protección Social) no pretenden que los ciudadanos tomen las decisiones que son su responsabilidad, sino que a través de procesos claros, éstos aporten argumentos en los cuáles se puedan basar las decisiones que se tomen al respecto.

2. En la segunda fase, una vez se hayan iniciado los procesos de participación y se esté en camino de consolidación de sus mecanismos, se discutirán temas éticos más complejos alrededor del derecho a la salud.

Esta fase se implementará antes de finalizar el 2009 y se realizará a través de la instauración de espacios deliberativos permanentes bajo el esquema de trabajo de los Consejos de Ciudadanos. Para esto se contará con la cooperación del Instituto NICE del Reino Unido, cumpliendo los acuerdos del memorando de entendimiento firmado



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



con dicha Institución el pasado 17 de enero de 2009, bajo la financiación del Banco Mundial.

3. En la tercera fase, haciendo uso del mecanismos de participación permanente, se procederá a tener nuevas rondas de preguntas generales y criterios de priorización de para el POS.



6.2.4.3.1 Primera fase de la consulta ciudadana

Como se mencionó, el objetivo de esta fase es el de recoger las opiniones de los usuarios del SGSSS para la definición de criterios generales para la determinación sobre los contenidos del POS. Las primeras consultas presenciales convocadas por la CRES y el Ministerio de la Protección Social, se realizaron el 23 y 27 de julio de 2009 y los participantes fueron las asociaciones de usuarios y de pacientes y la comunidad médica respectivamente.

También se abrió esta consulta de forma virtual el 23 de julio, a través de la página web www.pos.gov.co, apoyados en los beneficios de la Fase de Democracia en línea, en la que el ciudadano participa activa y colectivamente en la toma de decisiones de un Estado que ha interiorizado en sus prácticas la política del Gobierno en Línea.

A través de la consulta en la página web, se amplía la participación de la sociedad, pues no solamente se convoca a representantes de agremiaciones, representantes de la sociedad civil, organizaciones sociales u académicas, sino a cualquier miembro de la comunidad; y se favorece la construcción participativa y el seguimiento de políticas, planes, programas y temas legislativos, y la discusión y consulta en línea para la toma de decisiones.

Los pasos que se siguieron para la activación de la consulta por internet, fueron los siguientes:

1. Publicación de una nota en la web del Ministerio de la Protección Social con un link a la consulta
2. Publicación de un aviso de prensa en el periódico El Espectador publicado el 23 de junio de 2009. Se anexa publicación
3. Envío de un correo masivo a 370 personas que hacen parte de la base de datos de jornadas presenciales y de quienes escriben al correo de nuevo pos
4. Envío de un correo a 140 organizaciones de usuarios ubicadas en diferentes lugares del país.

Los primeros resultados de la consulta ciudadana en línea tienen fecha de corte al 27 de julio de 2009. Antes del cierre de de la primera consulta ciudadana virtual (23 de agosto de 2009) se realizará un segundo corte para análisis de datos.

6.2.4.3.1.1 a. Planeación de la consulta ciudadana

La planeación de la consulta ciudadana se inició entre diciembre de 2008 y enero de 2009, luego del intercambio técnico internacional con el Instituto NICE del Reino Unido y con el Dr. Norman Daniels, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y autor del marco conceptual A4R, aplicable en la asignación justa de recursos en salud. Con esto se inició una revisión de los mecanismos de participación implementados en diferentes países y que han tenido continuidad y trascendencia en la

toma de decisiones en salud, y en la identificación y evaluación de los mecanismos de constituidos en el país.

Como parte de este trabajo, el 20 de mayo de 2009 se hace una identificación de los mecanismos de participación que actualmente se encuentran funcionando de manera efectiva y practica en los departamentos o municipio de Colombia. Esta identificación se logró con la participación de 30 Secretarios(as) de Salud Municipales y Departamentales, a través del diligenciamiento de la encuesta cuyas preguntas principales se transcribe a continuación^{xxviii}:

1. ¿Cuáles son los mecanismos de participación que actualmente se encuentran funcionando en su municipio?
2. ¿Cuenta su municipio o secretaría con recursos económicos disponibles para promover ejercicios de participación ciudadana Frente al Plan Obligatorio de Salud?
3. ¿Cuáles son los temas del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo que más preocupan en su municipio?
4. ¿Cuáles son los temas del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado que más preocupan en su municipio?
5. ¿Cuáles son los temas generales del Sistema de Seguridad Social en Salud que más preocupan en su municipio?
6. ¿Cuál cree usted que es otra forma de aproximarse a la ciudadanía organizada del municipio para analizar los temas del Plan Obligatorio de Salud y del Sistema en general?

Las conclusiones del taller fueron las siguientes:

1. Existen varios mecanismos de participación ciudadana, comunitaria o social, en los temas de salud, creados por diferentes normas. La Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1757 de 1994 y más recientemente la Ley 1122 de 2008.

Sin embargo, ninguna de estas normas señala con qué tipo de recursos económicos debe estimularse y promoverse la participación ciudadana en el nivel territorial. Los recursos deben salir del presupuesto propio de las entidades municipales y departamentales.

2. Lo anterior hace que los mecanismos creados o impulsados por cada norma, no funcionen de manera adecuada.
3. A nivel territorial existen los Copacos, las asociaciones de usuarios de EPS e IPS y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, en la práctica no se reúnen, ni ejercen las funciones para lo que la ley contempla y para las que fueron creados. Tal vez los más activos son las asociaciones de usuarios de EPS e IPS.
4. El Consejo territorial tenía en el pasado funciones de aprobación del PAB y de otros temas. Pero ya no tiene esas funciones por lo que los incentivos de reunión son cada

vez menores.

6.2.4.3.1.2 b. Instauración de la consulta ciudadana presencial y de la consulta a la comunidad médica

Con base en esa información obtenida sobre los mecanismos de participación con operación efectiva, se procedió a la planeación de las consultas presenciales ya mencionadas. Las preguntas que se trabajaron en esta primera fase fueron^{xxix}:

1. *A partir de un listado de opciones, ¿Cuáles son las categorías de servicios que deben estar incluidos o actualizarse en el POS?*
2. *Teniendo en cuenta que los recursos con los cuales se financia el POS provienen principalmente de lo que aportan las personas, la cobertura del Plan está limitada a la disponibilidad de dichos recursos. Por lo tanto, el actual Plan de Beneficios POS tiene exclusiones, como por ejemplo, cirugía estética, tratamientos de infertilidad, tratamientos experimentales, entre otras.*

A partir de un listado de opciones ¿cuáles son las categorías de servicios que no se deben incluir o deben mantenerse excluidos del POS?

Adicionalmente, se indagó sobre la corresponsabilidad Estado-Ciudadano respecto al derecho a la salud, a través de la siguiente pregunta:

3. *En el Plan Obligatorio de Salud existe una responsabilidad compartida entre Estado-Ciudadano. El Estado debe garantizar el derecho al acceso a un POS bajo los principios definidos por la Ley 100 de 1993. Los ciudadanos tienen el compromiso de mantener su salud, cumplir con sus deberes y usar de forma adecuada los recursos públicos dispuestos por el Sistema de Salud, ¿Cómo califica el compromiso de responsabilidad compartida del Estado y de los ciudadanos?*

Los **objetivos** para las primeras jornadas de deliberación sobre el POS fueron:

- Continuar el componente pedagógico que se viene desarrollando con el componente informativo de la participación, orientado a la sensibilización sobre los criterios y los contenidos que caracterizan al POS.
- Promover con los usuarios del Sistema de Salud y los actores del Sistema una reflexión y análisis sobre los criterios y características que deben orientar las decisiones de actualización y precisión de los contenidos del POS.
- Recoger insumos desde la opinión de los actores del Sistema para que la CRES pueda posteriormente tomar decisiones sobre inclusiones o exclusiones del POS



A continuación se presentan los públicos y la metodología de las consultas. Los resultados de las mismas se presentan en el Capítulo 5 del presente documento.

Los **públicos** fueron:

- *Primera Jornada*

Entre 63 personas usuarios del sistema: asociaciones de usuarios de las EPS, organizaciones de pacientes, organizaciones de grupos poblacionales, ONGs, veedurías ciudadanas. Las instancias de dirección del Ministerio como el viceministerio y los Comisionados de la CRES participan como facilitadores y observadores. Los convocados fueron distribuidos como se muestra en la Tabla 3.

- *Segunda Jornada*

Entre 50 y 60 representantes de las sociedades y asociaciones de profesionales de la salud del país. Las instancias de dirección del Ministerio como el viceministerio y los Comisionados de la CRES participan facilitadores y como observadores.

Respecto al **carácter** de las consultas, estas se consideran como ejercicios participativos y consultivos, no definitivos. Proporcionan insumos para la toma de decisiones, a las instancias encargadas de hacerlo.

Tabla 3 Conformación de grupos de trabajo para la Consulta Ciudadana con usuarios y pacientes organizados.

Grupo 1	AU	ASO USAQUEN - COMISION DE CONTROL SOCIAL
Grupo 1	AU	Asociacion de Usuarios : Luis Carlos D'az
Grupo 1	AU	Asociacion de usuarios de Chapinero
Grupo 1	AU	Ecoopsos:
Grupo 1	AU	COM CAPRECOM - Chapinero
Grupo 1	AU	Asociación de Usuarios SURA
Grupo 1	AU	Asociacion usuarios USME: Jeronimo Bohorquezl
Grupo 1	GOV	Dagoberto Gomez- Superintendencia
Grupo 1	VD	Aso. Veedores Ciudadana
Grupo 1	AU	Jos Villamil- FUSISSCO: Fundaci—n de Usuarios del sistema de seguridad Social colombiano
Grupo 1	VD	Veedur'a Ciudadana: Alvaro Cárdenas Santana
Grupo 1	ONG	Organizaci—n Mi salud

Grupo 2	AU	SEGUIMIENTO AL SERVICIO/TUNJUELITO
Grupo 2	AU	Ecoopsos:
Grupo 2	AU	Asociacion de usuarios de Suba
Grupo 2	AU	Ecoopsos:
Grupo 2	AU	Asociacion de usuarios de Usme
Grupo 2	AU	Asociacion Usuarios Usaquen:
Grupo 2	AU	Asociacion Usuarios San Cristobal: Abel Reyes Pe—a
Grupo 2	GOV	Programa de salud DEFENSORIA DEL PUEBLO
Grupo 2	VD	Veedurí: Carlos Julio Torres
Grupo 2	VD	Red Distrital de control social en Salud
Grupo 2	ONG	Colombia Diversa
Grupo 2	ONG	Asociaci—n Nacional Indígena de Colombia

Grupo 3	AU	Asociacion de usuarios Hospital Simon Bolivar
Grupo 3	AU	Asociacion usuariosUSME: Antonio Bernal
Grupo 3	AU	COM CAPRECOM - Engativa
Grupo 3	AU	Consejo de Administracion de Ecoopsos
Grupo 3	AU	Copaco Tunjuelito
Grupo 3	AU	FAMISANAR
Grupo 3	AU	ASOCIACION DE USUARIOS DE BOSA
Grupo 3	AU	Asociacion de usuarios de Meissen
Grupo 3	GOV	Defensoria del Pueblo:
Grupo 3	ONG	Así vamos en salud
Grupo 3	ONG	VIVA LA CIUDADANIA: Antonio Madariaga:

Grupo 4	AP	Acopel
Grupo 4	AP	Asociacion colombiana de enfermos de cancer
Grupo 4	AP	Asociaci—n Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales
Grupo 4	AP	Asociacion Peque—os Gigantes de Colombia
Grupo 4	AP	Fundacion colombiana para la psoriasis
Grupo 4	AP	Fundaci—n colombiana para trasplante de medula osea
Grupo 4	AP	Fundaci—n Mariana Pro Fibrosis Quística
Grupo 4	AP	FUNDARE:
Grupo 4	GOV	Programa de salud DEFENSORIA DEL PUEBLO
Grupo 4	AP	Fundaci—n colombiana de diabetes
Grupo 4	AP	Eudes "Fundaci—n"

Grupo 5	AP	Asociacion Peque—os Gigantes de Colombia
Grupo 5	AP	AMESE
Grupo 5	AP	Enlace Salud y Vida:
Grupo 5	AP	FUNDARE
Grupo 5	AP	Liga colombiana de lucha contra el sida
Grupo 5	Otros	Maria Margoth Castillo Carranza
Grupo 5	Otros	Cristina Salinas
Grupo 5	VD	PARTICIPACION Y CONTROL CIUDADANO
Grupo 5	AP	ACOPEL
Grupo 5	AP	Peque—os gigantes
Grupo 5	AP	Red Colombiana de Personas viviendo con vih o sida

AU	Asociaciones de Usuarios
AP	Asociaciones de Pacientes
VD	Veedurías
GOV	Gobierno
ONG	ONG
	Otros

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

- *Herramienta metodológica para el desarrollo de las consultas*

Se trabajó a través de la técnica de discusión en grupos focales, la cual es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación.

En cada una de las consultas se conformaron entre 4 y 6 grupos de 9 a 12 participantes, cada uno con integrantes homogéneos respecto al tipo de asociación/organización al que pertenecen. En un primer momento se obtuvieron las opiniones de diferentes categorías de informantes a través de un cuestionario autoaplicado y posteriormente se dio la discusión a nivel grupal y luego general para identificar distintos puntos de vista del tema bajo análisis.

Para el desarrollo de la metodología se utilizó un equipo de dos personas por grupo, donde una persona moderó la discusión e hizo un trabajo de observación del comportamiento asociado de los asistentes (representante del MPS) y la otra llevó la relatoría (participante en la consulta).

Para la interpretación de la información obtenida se resumieron inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión y se analizaron los relatos, actitudes y opiniones, además de los comentarios que aparecen reiteradamente o conceptos que generaron reacciones positivas o negativas de los participantes, etc.

6.2.4.3.2 Segunda y tercera fase de la consulta ciudadana

En este momento se está avanzando en la planeación de un mecanismo de participación permanente que siga los principios del mecanismo participativo Jurado de Ciudadanos, que son espacios deliberativos para la toma de decisiones y para dar recomendaciones a las instancias responsables de tomarlas a partir del análisis de evidencia e información relevante para el tema a discutir. Se utilizan para involucrar a miembros de la sociedad civil de manera estructurada a nivel local o nacional para tomar o para informar a decisiones sobre la priorización de estrategias, intervenciones o servicios. Los jurados de ciudadanos son informados, imparciales, representativos y deliberativos.

Los Jurados de Ciudadanos tienen en cuenta generalmente tres elementos principales:

1. Un jurado. La selección de los integrantes es al azar, a partir de una población local o nacional. El proceso de selección está expuesto al escrutinio público.
2. Existen “testigos expertos” o especialistas que se llaman para proporcionar al jurado, perspectivas distintas sobre el tema a deliberar. Se produce colectivamente un resumen de sus conclusiones, típicamente en un informe corto. Los testigos expertos

son personas neutrales, actores y stakeholders que deben ser seleccionados cuidadosamente para presentar un panorama balanceado y completo del problema.

3. El proceso entero es supervisado por un grupo consultivo integrado por 4 a 10 personas con un rango de conocimiento relevante en el tema y con un posible interés en el resultado pues deben representar la diversidad de perspectivas y opiniones. No toman ninguna parte directa en la facilitación o moderación de los Jurados de Ciudadanos. Los miembros de este grupo deciden posteriormente si responder a, o actuar frente a los elementos del informe final.

Estos tres elementos han sido aplicados en otros procesos deliberativos que han recibido diversos nombres y por eso pueden considerarse como variantes del Jurado de Ciudadanos. El más representativo, es el Consejo de Ciudadanos conociendo de primera mano su evolución en el sistema público de aseguramiento del Reino Unido. Se están adelantando los detalles para su implementación antes de finalizar el año 2009, en el marco del memorando de entendimiento firmado con el Instituto NICE del Reino Unido y que será financiado con recursos del Banco Mundial.

A continuación se enumeran algunas de las ventajas y riesgos potenciales de este tipo de mecanismo de participación y deliberación, los cuales están siendo analizados y se refinarán con la cooperación mencionada:

6.2.4.3.2.1 a. Ventajas

- Permite un alto nivel de la participación pública y se puede utilizar para generar un debate público más amplio sobre un problema.
- Da a los tomadores de decisiones una idea sobre lo que los miembros informados del público consideran como soluciones realistas para el problema.

6.2.4.3.2.2 b. Riesgos potenciales

- Pueden ser un proceso costoso.
- Puede ser difícil el no tener en cuenta las recomendaciones del jurado.

Este es un mecanismo que debe constituirse como un espacio permanente de discusión, para procurar que el mediano y largo plazo se genere corresponsabilidad y una cultura de toma de decisiones sociales alrededor de la salud.

La planeación de la segunda y tercera fase de la consulta ciudadana ha exigido acercamientos internos en el MPS e interinstitucionales, que se han ido estableciendo a través de las siguientes reuniones realizadas entre mayo y junio de 2009:

- Reunión con el Grupo de Apoyo Territorial del Ministerio, encargada del tema de participación, para conocer avances sobre el tema y explorar opciones de trabajo conjunto.

- Reunión con la Superintendencia Delegada de Protección al Ciudadano y Participación Ciudadana, de la Superintendencia de Salud para conocer el trabajo de audiencias públicas que ellos realizan y ver opciones de trabajo conjunto.
- Gestión ante la Dirección para la Democracia y la Participación Ciudadana del Ministerio de Interior para explorar opciones de trabajo conjunto y apoyo.
- Diseño y aplicación de una Encuesta para entidades territoriales sobre mecanismos de participación ciudadana vigentes en cada sitio.
- Cuatro reuniones de trabajo y discusión de diferentes propuestas con una fundación con experiencia en la participación ciudadana en procesos de transformación cultural para el desarrollo de políticas públicas, para el diseño e implementación de un modelo de trabajo de participación ciudadana a nivel nacional en torno a los temas del POS.
- Reunión con el Ministerio del Interior Dirección para la Democracia y Participación Ciudadana.

Los avances en las aproximaciones se señalan en el Capítulo 5 del presente documento.

6.2.5 Financiación de la actualización de POS

La actualización del POS en el corto plazo parte de la demanda atendida por las aseguradoras en los últimos cuatro años, observada en los Estudios de Suficiencia de la UPC para financiar el POS realizados por el Ministerio de la Protección Social con la información aportada por las aseguradoras. Por tanto, las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y dispositivos que se garantizan como parte de la atención integral que conforman la nota técnica del POS se encuentran financiados por la UPC.

Con la metodología propuesta de actualización del POS en el corto plazo, que nos permite una línea de base en codificación CUPS, se hace necesario revisar la financiación del listado final de beneficios producto de los consensos con los actores dado que puede cambiar la actual estructura de la nota técnica del POS.

Por otra parte, tal y como fue recalcado en el documento “INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL - ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS”, Sentencia T-760 de 2008, de Enero 30 de 2009, con el objeto de garantizar que las aclaraciones y presiones que el SGSSS requiere frente a sus contenidos de tecnologías en salud, en especial en los dispositivos tal como se evidencia en los casos revisados por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760, se requiere evidenciar la financiación de los dispositivos priorizados. Lo anterior se ha dificultado por la ausencia de una codificación que permita el reporte del valor del dispositivo en el costo del procedimiento o el reporte en un código agregado para todos los procedimientos. Esto permitiría un mejor avance en los estudios de suficiencia relacionados con los insumos.

A continuación se describe la metodología para llevar a cabo los procesos descritos de financiación, cada uno de estos procesos en metodologías separadas pero que se complementan.

6.2.5.1 Metodología de cálculo de la financiación del POS actualizado

El valor de la UPC se sustenta en el estudio de las frecuencias y los costos históricos que sirven como indicativos de los costos esperados en el periodo de aplicación (En el que cubrirá la prima). Dichas frecuencias y costos solo se sustentan una vez se han determinado el conjunto de servicios y procedimientos que serán reconocidos con la UPC determinada así como los supuestos claros de su evolución.

En tal sentido el procedimiento de estimación parte de analizar las modificaciones que habrían de tener efecto en el periodo de aplicación lo que incluye las nuevas inclusiones, las exclusiones modificaciones y posibles contingencias no contempladas que eventualmente podrían ser reconocidas.

Así, la estimación puede ser dividida en los siguientes pasos:

1. Cálculo de los procedimientos invariantes
2. Cálculo de los costos asociados con las nuevas coberturas
3. Cálculo de las modificaciones aplicadas.

Una breve descripción de las implicaciones de cada modificación y las metodologías de cálculo relacionadas se presentan a continuación

6.2.5.1.1 Cálculo de los procedimientos invariantes

La experiencia previa suele emplearse como indicativo de las evoluciones de las frecuencias y costos. Dichos análisis suelen hacerse al analizar las frecuencias de una serie agrupada de procedimientos en distintas variables de segmentación tales como edad, género y perfil geográfico entre otras las cuales garantizan su homogeneidad y /

Mientras pueda garantizarse que se mantienen las mismas coberturas y que los supuestos dados son sustentables al momento del análisis, el ejercicio actuarial se entienda que cubre estos riesgos asociados.

6.2.5.1.2 Cálculo de los costos asociados con las nuevas coberturas

Cuando se incluyen nuevas coberturas no hay dentro de la experiencia propia información que directamente se pueda aplicar para predecir el comportamiento de los costos futuros a cubrir por las nuevas primas. Así suele usarse otras fuentes de información externas a la experiencia para proveer garantías de buenos pronósticos. El uso de estos proxies suelen hacer necesario el uso de cargas de riesgos y seguridad para cubrir los efectos de la falta de información y así garantizar la suficiencia de la prima que le respalda.

6.2.5.1.3 Cálculo de las modificaciones aplicadas.

Cuando se estima una modificación el efecto debe ser plenamente identificado en cuanto a sus posibles dimensiones entre las cuales están:

- Modificaciones a los montos máximos permitidos.
- Cambios en las formas de reconocimiento de los costos
- Modificaciones a las frecuencias
- Cambios en los deducibles (Si aplica)

Cada una de las modificaciones tendrán una metodología de cálculo la cual solo puede ser determinada con el completo análisis de cada una de estas variaciones. Así un cambio en los montos a reconocer puede implicar el cambio en la distribución esperada de las pérdidas con efectos no solo en los costos sino en las frecuencias las cuales deben ser plenamente recogidas en el análisis. Un ejemplo es la ampliación de las coberturas a dispositivos de mayor valor los cuales afectarán las frecuencias a aparecer nuevos casos antes no reconocidos así como presentarán un incremento en los costos promedio provenientes de las posibles realizaciones de un mayor valor.

Solo si se pueden garantizar que los efectos sobre las frecuencias y los costos han sido plenamente modelados es posible garantizar la suficiencia de las primas asociadas.

6.2.5.1.4 Evaluación

De la metodología de cálculo se desprende que solo si existe invariabilidad en las coberturas es posible demostrar que las modificaciones en el POS no afectan la financiación del mismo.

Así, basta con garantizar que se están preservando las mismas coberturas para garantizar la financiación de las modificaciones planteadas en el POS. De no ser así, se deduce que el nuevo POS debe ser analizado en su totalidad para generar una UPC que pueda soportarlo pues no hay garantía alguna de ser una prima actuarialmente justa.

Con base en lo anterior el procedimiento consistirá en revisar las modificaciones sugeridas y evaluar si preservan la invariabilidad de las coberturas.

6.2.5.2 Metodología de ajuste a las variaciones por dispositivos

Los dispositivos son un universo amplio dentro de las tecnologías en salud, por lo que se requiere iniciar el proceso de financiación con la priorización de dispositivos. Una vez priorizados, para cada uno de los dispositivos se realizó una metodología de cálculo para

determinar (i) la frecuencia incluida actualmente en la financiación de la UPC y su precio promedio, (ii) la frecuencia total de cada dispositivo, y (iii) usando información comercial de precios de los dispositivos, se compara la frecuencia total de cada dispositivo que se encuentra en el rango comercial de precios con la frecuencia y el precio promedio incluidos en los cálculos de financiación de la UPC. Todos estos pasos en el marco del documento “INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL - ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS”, Sentencia T-760 de 2008, de Enero 30 de 2009.

A continuación se detallará cada uno de los pasos de esta metodología.

6.2.5.2.1 Priorización de tecnologías en salud, iniciando con los dispositivos

En el mundo se entiende por tecnologías en salud, el universo de medicamentos, dispositivos, insumos, equipos, procedimientos e intervenciones en salud. Al ser las tecnologías en salud un conjunto amplio y teniendo en cuenta que los dispositivos en salud son las tecnologías que presentan mayores controversias, dada la variabilidad en la práctica clínica en el uso de estos, el Ministerio de la Protección Social inició el proceso de precisión de los contenidos de los planes de beneficios, con los dispositivos. En el marco de este proceso de priorización de tecnologías en salud se realizaron los siguientes pasos:

1. Elaboración de la “Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud para dar claridad a los dispositivos contenidos en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2009”, iniciando del total de beneficios de los Planes Obligatorios de Salud, por los dispositivos médicos, a partir de los siguientes criterios:

Tabla 4 Criterios de priorización de dispositivos contenidos en los planes de beneficios.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS CONTENIDOS EN LOS PLANES DE BENEFICIOS
Tecnologías relacionadas con procedimientos que deban ser realizados de forma urgente, asociados a condiciones de salud que puedan llevar a la muerte.
Tecnologías que sean de uso más frecuente.
Tecnologías que tengan mayor impacto financiero.
Tecnologías que se relacionen con el perfil epidemiológico y que por lo tanto contribuyan al control de la morbilidad y mortalidad.
Tecnologías, que hayan sido objeto de tutela.

Fuente: Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud del Ministerio de la Protección Social.

2. Envío y socialización de la “Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud para dar claridad a los dispositivos contenidos en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2009”. Se realizaron dos reuniones con las

Entidades Promotoras de Salud (EPS), tanto del régimen contributivo, como del régimen subsidiado, en la que se presentó la solicitud de información y se recibieron los aportes de las diferentes aseguradoras del país.

3. Recepción y consolidación de la información remitida por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes.
4. Priorización de un grupo de tecnologías, iniciando por los dispositivos médicos, a partir de la información remitida por las Entidades Promotoras de Salud. Se realiza una priorización para cada uno de los regímenes por separado.

6.2.5.2.2 Cálculo de la Frecuencia incluida actualmente en la financiación de la UPC

La información para realizar el cálculo de la frecuencia y costo promedio de cada dispositivo incluida en la financiación actual de la UPC se deriva del “*Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación*” realizado por la Dirección General de la Gestión de la Demanda en Salud. Para la realización de este Estudio se construyó una nota técnica con la información de las EPS del régimen contributivo sobre el gasto médico desglosado para el año 2007. Para la realización de este Estudio se solicita información detallada del gasto médico a todas las EPS del régimen contributivo, pero se utiliza información de las EPS que, por la calidad en la información reportada, pasan los controles de calidad, este subgrupo se le denomina “la selección”. Para el estudio del año 2007 estas EPS fueron: EPS 001, EPS 008, EPS 010, EPS 016 y EPS 017.

La frecuencia de cada uno de los dispositivos que se encuentra incluida en la financiación de la UPC se extrae de tres metodologías distintas y complementarias, que son las siguientes:

1. Información de los procedimientos asociados a cada dispositivo

Cada uno de los dispositivos tiene uno o varios procedimientos asociados a la inclusión de los dispositivos, estos procedimientos se encuentran en la nota técnica para cada una de las EPS de la selección incluyendo la cantidad de procedimientos realizados y el costo de cada uno de ellos.

Usando la información comercial de cada dispositivo, se extrae el valor mínimo del dispositivo en cuestión. Posteriormente se determina el costo promedio del procedimiento sin incluir el dispositivo. Este costo promedio se realiza usando una liquidación del costo de cada procedimiento de acuerdo a los tarifarios.

Para determinar la cantidad de dispositivos que se incluyeron en la financiación de la UPC dentro de los procedimientos, se realiza un análisis de costo de cada procedimiento; si el

costo del procedimiento reportado por la EPS es igual o mayor a la suma del procedimiento sin el dispositivo, más el valor mínimo del dispositivo, se concluye que el procedimiento analizado incluye el dispositivo.

Se realiza este análisis para cada uno de los procedimientos asociados a los dispositivos para las EPS de la selección. El resultado es que para procedimiento asociado a cada dispositivo, se tienen procedimientos que incluyen el dispositivo.

2. Información derivada de Insumos

Debido a que actualmente no se cuenta con una nomenclatura unificada para los insumos y dispositivos, las EPS los reportan agregados en un rubro llamado “insumos”. Para determinar si dentro de estos insumos están incluidos los dispositivos objeto de este análisis, se independizan los procedimientos asociados a los afiliados que se les prestaron procedimientos asociados a los dispositivos; luego se verifica si alguno de estos dispositivos coincide con la fecha de la realización de un procedimiento asociado a el dispositivo analizado, posteriormente se verifica si el costo de este insumo sobrepasa el mínimo para el dispositivo analizado. En resumen, si un afiliado al que se le realizó un procedimiento asociado a un dispositivo se le cargó en esta fecha un insumo cuyo costo sea mayor al mínimo de dicho dispositivo, se concluye que ese insumo es el dispositivo, y por consiguiente, se incluye en el cálculo de dispositivos financiados en el cálculo de la UPC.

3. Información de Recobros al FOSYGA rechazados

Para la realización del Estudio de suficiencia POS/UPC, se incluye como gasto médico la nota técnica de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos, así como las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos que se suministraron a través de los CTC y las tutelas, y que fueron glosados de manera definitiva (total o parcialmente) por FOSYGA debido a que son considerados servicios contemplados en los Planes Obligatorios de Salud, y en consecuencia deben ir con cargo a la UPC. Dado que este gasto es incluido en el gasto médico para el cálculo de la financiación de la UPC, los dispositivos incluidos en esta base de datos hacen parte de los financiados en la UPC

La suma de las frecuencias (1), (2) y (3), es el total de dispositivos incluidos actualmente en la financiación de la UPC. El costo promedio es el promedio del costo de las tres fuentes. La frecuencia incluida en los cálculos financieros de la UPC se deriva de dividir el total de dispositivos incluidos entre los afiliados equivalentes de las EPS de la selección.

6.2.5.2.3 Cálculo de la frecuencia total de cada dispositivo

Una vez conocida la frecuencia incluida en la financiación de la UPC para cada dispositivo, se procede a determinar el universo de dispositivos realmente otorgados a los

afiliados de las EPS de la selección. Para realizar este cálculo se utiliza la información de recobros solicitados al FOSYGA por parte de las EPS de la selección.

Se toma la totalidad de recobros solicitados al FOSYGA por las EPS de la selección para cada uno de los dispositivos en cuestión y se eliminan los números de identificación repetidos con la finalidad de estimar los recobros reales de las EPS de la selección en el año 2007.

Teniendo la información de los dispositivos cobrados al FOSYGA por las EPS de la selección, y los dispositivos incluidos en la financiación de la UPC, se procede a cruzar estas dos bases de datos eliminando los números de identificación repetidos, consolidando una base de datos total de frecuencia anual de cada uno de los dispositivos. A esta base de datos se le llamará “base de datos consolidada” para cada dispositivo

6.2.5.2.4 Comparación de frecuencias y precios

Utilizando la información comercial de cada dispositivo, se procede a fragmentar la base de datos consolidada de cada dispositivo en dos: (i) los dispositivos cuyo costo se encuentran en el rango de precios normal de cada dispositivo (ii) los dispositivos cuyo costo supera el máximo comercial. Cabe aclarar que las razones para que el costo de un dispositivo incluido en la base de datos supere el máximo valor comercial son múltiples, dado que el rango de valor comercial tomado para este análisis obedece a un dispositivo típico.

Una vez se fragmenta la base de datos, se procede a comparar la frecuencia de los dispositivos que se encuentran en el rango comercial con la frecuencia incluida en la financiación de la UPC para determinar si el dispositivo se encuentra financiado total o parcialmente en los cálculos de la UPC. El grado de inclusión del dispositivo se determina comparando la frecuencia por el costo promedio incluidos en la financiación de la UPC con la frecuencia por el costo promedio de los dispositivos cuyo costo se encuentran en el rango de precios normal de cada dispositivo.

6.2.6 Divulgación de los contenidos del POS

En el marco del cumplimiento de la Orden 17 de la Sentencia T760 de la Corte Constitucional, el Ministerio de la Protección Social entiende la divulgación de información del Plan Obligatorio de Salud como parte del proceso de aclaración de su contenido.

Teniendo como eje orientador el concepto de Derecho de acceso a la información se desarrolla un plan de trabajo que incluye un diagnóstico básico, la formulación de una estrategia de comunicación, y la implementación de distintas etapas de la misma.

6.2.6.1 El concepto de Derecho al acceso a la información

La Sentencia T760 recoge en los siguientes términos el concepto de derecho de acceso a la información previsto en el artículo 20 de la Constitución Política Nacional y en el artículo 74 relacionado con el principio de publicidad.

- El derecho al acceso a la información es un componente integral del derecho a la salud
- El sistema debe respetar el derecho de la ciudadanía a acceder a información *adecuada, suficiente, oportuna, relevante y de calidad*
- Entregar información a los pacientes sobre sus derechos es una obligación de cumplimiento inmediato.
- Este derecho se materializa en la posibilidad de solicitar, recibir y difundir información sobre derechos y deberes y demás temas relacionados con la salud
- Este derecho debe garantizarse aún antes de entrar el Sistema.

Frente a otras dimensiones de la información como por ejemplo los deberes ciudadanos, la Corte considera que la información, desde los pacientes, debe ser veraz y actual y el Sistema debe tener los mecanismos para obtener la información adecuada sobre las características de los pacientes tanto en los temas de salud como en los económicos.

6.2.6.2 Las acciones en el corto plazo

En este componente de divulgación de los contenidos del POS las acciones del corto plazo son:

- Elaboración de un diagnóstico que incluyó aspectos de percepción y de información sobre el Plan Obligatorio de Salud.
- Diseño y formulación de una estrategia de comunicación que incluye los siguientes componentes: comunicación informativa, comunicación presencial, comunicación corporativa y comunicación publicitaria y que además, alimenta y soporta el proceso de participación ciudadana descrito en otros apartados de este documento.
- Implementación de la primera fase de la estrategia de comunicación que incluye poner en marcha dos componentes: el de información y el presencial. El primero se desarrolla a través de la generación de un correo electrónico para uso de la ciudadanía, la apertura de un link en la pestaña de Seguridad Social en Salud en la web del Ministerio de la Protección Social con toda la información del POS sistematizada hasta ese momento, y la posterior puesta en funcionamiento del sitio web www.pos.gov.co
- Iniciación de jornadas de capacitación en los temas de POS
- Disposición pública en la web de pos de las distintas versiones de la Guía Metodológica para discusión pública.

6.3 Actualización del POS en el mediano y largo plazo

A continuación se presentan las acciones del mediano y largo plazo que el Ministerio de la Protección Social ha venido desarrollando para la actualización del POS y que giran alrededor de las necesidades de la población en torno a la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, las tecnologías y la sostenibilidad del sistema, que se traducen en las demandas potenciales en salud de la población dentro del marco del plan de beneficios, previa priorización de las condiciones de salud, así:

- a) Priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS que requiere para su aplicación consultar los Estudios más relevantes de Diagnóstico del estado de salud de los colombianos realizados a la fecha: la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de carga de enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los registros de atención en salud de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia POS – UPC realizados por el Ministerio de la Protección Social.
- b) Desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas que consulta la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud por condición de salud priorizada; la suficiencia de la UPC y de sus mecanismos de ajuste del riesgo; y la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud.
- c) Evaluación de Tecnologías en Salud que revisa también la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud; la suficiencia de la UPC y de sus mecanismos de ajuste del riesgo; y la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud.
- d) Nueva codificación del POS basada en revisiones internacionales de las clasificaciones de procedimientos en salud de diferentes países del mundo entre ellos Francia, Canadá, Chile e Inglaterra y de la Organización Mundial de la Salud.

A continuación se detalla la metodología seguida en cada una de estas acciones para la actualización de los planes de beneficios.

6.3.1 Priorización del POS

6.3.1.1 Definición del proceso de priorización para el contexto colombiano

El proceso hace referencia a los pasos que se deben seguir para la consecución de acuerdos legítimos de toda la sociedad, incluyendo los grupos de interés, para establecer esos valores orientadores y que dirima los conflictos que puedan enfrentarse por la divergencia de intereses entre los diversos grupos sociales. Para establecer un proceso es necesario tener como base un marco conceptual de referencia, que establezca los principios que deben ser respetados.

Diferentes estudios han reportado que los tomadores de decisiones desean y requieren de un marco conceptual de referencia que sea explícito^{xxx, xxxi}. De acuerdo con las disciplinas pueden encontrarse diferentes marcos de referencia para la definición de valores para la asignación de prioridades: la economía de la salud se enfoca en la eficiencia, la política pública se enfoca en la legitimidad y la medicina basada en la evidencia se enfoca en la efectividad.

En ocasiones no es posible tomar un solo enfoque, sino que se hace necesario usar dos o más para procurar la obtención de resultados adecuados políticamente (legítimos) y adecuados técnicamente y es necesario precisar cuáles son las características más importantes que debe tener cualquier proceso de priorización y que mantengan una buena integración de los mecanismos técnicos y de los mecanismos políticos. Las características que más se destacan son: la participación de los grupos de interés^{xxxii}, aumento y fortalecimiento de los canales de diálogo entre los organismos rectores en salud y los grupo de interés^{xxxiii}, representatividad en la conformación de los grupos de tomadores de decisión y de grupos de interés^{xxxiv}, manejo de información clara durante todo el proceso^{xxxv} y el tener en consideración el ambiente político local^{xxxvi}.

Para el caso colombiano se considera que la combinación de métodos políticos y técnicos es necesaria. En la primera línea se consideran espacios de participación ciudadana y espacios de deliberación sobre temas de valores sociales para la consecución de acuerdos legítimos^{xxxvii} y posteriormente sobre temas relacionados con dilemas éticos más complejos. En la segunda línea se encuentran abordajes técnicos que serán presentados más adelante en el documento, específicamente el desarrollo de Guías de Atención Integral GAI y la Evaluación de Tecnologías en Salud.

Los elementos del marco conceptual que deben estar presentes para las dos líneas son los siguientes:

1. Participación de los grupos de interés y de la ciudadanía.
2. Uso de un proceso explícito, que sea transparente no solamente para el tomador de decisiones, sino también para los participantes.
3. Información adecuada del proceso, no solamente de haciendo referencia a la información relevante disponible para la toma de decisiones, sino a la comunicación e información sobre el desarrollo de cada una de las fases del proceso.

4. Consideración por los valores y el contexto.
5. Exploración del desarrollo de un mecanismo de apelación que permita la revisión de las decisiones que se tomen, cuando exista desacuerdo en los resultados que se obtengan.

En conclusión, este proceso de priorización resultará en el mediano y largo plazo en:

- Un POS definido clara y técnicamente mediante.
- Un POS construido de manera transparente y de forma participativa.
- Un POS que responde a los riesgos en salud de la población colombiana, bajo criterios de equidad e inclusión.
- Un POS que procura la sostenibilidad financiera del sistema de salud y la de sus usuarios.
- Un POS en donde los usuarios tienen una corresponsabilidad con el Sistema de Salud.

6.3.1.2 Priorización para la definición clara y técnica del POS

Como se mencionó previamente la priorización para el POS está dirigida a:

- Definir mejor los límites del servicio público esencial en salud.
- Definir mejor unos criterios y un proceso más transparentes para la definición de los límites.

Su definición debe estar enfocada en las coberturas de las necesidades de salud más relevantes para el país y en la asignación eficiente de los recursos escasos que están disponibles.

Esto requiere de métodos técnicos y procesos sociales que se desarrollarán el marco de un proceso legítimo, explícito, informado y consultado que se rige por los principios del POS consignados en la Ley 100 de 1993 y en los criterios definidos para el POS en la normatividad ya mencionada.

Los procesos sociales a largo plazo serán la continuidad de las consultas ciudadanas que se iniciaron para la consulta acerca de los criterios para inclusión y exclusión del POS. Estas abordarán temas más profundos a medida que se consolida este mecanismo y se abordarán dilemas éticos cuyo debate posiblemente definirán aspectos estructurales para el POS.

Respecto a los mecanismos técnicos, se tienen contempladas las siguientes estrategias (ver Figura 4) para la actualización de atenciones, procedimientos, medicamentos e insumos dirigidos en conjunto a la atención de una condición de salud: el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) que consisten en guías de práctica clínica basadas en la evidencia con componentes económico y de impacto actuarial en la UPC, además de una guía para pacientes y unos indicadores que permitan medir la implementación de las



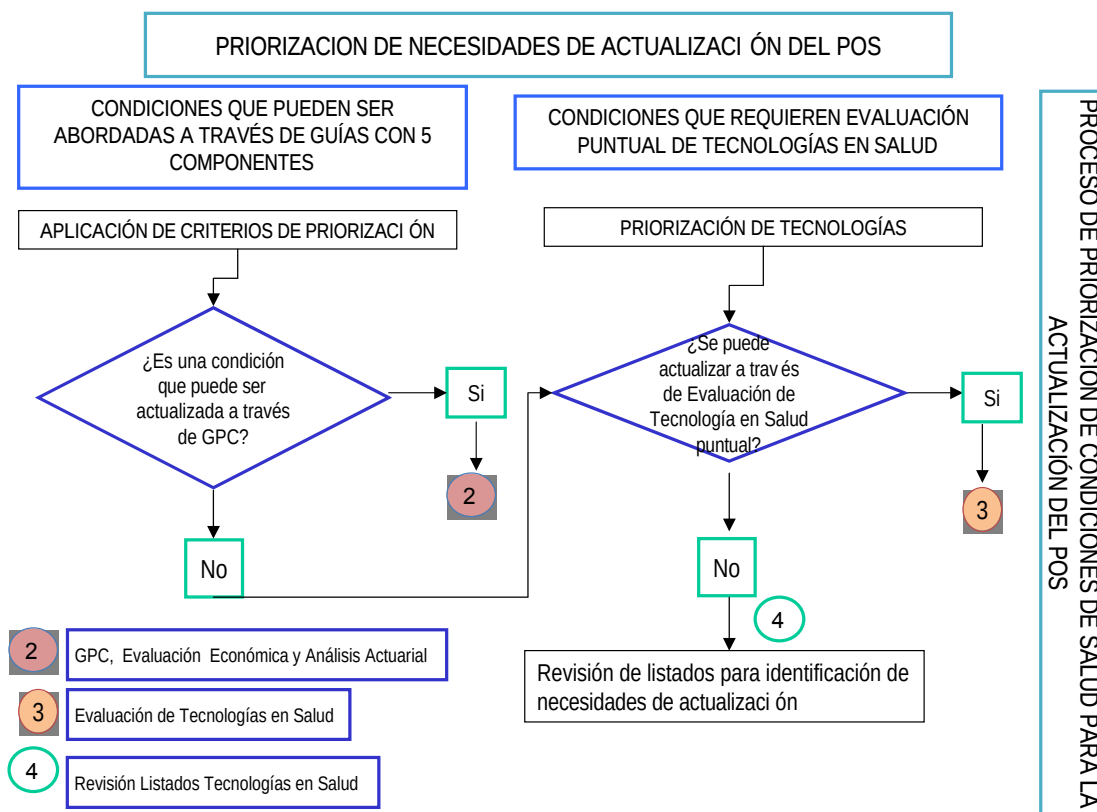
mismas y sus resultados; y la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS).

Estas estrategias se regirán por los principios y criterios que resulten de la discusión, validación y definición en de los procesos sociales y cada una de ellas requiere de una metodología y de un proceso de priorización más específico para identificar lo que requiere actualización.

6.3.1.3 Priorización para la actualización en el mediano plazo a través de GAI

Conociendo que el número de condiciones de salud que se pueden identificar en una población puede ser considerable y probablemente todas requieren en mayor o en menor grado alguna intervención o respuesta y sabiendo que los recursos disponibles para esto son finitos, la identificación de las condiciones de salud que deban ser abordadas mediante GAI exige un ejercicio de definición de prioridades en salud de tal forma que se optimice el uso de los recursos y se procuren mejoras en el estado de salud de la población. Dada la limitación de recursos en el Sistema es necesario establecer una serie de criterios que permitan identificar del universo de condiciones de salud, aquellas que son de mayor relevancia y que tienen ciertas características que hacen que su intervención predomine sobre el resto.

Figura 4 Priorización de necesidades de actualización del POS



Fuente: Elaboraciones propias de los autores

En abril de 2009 se realizaron dos talleres de consenso, aplicando la metodología de grupo nominal, al interior del Ministerio de la Protección Social con 15 representantes de todas las Direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar, para la definición de dichos criterios para la priorización de condiciones de salud cuyos servicios para la atención integral a través del POS requieran ser actualizados a través de las GAI. Estos resultados iniciales requieren de mayor discusión y del afianzamiento de una metodología de aplicación que sea pragmática y factible dada la disponibilidad de información en el SGSSS en general. A continuación se presentan los criterios que se han definido en forma preliminar, con unas descripciones para cada categoría.

Tabla 5 Matriz de criterios consensuados para la priorización de condiciones salud que serán sujeto de GAI para priorización y sus ponderadores

	CRITERIOS CONSENSUADOS MPS
1	MAGNITUD Y SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD
	Alta incidencia y prevalencia de la condición de salud o de la enfermedad a nivel nacional
	Condición de salud para la que hace parte de la carga de la enfermedad a nivel nacional
2	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA
	Condición de salud con un factor protector identificado y que puede ser potenciado a través de intervenciones individuales
3	PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS
	Condición de salud para la cual se ha identificado un agente causal directo o un agente en la cadena causal que puede ser identificado oportunamente y es modificable a través de intervenciones individuales
	Enfermedad infecciosa cuyo tratamiento requiere seguimiento estricto y que puede tener grave impacto sobre la colectividad por su alta transmisibilidad o potencial epidémico
	Condición de salud que de no recibir control oportuno y adecuado manejo puede desencadenar en el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura
	Enfermedad cuyas complicaciones se pueden identificar tempranamente y permiten instaurar acciones oportunas para la recuperación y superación de los daños a la salud
4	IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA DE SALUD
	Condición de salud con alto impacto en el gasto en salud por su severidad y consumo alto de recursos
	Condición de salud que de presentarse ameritaría brindar protección financiera de las familias, pues los altos costos para su atención podrían causar dificultades financieras a la persona que le enfrenta y a su grupo familiar
	Condición de salud cuya atención y manejo en la actualidad se asocia a intervenciones que son sujeto de recobros y tutelas
5	FACTIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC
	Condición de salud en concordancia con las prioridades nacionales de salud y con políticas internacionales, contando con un ambiente socio-político apropiado para la implementación de recomendaciones e intervenciones
	Disponibilidad de los recursos esenciales, en términos condiciones técnicas y organizativas en el país, que permiten la implementación de las recomendaciones o intervenciones para la condición de salud
	Condición de salud que comparte intervenciones con otras condiciones de salud, facilitando la realización de las mismas y de otras recomendaciones por el uso común de recursos
	Condición de salud cuya intervención o manejo desde el sector salud no está sujeta a la interrelación y articulación de distintos actores extra-sectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible (Baja intersectorialidad)
6	VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y DISPONIBILIDAD DE EVIDENCIA
	Condición de salud para la cual existe un volumen importante de evidencia acerca de su manejo, que requiere ser estudiada adecuadamente para estandarizar los procesos de atención y mejorar la calidad y los resultados de salud que se obtengan
	Condición de salud para la cual se tienen recomendaciones de atención previas de baja calidad o que están desactualizadas
	Condición de salud para la que existen la evidencia sobre intervenciones efectivas que pueden reducir la mortalidad o morbilidad y en las cuales su uso no es habitual en nuestro medio

	Condición de salud para la que se ha identificado que existen diferencias entre el manejo actual y el manejo recomendado en la literatura científica por seguridad y efectividad
7	ASPECTOS SOCIALES Condición de salud que genera incapacidad o pérdida de autonomía y de independencia, para la realización de actividades de la vida diaria, laborales, escolares, etc.
8	ASPECTOS DE EQUIDAD Condición de salud en la que es posible identificar subgrupos vulnerables que tienen posibilidad de obtener un impacto positivo a partir de las intervenciones que se implementen Condición de salud en la que individuos o grupos que por una condición social o por circunstancias socialmente determinadas han presentado dificultades para lograr su potencial de salud, se les pueda procurar mayores oportunidades de acceso a los servicios de salud (Tecnologías ofrecidas selectivamente a grupos privilegiados)
9	6.3.1.3.1.1 PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS Interés o demanda de los usuarios en esta condición de salud (morbilidad sentida) Aceptabilidad del tema en la opinión pública y de la ciudadanía en general

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Los criterios que se proponen aquí y que serán objeto de discusión, engloban aquellos criterios que definió la Ley 100 de 1993: la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

6.3.1.4 Priorización para la actualización en el largo plazo a través de ETS

Los criterios que aquí se definan y apliquen seguirán los mismos principios que fueron presentados para la Priorización de un grupo de tecnologías - dispositivos médicos en la actualización del POS en el corto plazo. Más adelante se desarrollará la metodología para la ETS.

6.3.2 Elaboración de Guías de Atención Integral (GAI) basadas en la evidencia

6.3.2.1 Justificación de las GAI

El Sistema de Seguridad Social en salud-SGSSS colombiano en quince años de trayectoria ha propendido por el aseguramiento universal, la eficiencia y la calidad en los servicios de salud. Por los mecanismos de solidaridad en el financiamiento del sistema, ha sido considerado por la OMS como uno de los sistemas de salud de mejor desempeño del mundo. Un eje central en el esquema de aseguramiento es el paquete de beneficios en salud - POS, el cual es gestionado por las empresas promotoras de salud – EPS para brindarlo, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud- IPS, a los afiliados al sistema a cambio de una prima conocida (Unidad de Pago por Capitación - UPC) la cual debe ser suficiente para financiar los servicios del plan.

Con la ley 100 de 1993 se establecieron para el SGSSS dos paquetes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo POS-C y el Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado POS-S. El POS-C incluye un grupo de intervenciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías o condiciones de salud que están definidas mediante un listado o manual de procedimientos e intervenciones (MAPIPOS Resolución 5261 de 1994) y mediante un listado de fármacos establecido mediante un manual de medicamentos y terapéutica definidos mediante acuerdos del CNSSS^{xxxviii}. El POS-S incluye intervenciones para la promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, atenciones de primer nivel de complejidad, algunas de segundo nivel y las prestaciones en tercer y cuarto nivel de complejidad para el tratamiento de patologías o eventos considerados como de alto costo. Las intervenciones incluidas en el POS-S están compiladas en el Acuerdo del CNSSS No 306 de 2006. El POS-S tiene por lo tanto un área de atenciones no cubiertas, principalmente del segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales son financiadas por el subsidio a la oferta a través de las direcciones territoriales de salud o por los usuarios.

El desarrollo, la adopción y la utilización de guías de atención integral son elementos necesarios para la prestación de servicios y definición de medicamentos incluidos en los planes de beneficios POS-C y POS-S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS colombiano, tal como se define en acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS (acuerdos 83 de 1997, 117 de 1998 y 228 de 2002) y en normas del Ministerio Salud, hoy Ministerio de la Protección Social - MPS (resoluciones 5261 de 1994, 412 y 3384 de 2000).

Por ejemplo el artículo 6 de la Resolución 5261, establece: “El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbilidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica”.

Más adelante, mediante el decreto 3039 el Ministerio de la Protección Social adoptó el “Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”. En este plan se establecen como prioridades nacionales en salud las siguientes: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, la situación nutricional, la seguridad sanitaria y ambiental, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y el fortalecimiento de la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Adicionalmente, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece las siguientes estrategias a cargo de la Nación para el desarrollo de las políticas de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños de la salud:

- Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

- Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

Por todo lo anterior, el Ministerio de la Protección Social ha determinado como estrategia de política la asignación más eficiente de recursos para la salud mediante la selección de intervenciones para el POS basada en la literatura científica y en función de criterios como el costo-efectividad y la viabilidad financiera en el SGSSS^{xxxix}.

Los instrumentos seleccionados para la asignación eficiente de recursos para los planes obligatorios de salud son el desarrollo de guías de atención integral junto a la evaluación económica de las guías y el estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías.

Esta decisión se ha tomado no solo con los elementos normativos ya descritos sino también con base en la experiencia del Ministerio de la Protección Social en los últimos tres años, con la cual se actualizó el POS subsidiado y contributivo con base en guías nacionales basadas en la evidencia así:

- Guía para el manejo del VIH/SIDA, 2005^{xi}
- Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica, 2005^{xii}
- Guía para la atención en Planificación Familiar para hombres y mujeres, 2006
- Guía de atención de la Hipertensión Arterial, 2006
- Guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2, 2006^{xiii}

Las guías de VIH-SIDA y ERC se adoptaron mediante la resolución 3442 de 2006 y se aprobaron las actualizaciones al POS-C y al POS-S que estas guías recomendaron mediante el acuerdo 336 de 2006.

Con base en la “Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres” y del “Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el POS” presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología recomendó la inclusión a los planes obligatorios de salud contributivo y subsidiado de medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino, lo cual fue aprobado por el CNSSS mediante el Acuerdo del CNSSS No 380 de 2007.

Adicionalmente, con las guías de atención de la hipertensión Arterial y de la Diabetes Mellitus tipo 2, se actualizó el POS-S mediante la inclusión de servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 mayores a iguales a 45 años, por medio del Acuerdo del CNSSS 395 de 2008, lo cual fue adoptado mediante el anexo técnico “Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno” de la resolución 4003 de 2008.

Los beneficios de estas guías para el sistema son múltiples. Gracias a su implementación, se estima que alrededor de 25 millones de colombianos que no tenían acceso al tratamiento integral en las mencionadas condiciones de salud ahora lo tienen en el marco del aseguramiento en salud. Así mismo, las guías y los modelos de atención han servido no solo como base para la estructuración de programas organizados entre aseguradores y prestadores para la atención de pacientes con estas patologías, para el seguimiento clínico, sino también como herramientas para la auditoria de la calidad e integralidad de la atención en salud, así como herramienta para el seguimiento de costos. Otro beneficio de las guías es facilitar la actualización en prácticas clínicas para profesionales de la salud en áreas apartadas quienes tienen poco acceso a la información científica.

6.3.2.2 Definición

Las guías de práctica clínica se definen como “Recomendaciones que se desarrollan de manera sistemática para ayudar a los médicos y los pacientes a tomar decisiones sobre el manejo apropiado de circunstancias clínicas específicas”^{xliii}. De igual forma, se pueden considerar como una forma de investigación aplicada que facilita una atención en salud de calidad al sintetizar y evaluar sistemáticamente la evidencia científica en torno a una condición en salud, lo cual permite evitar prácticas inefectivas y disminuir la variabilidad de la práctica médica.^{xliv}

Si además se realiza la evaluación económica y del impacto presupuestal (actuarial) de las tecnologías en salud recomendadas por las guías, son una herramienta importante para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud.^{xlv}

6.3.2.3 Desarrollo

El desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia es considerado en el ámbito internacional como un ejercicio de investigación en salud lo cual se expresa mediante el amplio número de publicaciones sobre guías nuevas en temas específicos y sobre las metodologías para su desarrollo, actualización y evaluación. En el anexo se listan algunos de los centros de recopilación y desarrollo metodológico de GPC basadas en la evidencia (Anexo 1). Así mismo, la evaluación económica y el análisis del impacto presupuestal de las tecnologías en salud que las guías proponen, son por un lado elementos fundamentales para la actualización de un plan de beneficios como el POS y por otro lado constituyen importantes contribuciones para el desarrollo científico y tecnológico en salud. Por todo lo anterior, el desarrollo de guías de práctica clínica con evaluaciones económicas y actuariales en salud constituyen constituye una línea de investigación en salud de desarrollo potencial en Colombia.

Al igual que en Colombia, en países como Inglaterra, Holanda, Nueva Zelanda, Oregon en USA, México y Chile se ha optado por desarrollar y adoptar guías clínicas no sólo como herramientas para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, sino también como instrumentos de priorización con los cuales definir y aclarar medicamentos, procedimientos e intervenciones a cubrir en un plan de beneficios. Por ejemplo Chile

reformó recientemente su sistema de salud y priorizó un grupo de enfermedades para garantizar explícitamente la atención oportuna, integral y la cobertura financiera de estas patologías. Entre 2003 y 2007 el Ministerio de Salud de Chile ha realizado 56 guías clínicas para determinar las atenciones de un plan denominado AUGÉ: Acceso Universal con Garantías Explícitas. Sin embargo, de acuerdo con esta experiencia, debe ligarse el desarrollo de las guías a las posibilidades reales del sistema de financiar las prestaciones descritas en estas para lo cual se deben asociar a evaluaciones económicas y actuariales. De esta forma las guías clínicas son no solo un instrumento de mejoramiento de calidad sino también de racionalización eficiente del gasto en salud.

En algunos países como en Australia^{xlv} y Canadá^{xlvii} se han desarrollado y se están aplicando con éxito guías metodológicas para la evaluación económica de tecnologías en salud, las cuales constituyen lineamientos pedagógicos que contribuyen al perfeccionamiento técnico de aquellos que las aplican en sus estudios. De igual forma, algunos países latinoamericanos se encuentran trabajando en propuestas de guías sobre evaluaciones económicas, pero la única que cuenta con resultados publicados hasta el momento es la “Guía metodológica para la evaluación económica en salud. Cuba. 2003”^{xlviii}. La evaluación económica en salud pretende medir la eficiencia comparativa entre el uso vs el no uso de una tecnología en salud en un contexto específico. En otras palabras, ante diferentes opciones (preventivas, diagnósticas, terapéuticas) existe la necesidad de escoger la mejor opción, con efectividad probada que se pueda pagar con los recursos disponibles, y que sea aceptada por los profesionales de la salud, los pacientes y que esté disponible en el país,

Los estudios actuariales en salud (denominados también análisis del impacto presupuestario o budget impact analysis) pretenden predecir y entender las consecuencias financieras directas en un sistema de salud de la adopción de una guía de práctica clínica o de una nueva tecnología en salud para tratar una enfermedad o condición específica. Estos estudios son complementarios a los estudios de evaluación económica que básicamente comparan la eficiencia de una intervención o tecnología en salud frente a otra. Los estudios actuariales evalúan el impacto financiero y la capacidad de compra (affordability) de acuerdo con la tasa potencial de uso en los pacientes a tratar con la nueva intervención y su difusión en el sistema de salud. Los estudios actuariales comparten muchos de los elementos de la evaluación económica (o estudios de eficiencia) pero hay importantes diferencias en la forma cómo se analiza la información porque la intención es distinta. Entre las diferencias están que en el estudio actuarial se corren varios escenarios en términos de tasas de adopción y sustitución de tecnologías mientras que en el estudio económico se compara solo el uso pleno contra el no uso de la tecnología. Finalmente, tanto los estudios de evaluación económica como los estudios actuariales son necesarios para la toma de decisiones informadas en políticas de salud.

Otros argumentos importantes para adelantar guías clínicas basadas en la evidencia con estudios económicos y actuariales, son los temas de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017^{xlix} seleccionados por los ministros de salud del continente Americano en el año 2007 en Panamá. Entre estos temas están: Aumentar la Protección Social y el Acceso a los Servicios de Salud de Calidad, Reducir los Riesgos y la Carga de

Enfermedad y Aprovechar los Conocimientos, la Ciencia y la Tecnología. Estos lineamientos establecen que es necesario “...*incorporar la evidencia en la definición de las prácticas* y mejorar la capacidad de gestión de los servicios” y que los países de América “*deben sintetizar, evaluar sistemáticamente y usar el conocimiento en la toma de decisiones para seleccionar intervenciones que sean pertinentes y efectivas*”.

6.3.2.4 Guía metodológica para el desarrollo de guías de práctica clínica, evaluaciones económicas y actuariales

Con recursos de un convenio entre el Ministerio de la Protección Social y Colciencias, la Fundación Santafé de Bogotá, Centro de Estudios e Investigaciones en salud – CEIS está actualizando las guías para la atención de la Diabetes Mellitus tipos 1 y 2 lo cual finalizará en Agosto de 2009¹. Se pretende con estas guías además de actualizar las guías previas, realizar evaluaciones económicas y actuariales para el ajuste del POS y adelantar indicadores de seguimiento. Pero la diabetes es solo uno de los múltiples temas en los que es necesario desarrollar o actualizar guías de práctica clínica para Colombia.

Teniendo en cuenta la experiencia exitosa en Colombia y en el mundo, de la utilización de las Guías de práctica clínica como instrumento de política pública basada en evidencia científica y como herramienta para el seguimiento a la atención integral de patologías priorizadas (clínico y de gestión), se plantea la necesidad de realizar nuevas guías para la actualización del POS contributivo y subsidiado. De esta forma será posible definir un nuevo lenguaje para el POS con base en las guías que permitirá mejorar las relaciones entre Ministerio, aseguradores y prestadores al facilitar la claridad sobre los contenidos del mismo.

Los temas para la realización de las GPC han sido seleccionados luego de un proceso de priorización académico que tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Magnitud y severidad de la enfermedad
- Posibilidad de generar estrategias de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida
- Posibilidad de generar prevención de los riesgos
- Impacto económico de la patología en el sistema de salud
- Factibilidad de la implementación de las recomendaciones de la GPC
- Variabilidad de la práctica clínica y disponibilidad de evidencia
- Aspectos sociales
- Aspectos de equidad
- Preferencias de los usuarios

Los criterios de priorización fueron aplicados a las patologías propuestas por los principales actores de importancia en el sistema, luego de lo cual se obtuvo un listado preliminar. Con el propósito de generar estrategias de gestión de riesgo en las patologías sujeto de las GPC se propuso a continuación una serie de patologías por grupo etéreo.

Este continuo de priorización se encuentra actualmente en fase de consulta con la comunidad médica. A continuación se resumen las principales patologías por grupo etáreo.

Tabla 6. Temas priorizados para la realización de GAI a partir del segundo semestre de 2009.

Guía de Práctica Clínica	Temas
Detección y atención de las complicaciones médicas del recién nacido I	• Atención del Recién nacido • Asfixia y trauma al nacer
Detección y atención de las complicaciones médicas del recién nacido II	• Sepsis del recién nacido • Trastornos respiratorios del recién nacido • Detección y atención inicial de trastornos congénitos
Detección y atención de las complicaciones quirúrgicas del recién nacido y el lactante	• Cardiopatías congénitas • Defectos del tubo neural • Hidrocefalia • Defectos del sistema genitourinario
Detección y atención de factores de riesgo y alteraciones en menores de 10 años I	• Detección de las alteraciones del menor de 10 años • IRA Baja • Asma • Enfermedad Diarreica Aguda
Detección y atención de factores de riesgo y alteraciones en menores de 10 años II	• Alteraciones nutricionales • Caries y enfermedad gingival • Desnutrición • Epilepsia
Cáncer en niños	• Leucemia Linfoide Aguda • Leucemia Mieloide Aguda • Linfomas • Tumores del Sistema Nervioso Central
Mujeres en edad reproductiva. Embarazo, parto y puerperio I	• Detección temprana de las alteraciones del embarazo • Atención de las infecciones del embarazo: IVU, Cervicovaginitis, STORCH
Mujeres en edad reproductiva. Embarazo, parto y puerperio II	• Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo • Complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo
Detección temprana de cáncer en mujeres	• Lesiones preneoplásicas del cuello uterino • Detección temprana Cáncer de mama
Adulto. Detección temprana de las alteraciones del adulto	• Detección temprana de las alteraciones del adulto de 30 a 44 años • Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años

Adulto. Detección y manejo de factores de riesgo cardiovascular y eventos asociados I	• Dislipidemias • Cardiopatía Hipertensiva
Adulto. Detección y manejo de factores de riesgo cardiovascular y eventos asociados II	• Eventos Cerebrovasculares • Enfermedad Isquémica Cardiovascular (Eventos coronarios agudos)
Adulto. Enfermedades de origen general I	• Artritis Reumatoidea • Nefritis y Nefrosis. Transplante Renal
Adulto. Enfermedades de origen general II	• Neumonía en adultos • Insuficiencia Cardíaca
Adulto. Tratamiento del cáncer I	• Tratamiento del cáncer de cérvix • Tratamiento del cáncer de mama • Tratamiento del cáncer de estómago • Tratamiento del cáncer de colon y recto • Tratamiento del cáncer de próstata
Adulto. Tratamiento del cáncer II	• Tratamiento del cáncer de pulmón • Tratamiento del cáncer de hígado y vías biliares
Adulto. Tratamiento del cáncer III	• Tratamiento de leucemias • Tratamiento de linfomas
Niños y Adultos. Enfermedades Infecciosas	• VIH SIDA • Meningitis

Fuente: elaboraciones propias de los autores.

Para cada uno de los temas se ha realizado la revisión de GPC existentes en el país y se ha caracterizado en torno a si contienen o no los componentes clínicos, de evaluación económica y de impacto actuarial. Esta caracterización generó el costo aproximado que se presentará durante la convocatoria a realizar en conjunto con Colciencias. En conjunto con esta entidad se iniciará la realización de las GPC por parte de los grupos que se presenten a las convocatorias durante el segundo semestre de 2009.

Dentro de los impactos esperados luego de la aplicación de las GPC se espera la mejoría a mediano y largo plazo de los desenlaces en salud para los grupos de población nombrados de acuerdo a lo que muestra la evidencia científica.

Igualmente se esperan importantes resultados científicos para el país tales como la aplicación de la producción científica en guías nacionales y regionales; el fortalecimiento de los grupos de investigación en economía de la salud, salud pública y medicina además de la continuación de esfuerzos tales como la Encuesta Nacional de Salud y el estudio de carga de enfermedad en Colombia.

Otros resultados complementarios para el país son la actualización de centros de recopilación y difusión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia como herramientas de gestión en salud y calidad de servicios^{li}, la obtención de un mayor nivel técnico en las decisiones del sistema de salud, así como de mayores niveles de



transparencia en la asignación de los recursos en salud y finalmente será posible fijar líneas de base para la medición periódica de resultados en salud.

Por todo lo anterior, se creó una línea de trabajo especial con asignación de recursos del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud para la realización de GPC basadas en la evidencia, estudios económicos y actuariales de guías.

La primera fase consiste en establecer los lineamientos para estos estudios para que sean fácilmente reproducibles por diferentes instituciones en el país. Estos lineamientos se están registrando y validando en el proyecto: “Guía metodológica para el desarrollo de guías, evaluaciones económicas y actuariales”, en desarrollo por parte de la Fundación Santafé de Bogotá, Centro de Estudios e Investigaciones en salud – CEIS y culminara en Agosto de 2009.

Esta guía metodológica se consideró necesaria teniendo en cuenta las importantes diferencias en metodologías para el desarrollo de guías y de estudios de evaluación económica en salud que existen en el mundo y su aplicación entre diferentes grupos técnicos y de investigación del país, además de la necesidad de unificar y estandarizar los estudios actuariales o de impacto en la UPC para la inclusión de tecnologías en salud en el POS. Adicionalmente con este importante documento técnico se estructura un proceso que tiene en cuenta la información, los recursos humanos y técnicos disponibles en el país para la actualización del POS con base en guías clínicas.

El proceso de guía metodológica se inició en agosto del 2008 cuando se lanzó en conjunto con Colciencias la convocatoria para elaborar y validar una guía metodológica con los siguientes componentes: guía para el desarrollo, actualización y evaluación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia; guía para conducir y reportar evaluaciones económicas de guías clínicas en el contexto colombiano y lineamientos técnicos para la elaboración de estudios sobre el impacto de la aplicación de una GPC en el POS y la Unidad de Pago por Capitación contributiva y subsidiada.

Durante el 2008 se realizó la convocatoria y el 20 de octubre del mismo año se determinó su realización por parte del grupo CEIS de la Fundación Santafé de Bogotá. A partir de allí se han realizado importantes validaciones nacionales e internacionales del documento metodológico, y a partir de agosto de 2009 se recibirá la versión final del documento que guiará la elaboración de GPC en el sistema.

Este esfuerzo se coordinará entonces con el lanzamiento de fases continuadas de convocatorias, en los cuales diversos grupos de universidades y centros de investigación en Salud de Colombia podrán participar. Luego de ello se realizará un proceso de evaluación en el cual los mejores calificados podrán ser contratados para adelantar las guías y estudios correspondientes para la actualización del POS.

De manera paralela se llevarán a cabo diversos esfuerzos en el Ministerio de la Protección Social con sus entidades adscritas y vinculadas para que se coordinen y



prioricen los tópicos de importancia para todas las direcciones con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos y documentos.

La interventoría de estos contratos está siendo realizada por un equipo conformado por funcionarios y contratistas del Ministerio de la Protección Social y por funcionarios y contratistas de Colciencias.

6.3.2.5 Análisis de información epidemiológica para la identificación de necesidades en salud para la actualización del POS a mediano y largo plazo a través de GAI

Al aplicar los criterios consensuados en el Ministerio de la Protección Social y que incluyen los resultados de los estudios epidemiológicos que revisados y analizados, se obtuvo una definición de temas prioritarios que requieren de la actualización del POS a través de GAI para lograr la optimización de los recursos y el mayor impacto en la salud de la población. A continuación se presentan los resultados principales obtenidos de dichos estudios:

6.3.2.5.1 Análisis de la Carga de enfermedad

6.3.2.5.1.1.1.1.1

El concepto de Carga de Enfermedad^{lii, liii, liv}, aplicado por primera vez en 1996, se maneja hoy en día en los estudios de la OMS por ser un indicador complejo que involucra en su estimación la morbilidad y la mortalidad de la población a estudiar. La carga de enfermedad analiza el peso de la mortalidad prematura y la discapacidad en grupos mayores de enfermedades y los estratifica por condiciones como el género, la edad y la región. Este tipo de estudios, que usan indicadores complejos, permiten establecer el efecto de las intervenciones en salud en el estado de salud de la población a través de los aspectos anteriores y determinan cuáles son las condiciones o enfermedades que causan mayor impacto en la salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con COLCIENCIAS, contrató con la pontificia Universidad Javeriana y el CENDEX, como complemento de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS2007), el estudio de Carga de Enfermedad Colombia 2005^{lv}, con estimación del indicador Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISAS) para un listado de 139 causas según grupos y subgrupos de causas.

Tabla 7. Grupos y subgrupos de las 139 causas de enfermedad estudiados en el Estudio de Carga de Enfermedad 2005.

Grupo 1- Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición. ▪ Enfermedades infecciosas. ▪ Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. ▪ Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores. ▪ Enfermedades parasitarias. ▪ Infecciones respiratorias. ▪ Condiciones maternas. ▪ Condiciones que aparecen en el periodo perinatal. ▪ Deficiencia de la nutrición.	Grupo 2- Enfermedades no transmisibles. ▪ Neoplasias malignas. ▪ Otras neoplasias. ▪ Diabetes mellitus. ▪ Trastornos endocrino metabólicos y de la sangre. ▪ Condiciones neuropsiquiátricas. ▪ Enfermedades de los órganos de los sentidos. ▪ Enfermedades cardiovasculares. ▪ Enfermedades respiratorias. ▪ Enfermedades del aparato digestivo. ▪ Enfermedades del aparato genitourinario. ▪ Enfermedades de la piel. ▪ Enfermedades del sistema osteomuscular. ▪ Anomalías congénitas. ▪ Afecciones de la cavidad bucal.
Grupo 3 - Lesiones ▪ Lesiones no intencionales. ▪ Lesiones intencionales.	Grupo 4 - Factores de riesgo para la salud. ▪ Comportamientos y estilos de vida. ▪ Estados fisiológicos. ▪ Factores sociales y del ambiente.

Fuente: elaboraciones propias de los autores.

La metodología utilizada, siguiendo aquella diseñada por Murray y López, se encuentra con mayor detalle en el documento técnico del estudio Análisis de Situación de Salud 2005 (ASIS)^{vi}.

A partir de la organización de mayor a menor del número de AVISAS para las causas (diagnósticos CIE-X) de cada uno de los grupos conformados, posteriormente se aplicaron criterios que asignaron un orden para la priorización de patologías.

Retomando los criterios epidemiológicos para la definición de prioridades, el estudio de carga de enfermedades es útil por los siguientes aspectos:

1. Impacto potencial de la intervención: este aspecto responde a la pregunta ¿Qué tanto de los resultados de la carga de enfermedad de una población se puede reducir con la implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia?
2. Probabilidad de intervenciones compartidas entre varios problemas de salud: si una intervención es útil para lograr el impacto en varios programas de atención, se tiene mayor evidencia de la importancia para su implementación.

De los resultados obtenidos del Estudio Carga de Enfermedad 2005 (ECE 2005), se evidencia que el aporte del componente de discapacidad en el indicador complejo es

superior al que se observa para la muerte prematura. Esto es importante en cuanto puede ser consecuencia del aumento de la esperanza de vida de la población general, pero causa preocupación por la carga que representa la discapacidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en cuanto al consumo de recursos financieros, de infraestructura, de tecnología y de recursos humanos. Esta situación es una constante para todos los grupos de edad y para ambos géneros.

Tabla 8. Resultados generales del Estudio Carga de Enfermedad 2005 (ECE 2005).

AVISAS (x 1000 personas) por edad y sexo	Hombres								
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	Total
Discapacidad	252	105	350	156	234	255	100	49	219
Mortalidad	160	15	103	92	100	163	227	166	94
Total	412	120	453	248	335	418	327	216	313
%	16,29	4,76	17,92	9,82	13,23	16,54	12,92	8,53	
AVISAS (x 1000 personas) por edad y sexo	Mujeres								
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	Total
Discapacidad	238	44	300	174	258	200	113	40	196
Mortalidad	127	11	26	33	62	120	186	167	51
Total	366	55	326	207	320	320	299	207	247
%	15,59	2,36	13,89	8,82	13,63	13,65	12,72	8,82	
AVISAS (x 1000 personas) por edad y sexo	Total								
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	Total
Discapacidad	245	75	325	165	246	226	107	44	207
Mortalidad	144	13	64	61	81	141	205	167	72
Total	389	89	390	227	327	367	311	211	280
%	16,85	3,84	16,86	9,82	14,15	15,88	13,48	9,12	

Fuente: Cálculos de los autores a partir de los resultados del Estudio ECE 2005.

Los grupos de edad que aportan mayor número de AVISAS son en su orden: 0 a 4 años y 15 a 29 años (cada uno con 16.8% de los AVISAS) , 60 a 69 años (15.8% del total de AVISAS) y 45 a 59 años (14.1% del total de AVISAS).

Si se toma como un solo grupo a los niños y niñas menores de 14 años, se evidencia que concentran el 20.7% de los AVISAS sobresaliendo entre todos los grupos etarios del estudio, como el de mayor pérdida de años de vida por muerte temprana y discapacidad. De allí se podría inferir que los grupos etarios a los cuales deberían enfocarse los esfuerzos en el ajuste del Plan Obligatorio de Salud (POS) son los niños y niñas menores de 5 años, los niños y niñas menores de 14 años, seguidos de los jóvenes menores de 30 años los adultos mayores de 45 años. Estos resultados se relacionan con los presentados por el estudio Global Burden of Disease and Risk Factors. 2006, para los países con ingresos bajos y medios^{lvii}.

Complementario a los resultados de estudios epidemiológicos nacionales, la salud de los niños y las niñas también ha sido considerada como prioridad nacional por El Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007^{lviii}), la suscripción del tratado internacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

Adicionalmente, el que la discapacidad sea importante desde el primer grupo de edad analizado (0 a 4 años) permite pensar que el incremento en la demanda de servicios de salud se mantendrá durante varias generaciones siendo necesario enfocarse en las intervenciones de prevención y detección temprana de las causas específicas para este

rango de edad, que además pueden considerarse como de alto costo (ver Tablas 8, 9 y 10).

Tabla 9. Veinte primeras causas según AVISAs Totales (x 1000 personas) en ambos sexos de 0-4 años. Colombia. Carga de Enfermedad. 2005.

Orden	Causa	AVISAs Totales x 1000 personas	Porcentaje	AVISAs Discapacidad x 1000 personas	Porcentaje	AVISAs Mortalidad x 1000 personas	Porcentaje
1	Asfixia y trauma al nacer	153,096	41,026	120,641	49,738	32,455	24,848
2	Bajo peso al nacer	110,757	29,681	109,157	45,003	1,600	1,225
3	Otras afecciones perinatales (Residual)	25,382	6,802	-	-	25,382	19,433
4	Cardiopatía congénita	12,595	3,375	0,013	0,006	12,582	9,633
5	Infecciones de vías respiratorias inferiores	12,508	3,352	0,518	0,214	11,989	9,180
6	Otras malformaciones congénitas (Residual)	9,048	2,425	-	-	9,048	6,928
7	Desnutrición proteico-calórica	7,391	1,981	0,039	0,016	7,353	5,630
8	Enfermedades diarreicas	6,608	1,771	0,018	0,007	6,591	5,046
9	Síndrome de Down	5,802	1,555	5,699	2,350	0,103	0,079
10	Asma	5,411	1,450	5,036	2,076	0,375	0,287
11	Otras lesiones no intencionales (Residual)	5,119	1,372	-	-	5,119	3,919
12	Otras enfermedades infecciosas (Residual)	3,323	0,891	-	-	3,323	2,544
13	Otras enfermedades respiratorias (Residual)	3,247	0,870	-	-	3,247	2,486
14	Ahogamiento y sumersión accidentales	2,582	0,692	-	-	2,582	1,977
15	Otras enf. neuropsiquiátricas (Residual)	2,374	0,636	-	-	2,374	1,818
16	Accidentes de tránsito	1,851	0,496	0,013	0,005	1,837	1,407
17	Espina bífida	1,630	0,437	1,417	0,584	0,212	0,163
18	Otras enfermedades endocrinas, metabólicas y de la sangre	1,493	0,400	-	-	1,493	1,143
19	Otras enfermedades del sistema digestivo (Residual)	1,486	0,398	-	-	1,486	1,138
20	Hidrocefalia	1,460	0,391	0,001	0,000	1,459	1,117

Fuente: Cálculos de los autores a partir de los resultados del Estudio ECE 2005.

Las causas de AVISAs para los niños y niñas menores de 14 años, se originan principalmente por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por lo que estas patologías fueron tenidas en cuenta como temas para la actualización de los beneficios que apunten al mejoramiento de la salud de este grupo prioritario a mediano y largo plazo.

Tabla 10. Veinte primeras causas según AVISAs Totales (x 1000 personas) en ambos sexos de 5-14 años. Colombia. Carga de Enfermedad. 2005.

Orden	Causa	AVISAs Totales x 1000 personas	Porcentaje	AVISAs Discapacidad x 1000 personas	Porcentaje	AVISAs Mortalidad x 1000 personas	Porcentaje
1	Depresión mayor unipolar	31,665	38,435	31,665	42,691	-	-
2	Caries dental	14,222	17,262	14,222	19,173	-	-
3	Asma	11,561	14,032	11,514	15,523	0,047	0,571
4	Trastornos Bipolares	6,768	8,214	6,768	9,124	-	-
5	Cardiopatía hipertensiva	2,879	3,495	2,820	3,802	0,059	0,718
6	Enfermedad periodontal	2,264	2,747	2,264	3,052	-	-
7	Epilepsia	2,015	2,446	1,807	2,437	0,208	2,527
8	Accidentes de tránsito	1,640	1,991	0,035	0,047	1,605	19,541
9	Infecciones de vías respiratorias inferiores	1,224	1,486	0,662	0,892	0,562	6,846
10	Agresiones	1,074	1,303	0,050	0,068	1,023	12,457
11	Leucemia	1,031	1,251	0,030	0,040	1,001	12,188
12	Otras lesiones no intencionales (Residual)	1,010	1,226	-	-	1,010	12,297
13	Ahogamiento y sumersión accidentales	0,993	1,206	-	-	0,993	12,093
14	Cisticercosis	0,761	0,924	0,756	1,019	0,005	0,060
15	Otras enf. neuropsiquiátricas (Residual)	0,739	0,897	-	-	0,739	8,992
16	Anemia por deficiencia de hierro	0,729	0,884	0,729	0,982	-	-
17	Esquizofrenia	0,674	0,818	0,674	0,909	-	-
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	0,453	0,550	0,037	0,050	0,416	5,067
19	Nefritis y nefrosis	0,349	0,424	0,141	0,190	0,208	2,532
20	Otras enfermedades endocrinas, metabólicas y de la sangre	0,338	0,410	-	-	0,338	4,111

Fuente: Cálculos de los autores a partir de los resultados del Estudio ECE 2005.



Respecto a los grupos generales de causas analizadas por el estudio, llama la atención la predominancia de AVISAS correspondientes a problemas del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (76%, siendo 81% en mujeres y 72% en hombres), explicando la mayor participación de la discapacidad. También podría inferirse del ECE 2005, que los ajustes y actualizaciones el POS deben concentrarse en este grupo de condiciones de salud y dedicar menos esfuerzos a las enfermedades transmisibles, que además son primordialmente abordadas mediante acciones de prevención en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estos resultados también son concordantes con aquellos de estudios internacionales.

El grupo III o de lesiones, es responsable del 9% de la carga de enfermedad, correspondiendo al 14% en hombres y sólo al 3% en mujeres. Teniendo en cuenta que estos resultados son el insumo principal para la realización de ejercicios de priorización de condiciones de salud que orienten los ajustes del POS, se considera necesario no tener en cuenta estas condiciones de salud, pues la carga de enfermedad de este tipo de problemas de salud ha sido calculada de acuerdo a la causa externa que lo provocó (por ejemplo accidente de tránsito, guerra, agresiones, etc.) y no de acuerdo al tipo de lesión que se genera (por ejemplo fractura de fémur, trauma craneoencefálico, etc.). Como se explicó, dado que las intervenciones del POS están orientadas a reducir el daño, el indicador de AVISAS no es útil para identificar las posibles intervenciones que deban ser ajustadas a través de las metodologías que se definan para la actualización del POS.

Adicionalmente, estas causas externas requieren de intervenciones intersectoriales de carácter preventivo en ámbitos más allá del sanitario, por lo tanto un análisis de los aportes de las acciones del POS para la reducción de AVISAS resulta ser un ejercicio muy complejo.

Tabla 11. Conclusiones de la aplicación de los resultados del Estudio Carga de Enfermedad 2005, para la actualización del POS a mediano y largo plazo.

De acuerdo con los resultados del ECE 2005, los esfuerzos en el ajuste del Plan Obligatorio de Salud se están enfocando en:

- Revisión y actualización de actividades, procedimientos y medicamentos para la atención de condiciones de salud de los grupos etarios: niños y niñas menores de 5 años, niños y niñas entre 5 y 14 años, población joven menor de 30 años y adultos mayores de 45 años en menor importancia.
- Dentro de estos grupos poblacionales, se debe hacer mayor énfasis en la revisión de intervenciones para la atención de condiciones crónicas no transmisibles, que están generando un número considerable de AVISAS por discapacidad y estas condiciones en su mayoría son consideradas como enfermedades de alto costo.
- Las causas de muerte temprana y discapacidad de los niños y niñas menores de 14 años, se originan principalmente por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por lo que estas patologías fueron tenidas en cuenta como temas para la actualización de los beneficios que apunten al mejoramiento de la salud de este grupo prioritario a mediano y largo plazo.
- Las enfermedades transmisibles no son principales aportantes de AVISAS (por ejemplo las enfermedades inmunoprevenibles), por lo que hay que analizar si estas condiciones deben ser excluidas de la revisión y ajuste del POS. Además, estas condiciones son abordadas primordialmente mediante acciones de prevención en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Para ejercicios posteriores de priorización de condiciones de salud se propone no tener en cuenta el grupo III de lesiones, pues la carga de enfermedad de este tipo de problemas de salud ha sido calculada de acuerdo a la causa externa que lo provocó (por ejemplo accidente de tránsito, guerra, agresiones, etc.) y no de acuerdo al tipo de lesión que se genera (por ejemplo fractura de fémur, trauma craneoencefálico, etc.).

Fuente: Cálculos de los autores a partir de los resultados del Estudio ECE 2005.

6.3.2.5.2 Análisis de morbilidad atendida

Este análisis complementa la información para la toma de decisiones, ya que algunas patologías con baja mortalidad o con mínima discapacidad asociada, probablemente no se vean representadas en los resultados del estudio de carga de enfermedad y si demandan una atención en salud y requieren recursos para su respuesta.

Se hace una búsqueda de las fuentes primarias adecuadas para la construcción del perfil epidemiológico a partir de la demanda atendida. La primera de ellas es el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) pues es el conjunto de datos mínimos y básicos de la prestación de servicios de salud que se generan en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuyo reporte es de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional y por las entidades administradoras de planes de beneficios. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud esta conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Sin embargo, los RIPS reportados al Ministerio de la Protección Social presentan problemas en el registro de las actividades, en el cumplimiento en el reporte por parte de los actores y en la estructura de la información reportada. Por otra parte, esta base de datos de RIPS requiere de una revisión exhaustiva para su depuración, es decir para verificar la cobertura de los campos de registro y para la identificación de duplicaciones.

Actualmente se cuenta con dos estudios con metodologías robustas que usan como fuente primaria el reporte de RIPS. El primero de ellos es la Encuesta Nacional de Salud 2007 y el segundo el Estudio de Suficiencia de UPC que adelanta cada año la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. La comparación del resultado del análisis de ambas fuentes permite tener una mejor aproximación al perfil epidemiológico construido a partir de la morbilidad atendida.

Los resultados que se presentan a continuación son aquellos analizados para las condiciones médicas priorizadas: causas de muerte temprana y discapacidad en niños y niñas y causas crónicas no transmisibles en adultos.

Encuesta Nacional de Salud 2007

De los resultados de la ENS 2007 se revisaron 3 subcapítulos, de los 4 que conforman el tema de Condiciones de Salud. Estos fueron: Discapacidad, Morbilidad (morbilidad sentida en dos grandes grupos de edad) y Factores asociados; haciendo referencia a conductas, hábitos o mediciones biológicas que se asocian generalmente con problemas de salud.

También se revisó el Capítulo de Morbilidad atendida, que complementa los hallazgos respecto a morbilidad sentida. Allí se encuentran los diez diagnósticos principales de morbilidad en diferentes ámbitos (consulta externa, hospitalización y urgencias), discriminados por género, pero no se hacen discriminaciones por grupos de edad.

Las observaciones y comentarios que se presentan, están orientadas a la identificación de información importante para adelantar los estudios que se realizan en la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud (DGGDS), respecto a la revisión de los contenidos del POS.

a. Condiciones de salud

Como se mencionó, las condiciones de salud corresponden a la morbilidad sentida de la población encuestada; sin embargo, se observa que se dio mayor importancia a la morbilidad por hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dolores musculares.

6.3.2.5.2.1.1.1.1

6.3.2.5.2.1.1.1.2 Morbilidad en menores de 6 años

6.3.2.5.2.1.1.1.3

Entre los problemas más frecuentes de este grupo poblacional se encuentran las alergias (12.5%), la desnutrición (5.7%), algún dolor de más de 15 días (3.2%) y los problemas del cerebro diagnosticados por un médico (1%).

Respecto a la desnutrición llama la atención que solamente el 54% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento, pudiendo indicar un inadecuado cumplimiento de las guías de crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años (actividades de promoción y prevención del primer nivel de atención) y la canalización hacia programas de recuperación.

6.3.2.5.2.1.1.1.4

6.3.2.5.2.1.1.1.5 Morbilidad en personas entre 18 y 69 años

6.3.2.5.2.1.1.1.6

Las prevalencias de HTA, DM, dolor de espalda y dolor de nuca, reportadas por la encuesta son de 8.8%, 3.51%, 20% y 30% respectivamente.

La prevalencia de personas hipertensas y diabéticas que están siendo tratadas con medicamentos es baja (HTA 6.75% y DM 1.78%), al igual que el número de pacientes que teniendo estos diagnósticos han sido atendidos en nutrición y psicología o que han sido instruidos acerca de un plan de ejercicios. Esto es importante en la medida en que tal vez no se están siguiendo las recomendaciones de las guías nacionales de las dos patologías, y tal vez no se hace intervención del riesgo, generando a largo plazo incremento en la incidencia de complicaciones crónicas.

6.3.2.5.2.1.1.1.7 Discapacidad

El porcentaje de discapacidad nacional es de 8.3%, siendo de 24.98% en las personas con edad mayor o igual a 50 años, que son precisamente aquellas que tienen mayor probabilidad de padecer patologías crónicas. Al respecto se reporta que el 18.5% de las personas hipertensas reportan tener discapacidad y el 19.8% de los pacientes diabéticos lo hizo.

Los resultados de la encuesta no permiten discriminar el origen de la discapacidad en los pacientes con patologías crónicas, por ejemplo por amputación de miembro inferiores o ceguera en diabéticos, pues en la encuesta aclaran que enfermedad y discapacidad son conceptos independientes que deben ser clasificados y evaluados por separado. Es fundamental conocer el tipo de discapacidad y, en lo posible, su relación con un diagnóstico clínico para saber las coberturas, gasto, etc; relacionados con este tipo de morbilidad.

6.3.2.5.2.1.1.1.8

6.3.2.5.2.1.1.1.9 Factores asociados

Se mencionan los resultados relacionados con la medición de marcadores biológicos de la Enfermedad Cardiovascular (ECV) (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, tensión arterial y obesidad).

Los resultados de los exámenes muestran prevalencias de hipercolesterolemia de 7.82%, de hiperglicemia de 2.57% y de sobrepeso y obesidad de 32.21% y 13.71% respectivamente. La toma de tensión arterial no puede usarse como diagnóstica de HTA y por lo tanto no pueden interpretarse como prevalencia de la enfermedad, como lo registran en la encuesta.

Al medir el riesgo a 10 años de enfermar o morir de una enfermedad cardiovascular, se encuentra que predomina el grupo de personas con riesgo inferior al 10% (98% a 79%). Esto permite hacer una mejor planeación de las actividades de prevención que se deben hacer por parte de las aseguradoras (primaria, secundaria, rehabilitación).

b. Morbilidad atendida

El análisis de la morbilidad atendida permite un conocimiento más objetivo de las causas de enfermedad de la población, ajustar los perfiles epidemiológicos y tener una aproximación a la concentración del gasto en salud. En general predominan los diagnósticos de enfermedad respiratoria superior e inferior. Las enfermedades hipertensivas están entre las cinco primeras causas para la consulta externa tanto en hombres y mujeres. Los grupos de diagnóstico son similares a los reportados por el estudio de suficiencia.

Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC

El Estudio de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC del Plan Obligatorio de Salud se viene adelantando en la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud desde hace 4 años y su objetivo principal es describir la suficiencia de la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para financiar los servicios contenidos en los respectivos planes de beneficios. Las fuentes directas de información son las Entidades Promotoras de Salud, específicamente sus registros de actividades y facturación del año inmediatamente anterior más el primer trimestre del año en curso. La información que se obtiene permite también inferir los determinantes del gasto en salud y los posibles mecanismos para el ajuste del riesgo.

La consulta de esta fuente (Base de datos del Estudio de Suficiencia de UPC), aporta una mirada complementaria del perfil epidemiológico obtenido de los registros de IPS (RIPS y análisis de morbilidad atendida de la ENS), pues tiene lo aportado desde los aseguradores y lo que se ha prestado en el país a través del POS. Además, se trata de una base de datos que garantiza la calidad de los datos por la depuración de la información a través de validaciones secuenciales.

Para la aproximación a un perfil epidemiológico a partir de esta fuente se cuenta con los registros de diagnóstico del estudio de suficiencia presentado en diciembre de 2008 y que correspondió al análisis del reporte de atenciones del año 2007. De estos registros, de las EPS seleccionadas por la mayor calidad de la información, las causa de atención por diagnóstico CIE-X en los menores de 12 años se presentan en las Tablas 12 y 13 y se relacionan estrechamente con los resultados del Estudio de Carga de Enfermedad 2005, lo cual indica que los principales causas de morbilidad y mortalidad identificada en los estudios epidemiológicos nacionales están siendo cubiertas por el POS.

Lo que es pertinente hacer, es evaluar y comparar sistemáticamente los beneficios del Plan para estas condiciones médicas, en busca de posibles actualizaciones y estandarizar las prácticas clínicas con las GAI. Esto se logrará con las guías temáticas, que además apuntan a la suficiencia de la UPC y a la sostenibilidad del sistema, mediante los componentes de evaluación económica y actuarial.

En las causas de atención de la población general se encuentra:

- El 35% de los servicios de salud prestados a los afiliados al SGSSS se relacionaron con diagnósticos de condiciones de los sistemas respiratorio, circulatorio y nervioso; cada uno de los grupos con una participación individual del 11 al 12%.
- Las enfermedades hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares ocupan el primer lugar de frecuencia dentro del grupo de diagnósticos del sistema circulatorio. Esto es importante pues en la identificación de intervenciones son grupos que comparten todas las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria por tratarse de mecanismos fisiopatológicos y de historias naturales similares (se relaciona con el criterio clásico de priorización: intersección de intervenciones en diversos programas de control).
- Los tumores y neoplasias solo representan el 1.78% de las atenciones. Esto debe contrastarse con los resultados del estudio de carga de enfermedad, pues muy estas las patologías tumorales tienen un número alto de AVISAS por su relación directa con mortalidad y discapacidad. Esto quiere decir que no siempre patologías poco incidentes tienen poco impacto en la situación de salud de un país o región.
- Al analizar diagnósticos individuales se encuentran condiciones como cefaleas y dorsalgias que no tienen una representación alta en AVISAS y seguramente no requieren de la construcción de Guías de Práctica Clínica para su intervención integral; sin embargo, si son situaciones que requieren de la prestación de servicios de salud.

Tabla 12. Causas de morbilidad atendida según diagnóstico CIE-X para los niños y niñas menores de 1 año. Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC 2008.

Grupo de Diagn—stico - Menores de 1 a—o	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Enfermedades infecciosas intestinales	8	2,4	2,4
Septicemia	8	2,4	4,9
Infecciones respiratorias Agudas	8	2,4	7,3
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	8	2,4	9,8
Enfermedad cardiopulmonar de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8	2,4	12,2
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	8	2,4	14,7
Retardo del crecimiento fetal desnutrición fetal bajo peso al nacer y gestación corta	8	2,4	17,1
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	8	2,4	19,6
Sepsis Bacteriana del recién nacido	8	2,4	22,0
Otras afecciones originadas en el período perinatal	8	2,4	24,5
Traumatismo	8	2,4	26,9
Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis	8	2,4	29,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	8	2,4	31,8
Otras Enfermedades de las vías respiratorias superiores	8	2,4	34,3
Enfermedades pulmonares debidas a agentes externos	8	2,4	36,7
Otras enfermedades respiratorias	8	2,4	39,1
Resto de enfermedades del sistema digestivo	8	2,4	41,6
Malformaciones Congénitas Deformidades y anomalías cromosómicas	8	2,4	44,0
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	7	2,1	46,2
Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	7	2,1	48,3
Enfermedad por el VIH/SIDA	7	2,1	50,5
Carcinoma-in-situ Tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	7	2,1	52,6
Otras enfermedades del sistema circulatorio	7	2,1	54,7
Diabetes Mellitus	7	2,1	56,9
Apendicitis Hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	7	2,1	59,0
Meningitis	6	1,8	60,9
Infecciones con modo de transmisión predominantemente Sexual	6	1,8	62,7
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos excepto tráquea bronquios y pulmón	6	1,8	64,5
Otros tumores malignos	6	1,8	66,4
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	6	1,8	68,2
Enfermedad Hemolítica del feto y del recién nacido y Kernicterus	6	1,8	70,0
Accidentes de transporte terrestre inclusive secuelas	6	1,8	71,9
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica incluye secuelas	6	1,8	73,7
Otros Accidentes inclusive secuelas	6	1,8	75,5
Deficiencia nutricionales y anemias nutricionales	6	1,8	77,4
Trastornos mentales y del comportamiento	6	1,8	79,2
Tuberculosis Inclusive secuelas	5	1,5	80,7
Paro Cardíaco	5	1,5	82,3
Insuficiencia Cardíaca	5	1,5	83,8
Enfermedades cerebrovasculares	5	1,5	85,3
Tumor maligno de la tráquea bronquios y pulmón	4	1,2	86,5
Enfermedades hipertensivas	4	1,2	87,8
Caidas	4	1,2	89,0
Evantos de intención no determinada inclusive secuelas	4	1,2	90,2
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	4	1,2	91,4
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3	0,9	92,4
Tumor maligno de tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	3	0,9	93,3
Ahogamiento y sumersión accidentales	3	0,9	94,2
Exposición al humo fuego y llamas	3	0,9	95,1
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	3	0,9	96,0
Agresiones (Homicidios) inclusive secuelas	3	0,9	96,9
Otros tumores malignos	2	0,6	97,6
Otros accidentes de transporte y los no especificados inclusive secuelas	2	0,6	98,2
Otros tumores malignos	6	1,8	100,0
Total	327	100,0	

Fuente: Cálculos de los autores a partir de los resultados Estudio Suficiencia UPC 2008.

Tabla 13. Causas de morbilidad atendida según diagnóstico CIE-X para los niños y niñas menores de 12 años. Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC 2008.

Grupo de Diagnóstico - Menores de 12 años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Infecciones respiratorias Agudas	104	2,6	2,6
Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis	104	2,6	5,2
Resto de enfermedades del sistema digestivo	104	2,6	7,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	101	2,5	10,4
Traumatismo	100	2,5	12,9
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	99	2,5	15,3
Enfermedades infecciosas intestinales	98	2,5	17,8
Malformaciones Congénitas Deformidades y anomalías cromosómicas	98	2,5	20,3
Otras Enfermedades de las vías respiratorias superiores	97	2,4	22,7
Trastornos mentales y del comportamiento	94	2,4	25,0
Enfermedad cardiopulmonar de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	91	2,3	27,3
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	90	2,3	29,6
Meningitis	88	2,2	31,8
Otras enfermedades del sistema circulatorio	88	2,2	34,0
Otras enfermedades respiratorias	88	2,2	36,2
Carcinoma-in-situ Tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	86	2,2	38,4
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	86	2,2	40,5
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	85	2,1	42,6
Apendicitis Hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	85	2,1	44,8
Otros tumores malignos	84	2,1	46,9
Diabetes Mellitus	83	2,1	49,0
Deficiencia nutricionales y anemias nutricionales	82	2,1	51,0
Enfermedades cerebrovasculares	81	2,0	53,0
Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	80	2,0	55,1
Enfermedades pulmonares debidas a agentes externos	80	2,0	57,1
Tumor maligno de tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	78	2,0	59,0
Otros Accidentes inclusive secuelas	78	2,0	61,0
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica incluye secuelas	77	1,9	62,9
Accidentes de transporte terrestre inclusive secuelas	76	1,9	64,8
Retardo del crecimiento fetal desnutrición fetal bajo peso al nacer y gestación corta	75	1,9	66,7
Infecciones con modo de transmisión predominantemente Sexual	73	1,8	68,5
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	68	1,7	70,2
Caidas	68	1,7	71,9
Septicemia	67	1,7	73,6
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	66	1,7	75,3
Tuberculosis Inclusive secuelas	64	1,6	76,9
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	63	1,6	78,4
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos excepto tráquea bronquios y pulmón	59	1,5	79,9
Insuficiencia Cardíaca	58	1,5	81,4
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	58	1,5	82,8
Enfermedad por el VIH/SIDA	57	1,4	84,3
Evantos de intención no determinada inclusive secuelas	55	1,4	85,6
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	54	1,4	87,0
Agresiones (Homicidios) inclusive secuelas	52	1,3	88,3
Tumor maligno de la tráquea bronquios y pulmón	46	1,2	89,4
Enfermedades hipertensivas	43	1,1	90,5
Otros accidentes de transporte y los no especificados inclusive secuelas	41	1,0	91,6
Sepsis Bacteriana del recién nacido	37	0,9	92,5
Exposición al humo fuego y llamas	37	0,9	93,4
Tumor maligno de mama	34	0,9	94,3
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excluyendo estómago y colon	28	0,7	95,0
Enfermedad Hemolítica del feto y del recién nacido y Kernicterus	28	0,7	95,7
Tumor maligno hígado y vías biliares	27	0,7	96,3
Ahogamiento y sumersión accidentales	26	0,7	97,0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	23	0,6	97,6
Accidentes causados con máquinas y por instrumentos cortantes y punzantes	19	0,5	98,0
Paro Cardíaco	17	0,4	98,5
Tumor maligno de próstata	12	0,3	98,8
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) inclusive secuelas	12	0,3	99,1
Tumor maligno del colon	10	0,3	99,3
Tumor maligno de útero	10	0,3	99,6
Embarazo parto y puerperio	10	0,3	99,8
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	3	0,1	99,9
Intervención legal y operaciones de guerra inclusive secuelas	3	0,1	100,0
Tumor maligno páncreas	1	0,0	100,0
Total	3.989	100,0	

Fuente: Cálculos de los autores a partir de resultados Estudio Suficiencia UPC 2008

6.3.3 Evaluación de Tecnologías en Salud

Las decisiones acerca de la inclusión de tecnología en salud en planes de beneficios deben ser tomadas a partir de información de la mejor calidad posible. Esta información debe provenir de la mejor evidencia en investigación disponible, sin embargo esto puede ser difícil dada la gran cantidad de información generada en estudios individuales que pueden estar sesgados, metodológicamente defectuosos o dependen del tiempo y contexto particular de la investigación. Para lo cual la evaluación de tecnologías en salud (ETS) brinda herramientas acerca del uso adecuado y sistemático de la información en este campo. Se presenta a continuación un resumen del modelo propuesto de evaluación de tecnologías y políticas en salud para la inclusión al POS.

6.3.3.1 Definición

Las tecnologías del cuidado en salud se definen como todos los elementos utilizados para la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, incluyendo las vacunas, los productos farmacéuticos o medicamentos, los dispositivos médico-quirúrgicos y los sistemas con los cuales se protege y mantiene la salud.

La ETS es la evaluación sistemática y comprensiva, de los aspectos clínicos, económicos, sociales y éticos de las condiciones y consecuencias del uso de las tecnologías en salud.

6.3.3.2 Objetivos

El propósito de involucrar ETS es responder tres preguntas claves² en la elaboración del plan de beneficios en salud:

1. ¿Cómo identificar lo que requiere actualización?
2. ¿Cómo determinar la mejor opción preventiva, diagnóstica o terapéutica cuando existen varias opciones para una misma condición de salud?
3. ¿Qué impacto tiene esto en la suficiencia de la UPC y en el equilibrio financiero del sistema?

6.3.3.3 Metodología de ETS en el marco de la actualización del POS

Muchas innovaciones en medicina se transforman en tecnología medicamentosa aplicable con beneficios potenciales para los pacientes. De la misma manera la efectividad y costo efectividad de muchas tecnologías médicas establecidas nunca ha sido evaluada y en este sentido estas tecnologías pueden bloquear el mercado para otras que tienen mejor evidencia. En algunos estimados se ve que hasta el 90 a 95% de los procedimientos que se usan en el cuidado de la salud nunca han sido evaluados en cuanto a su costo efectividad se refiere 20.

El proceso de la evaluación de Tecnologías en salud incluye:

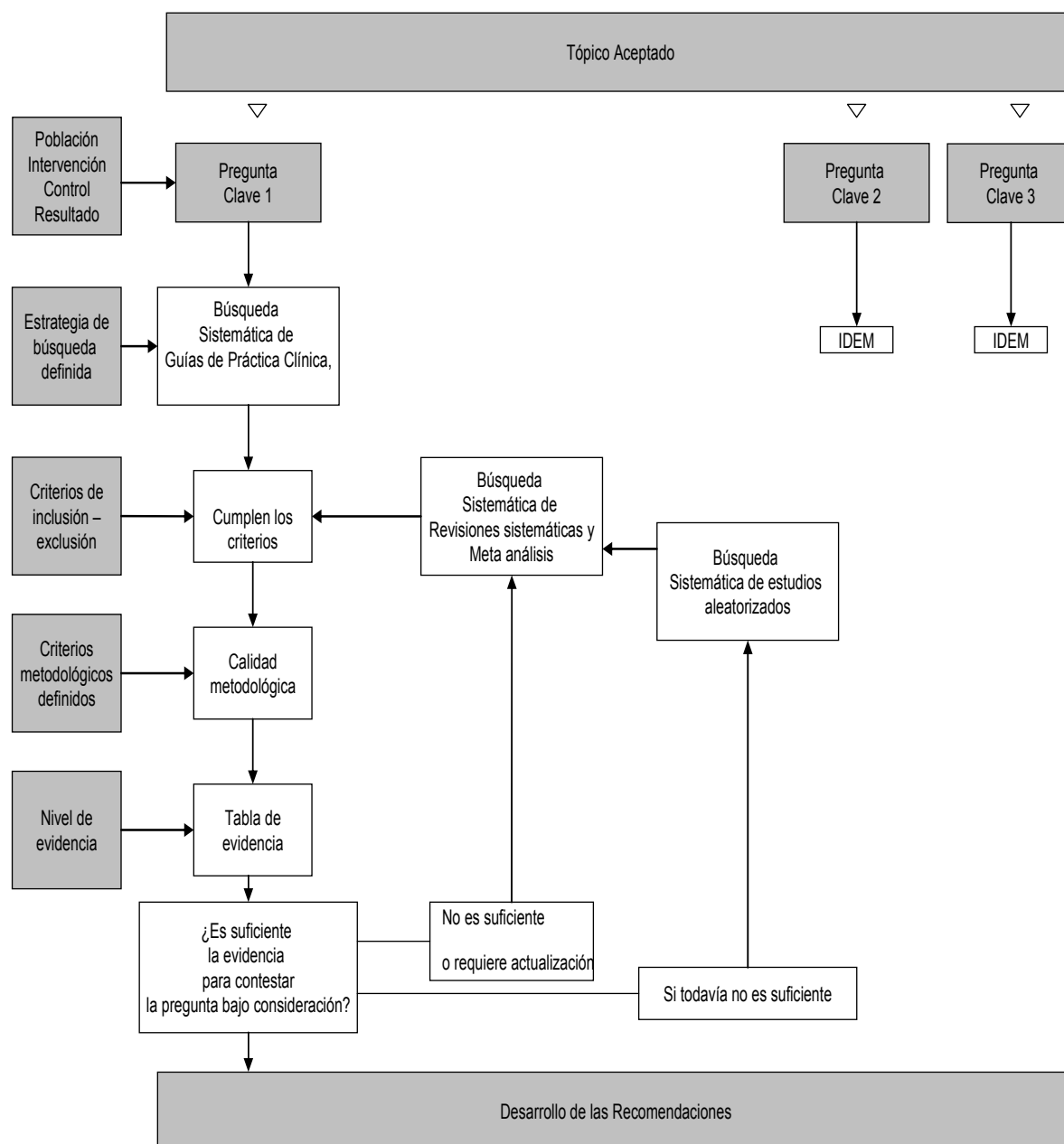
- Sintetizar los hallazgos de la investigación en salud acerca de la efectividad de las diferentes intervenciones en salud
- Identificar evidencia o falta de ésta en cuanto a los beneficios (efectividad) y costos de las intervenciones en salud
- Evaluar las implicaciones económicas y analizar su costo-efectividad (eficiencia)
- Recoger las implicaciones sociales y éticas de la difusión y uso de las tecnologías en salud tanto como las implicaciones organizacionales
- Identificar las mejores prácticas en cuidado de la salud y por lo tanto contribuir a mejoras en la seguridad, la calidad y el ahorro en costos.
- En algunos casos la evaluación de tecnologías en salud puede incluir la evaluación del impacto en el presupuesto o para el caso colombiano la evaluación actuarial o de impacto en la UPC dado que constituye la prima de aseguramiento que debe ser suficiente para cubrir financieramente los servicios del POS.

Para el caso específico del POS la metodología que se utilizara contemplará los siguientes pasos:

- 1) Revisión de la evidencia existente (revisiones sistemáticas de la literatura)
 - 2) Evaluación de calidad de la evidencia
 - 3) Consenso de expertos (metodología formal cuando se requiera)
 - 4) Implementación de las recomendaciones generadas por los tres puntos anteriores
 - 5) Evaluación económica (análisis de costo efectividad o en dado caso que se requiera de costo utilidad de cada una de las evaluaciones económicas que requiera dicho análisis)
 - 6) Evaluación actuarial o del impacto en la UPC
- **Revisión de la evidencia existente (revisión sistemática)**

La revisión sistemática se realizará en dos fases, en la primera se realizará la búsqueda de literatura de tipo secundario Guías de Práctica Clínica (GPC) y revisiones sistemáticas de la literatura o informes de agencias de Evaluación de Tecnologías en Salud. Una vez revisados los documentos de la primera fase y consignada la información obtenida en tablas de evidencia, se realizará la segunda fase en caso que esto se requiera. En la segunda fase también se realizará búsqueda de estudios primarios para actualizar la información obtenida de las GPC y revisiones sistemáticas de la literatura en dado caso que el grupo de revisión sistemática considera que deban realizarse estas actualizaciones (Ver figura 5).

Figura 5 Criterios para considerar estudios para esta revisión



Tomado y adaptado de SIGN 50. A guideline developer's handbook. March 2004

Fuente: Elaboraciones propias de los autores.

Para la evaluación de la evidencia serán incluidos los siguientes tipos de estudios:

- Guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Revisiones sistemáticas de la literatura incluyendo informes de evaluación de tecnología de agencias internacionales.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios de evaluación económica.
- Estudios observacionales.

6.4

Para la evaluación de la eficacia de las distintas tecnologías en salud, se utilizarán ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas de la literatura y GPC basadas en la evidencia. Los estudios observacionales se utilizarán para la evaluación de los efectos adversos de las diferentes estrategias o tecnologías, en el caso de no encontrarse estudios de mejor calidad metodológica.

El tipo de participantes, de intervenciones y resultados se decidirán para cada una de los procesos de ETS en el momento de la propuesta de dicha evaluación y se discutirá entre el grupo investigador.

La búsqueda de GPC se realizará en diferentes páginas de organismos que realizan o compilan documentos de este tipo y en la National Library of Medicine de los Estados Unidos de América a través de MEDLINE. La búsqueda de revisiones sistemáticas será realizada en el National Library of Medicine de los Estados Unidos de América a través de MEDLINE, Embase (European Medical Database), Cochrane, DARE (Database of Abstracts of Reviews of effectiveness), Clinical Evidence y las publicaciones de la Universidad de York.

La búsqueda de estudios primarios para la presente revisión, se realizará desarrollando estrategias de búsqueda para cada una de las siguientes bases: MEDLINE, Embase, CINAHL, el registro de ensayos clínicos de Cochrane, LILACS y SINGLE. En el anexo 2 se muestra la estrategia de búsqueda para MEDLINE, las estrategias para las otras bases será una adaptación de esta. Las listas de referencia de los estudios identificados serán revisadas para la obtención de estudios adicionales.

Se contactará a los autores de los estudios primarios para solicitar información que no esté consignada en los artículos.

Para la identificación de material no publicado se contactarán grupos y expertos en el tema que puedan identificar estudios no publicados.

No se realizarán restricciones de idioma para el presente estudio.

La selección de los artículos la realizarán cuatro revisores independientemente teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión definidos por el grupo investigador. Las discrepancias entre los revisores serán resueltas por discusión con el grupo de revisión sistemática. Los estudios no serán enmascarados en relación a los autores, revista y sitio

donde se realizó el estudio. Se obtendrá el texto completo de los estudios identificados como relevantes para la presente revisión, para evaluación posterior.

- **Evaluación de calidad de la evidencia**

6.5

Para la evaluación de la calidad de los estudios primarios y de las revisiones sistemáticas se utilizará la metodología propuesta por GRADE pro. Para la evaluación de las GPC se utilizará el instrumento AGREE.

La evaluación será pareada con un experto clínico y otro metodológico, las discrepancias serán resueltas por consenso con el grupo de revisión sistemática.

La evaluación y extracción de los datos de cada estudio será realizada por cuatro revisores independientemente. El grado de acuerdo entre los revisores será evaluado utilizando el estadístico Kappa. Cuando exista desacuerdo entre los revisores, se discutirán los desacuerdos hasta alcanzar consenso.

Se utilizará para la extracción de datos la estrategia propuesta por el grupo GRADEpro

De acuerdo a los datos obtenidos se determinará la pertinencia de realizar meta análisis. Para variables continuas se utilizará diferencia de medias. Si los datos están en diferentes escalas se utilizará la diferencia de medias estandarizadas^{xi}. La diferencia de medias entre los grupos de tratamiento será ponderada por el inverso de la varianza, para obtener la medida resumen del efecto del tratamiento. Para variables de tipo dicotómico se calcularán los riesgos relativos (RR).

La heterogeneidad será evaluada utilizando el estadístico Q (Prueba Chi- cuadrada con n-1 grado de libertad, donde n es el número de estudios incluidos) con un nivel de significancia < 0.1 y con el estadístico I² = [(Q-df)/Q]x 100%, donde Q es el estadístico Chi- cuadrado y df son los grados de libertad^{xii}. Este estadístico describe el porcentaje de variabilidad en la estimación del efecto que es debida a la heterogeneidad más que al azar. Valores por encima del 50% son indicadores de la presencia de heterogeneidad.

En caso de realizar meta análisis estos serán conducidos utilizando un modelo de efectos fijos si no existe heterogeneidad. En caso de existir heterogeneidad ésta será explorada en los siguientes aspectos: 1) Relacionada al estudio: calidad, tamaño, duración, año y localización geográfica donde se realizó el estudio. 2) Relacionadas a la intervención: frecuencia de la tamización. 3) Relacionadas a la población en quienes se realizó la tamización (riesgo basal). Si existe heterogeneidad se utilizará un modelo de efectos aleatorios (del Simonian and Laird) y se realizará un análisis de subgrupos apropiado.

- **Estudio económico**

Se propondrá el estudio económico basado en el diseño de modelos, para cada evaluación de tecnologías y según su pertinencia.

Para cada evaluación el grupo de análisis económico decidirá si es viable realizar dicho proceso. En dado caso que lo sea el grupo tomará la decisión acerca del modelo a usar, las estrategias a incluir en el análisis y la metodología de levantamiento de costos para la tecnología evaluada.

Las probabilidades serán obtenidas de revisiones sistemáticas de la literatura, registros de cáncer, registros de mortalidad (DANE) y opiniones de expertos. En caso de no encontrar la información las probabilidades se obtendrán a través de modelos de simulación (Monte carlo).

La efectividad y costos se discutirá al interior del grupo, en relación a cuál de las medidas de efectividad se incluirán como estándar (ej. QALYS Quality Adjusted Life Years, DALYS Disability Adjusted Lite Ayear).

La costo efectividad de cada una de las estrategias será usadas para calcular las razones de costo- efectividad incremental (RCEI).

$$RCEI = \frac{\text{Costos de la estrategia 1} - \text{Costos de la estrategia 2}}{\text{Años de vida ganados de la estrategia1} - \text{Años de vida ganados de la estrategia2}}$$

El grupo investigador definirá el proceso de análisis de sensibilidad para todos los procesos de ETS propuestos.

- **Evaluación actuarial o del impacto en la UPC**

Se realizará siguiendo los pasos descritos en el componente actuarial de la Guía Metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia, evaluaciones económicas de guías de práctica clínica y del impacto de la implementación de las GPC en el POS y la UPC del Sistema General De Seguridad Social En Salud colombiano

Para el análisis de los datos, en las dos etapas del estudio, se empleará el paquete estadístico STATA versión 8.0. Para el análisis económico se utilizara el paquete estadístico TreeAge.

- **Diseminación**

La estrategia de divulgación para los documentos generados en esta investigación se creará en conjunto con el grupo de comunicaciones del Ministerio de la Protección Social teniendo en cuenta dos frentes: la comunicación a actores claves (locales, regionales) y la comunicación masiva.

De igual forma, se creará la página de documentos, guías y consensos para colocar en el portal web del Ministerio, con lo cual se podrá estar en contacto permanente con el



público para informar sobre los avances del producto y recibir la respectiva retroalimentación.

Una vez terminado el producto la difusión del mismo se realizará de forma física y electrónica de manera gratuita.

El documento final incluirá un resumen ejecutivo, un algoritmo resumen de las recomendaciones un resumen del análisis económico y una sección de información para pacientes.

- **Análisis de impacto político**

Para este fin, se trabajará en conjunto tanto con el grupo de políticas, legislación y movilización del grupo área de salud pública como con los actores claves.

Para el análisis de incidencia política se empleará el programa “Policy Maker”, versión 2.3. Dicho programa permitirá definir las metas de la implementación, realizar los análisis de actores, estrategias, impacto, oportunidades y obstáculos.

- **Evaluación**

Una vez terminado el proceso de ETS la versión final del documento será sometida a la evaluación por parte de pares académicos internos y externos antes de su publicación. Dichos pares serán seleccionados de acuerdo a su formación académica, tanto técnico científica, como metodológica en el tema de la guía.

De igual forma, al documento final será sometido a una evaluación de calidad por medio del instrumento AGREE.

La intención del grupo realizador de estas evaluaciones, es que esta sea revisada y actualizada con continuidad, para lo cual se especificará en el documento final con claridad cuando deberá actualizarse la misma después de su publicación.

Esta actualización dependerá directamente de las características propias de la evidencia que la compone.

Se dejará lineado el documento final la importancia de valorar la implementación (por medio del instrumento GLIAxiii) y la aplicabilidad (por medio de estudios de costos) de las recomendaciones de la evaluación de tecnologías, una vez las recomendaciones del documento hayan sido puestas en práctica en el entorno clínico real. El tiempo en el que dichas monitorizaciones deban realizarse quedará especificado.

Durante el desarrollo de estos productos, se identificarán los puntos clave para la auditoría. Estos puntos deberán permitir la implementación de las recomendaciones de los documentos, determinar el impacto de estas intervenciones y medir objetivamente la calidad de la atención por medio de criterios relacionados a los pacientes y no solamente variables subjetivas de cobertura

6.5.1.1 Equipos multidisciplinario de expertos técnicos científicos

Para el adecuado desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud en el marco de la respuesta a la sentencia T 760 de la corte constitucional el Ministerio de la Protección Social convocará, de acuerdo al tópico del estudio, a un equipo multidisciplinario de expertos técnicos científicos, óptimos para el desarrollo de este trabajo. El objetivo de esta convocatoria es optimizar el proceso y generar recomendaciones válidas para nuestro medio.

La metodología a emplear comprende la organización de 4 equipos de trabajo básicos: el comité organizador, el grupo de revisión sistemática de la literatura, el grupo de expertos y el grupo de análisis económico y actuarial. Esta organización nos permitirá desarrollar en su totalidad el ciclo de efectividad y costos de las evaluaciones de tecnologías en salud.

- **Comité organizador**

La misión del Comité organizador es tomar las decisiones ejecutivas del proyecto y de cada una de las evaluaciones de tecnologías propuestas para dar respuesta a las preguntas de inclusión, actualización o supresión de acuerdo con la sentencia constitucional incluyendo el diseño y la aprobación de la metodología a utilizar y aprobación del producto final.

Funciones:

- Definir la pregunta de investigación para cada una de las tecnologías a evaluar.
- Revisar las preguntas secundarias generadas en el proceso de evaluación
- Seleccionar los expertos externos que harán parte del grupo de revisión bibliográfica.
- Aprobar la metodología de trabajo.
- Garantizar la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos.
- Aprobar y difundir los documentos generados durante el desarrollo del proceso.
- Aprobar el documento final.
- Interactuar con jurados externos (pares evaluadores) de los productos.
- Elaborar las estrategias del ciclo de efectividad y costo efectividad de las distintas evaluaciones (desarrollo, disseminación, implementación, evaluación y revisión)

- **Grupo de revisión sistemática de la literatura**

La misión de este grupo es elaborar la revisión sistemática de la literatura de manera efectiva, clara y coherente de cada una de las evaluaciones de tecnologías en salud solicitadas y adaptadas al contexto nacional.

Funciones:

- Elaborar las preguntas secundarias de investigación para cada una de las revisiones sistemáticas.
- Elaborar la estrategia de búsqueda: términos MeSH, criterios de inclusión y exclusión de la literatura.
- Realizar la revisión sistemática de la literatura: Se propondrá al comité organizador realizar primariamente revisiones sistemáticas de estudios secundarios realizados por otros grupos de investigación alrededor del mundo. En dado caso que dicha evidencia resulte deficiente o sea equívoca para nuestro contexto de acuerdo a lineamientos previos se realizará la revisión sistemática a partir de estudios primarios. Para ambos casos el grupo deberá buscar, seleccionar, clasificar la calidad de la evidencia para dar un análisis objetivo de la evidencia revisada, todo ello sin interpretación de los resultados, generándose tablas de evidencia. Dichas tablas se pondrán a disposición del comité organizador, del panel de expertos y de los pares evaluadores.
- Apoyar al comité organizador en la selección de los expertos externos
- Elaborar la versión final del documento.

Para el desarrollo de este proyecto, el comité organizador del Ministerio de la Protección Social conformará un grupo de trabajo multidisciplinario intra e inter institucional. En el primer caso integrando expertos en epidemiología y salud pública y abogados y en el segundo caso con expertos en el tópico pertinente a cada una de las tecnologías evaluadas.

- **Grupo de expertos**

Se conformará en el caso que la evidencia otorgada por la literatura sea insuficiente o equívoca para nuestro contexto o bien no dé respuesta a la pregunta generada por el grupo investigador para cada proceso de ETS. Será conformado por un equipo multidisciplinario encargado de brindar su opinión basada, tanto en el conocimiento (MBE), como en su experticia en el tópico. Las decisiones serán tomadas a través de la realización de técnicas formales de consenso (Ej. Técnica DELPHI).

Dentro de los criterios que se han predefinido para la selección de los expertos se incluyen:

- Expertos con publicaciones científicas en los últimos 5 años.
- Formación académica y/o experiencia científica relevante en el área.
- Membrecía a una sociedad científica o grupo académico.

- **Grupo de análisis económico y actuarial**

Se conformara para todos los casos que se requiera evaluación económica y actuarial, con los siguientes expertos: un experto en evaluaciones económicas en salud, un profesional de la salud con experiencia en el manejo de estudios de gestión, costos o de

evaluación económica en salud, un ingeniero con experiencia en manejo de información del SGSSS, un profesional financiero y si es posible un experto en ciencias actuariales.

Todos los integrantes del grupo de desarrollo de la evaluación de tecnologías , así como los expertos participantes en los paneles deberán completar, al inicio del proceso, un formato de declaración de conflicto de intereses, tanto personales, como no personales, con el fin de asegurar la transparencia de las actividades. Si se determina que alguno de los participantes presenta un conflicto de interés para un particular proceso de ETS dicho miembro quedará inhabilitado.

Antes de iniciar su participación en el proceso todos los miembros del comité organizador y del grupo de revisión sistemática de la literatura deberán firmar, tanto el formato de transferencia de derechos patrimoniales de los coautores colectivos de la presente obra al Ministerio de la Protección Social, como el formato de acuerdo de confidencialidad y propiedad intelectual.

La duración del desarrollo del proceso de ETS, está sujeta al cronograma propuesto por el grupo investigador designado para este tipo de investigaciones.

6.5.2 Nueva codificación del POS

La Clasificación Única de Procedimientos de Salud creada su última actualización en el año 2001, mediante la Resolución 1896, con sus modificaciones y adiciones mediante las resoluciones posteriores, requiere de una actualización, revisión por parte de los expertos grupos de Asociaciones y Sociedades Médicos Científicas y Grupos de Profesionales de la Salud, debido a:

1. Los avances de la tecnología.
2. Avances en los procedimientos de salud.
3. Malas denominaciones del CUPS.
4. Falta de denominación de procedimientos en la CUPS

Ante estas dificultades que presenta la CUPS, el Ministerio de la Protección Social realizó un análisis de las diferentes clasificaciones realizadas en otros países, encontrando que la clasificación francesa, posee unas características de multiaxialidad, flexibilidad y exhaustividad, con una forma organizada de crear los códigos sin que estos sean codependientes de la misma organización del documento de la clasificación.

Se está trabajando con los grupos de expertos de las Asociaciones y Sociedades médicas, a quienes se les presentó el documento, con buenos comentarios sobre todo en la organización, se están revisando por cada grupo los procedimientos en salud que les corresponde según la especialidad, actualmente varios grupos de ellos ya terminaron la primer fase que corresponde a:

1. Revisión de los procedimientos descritos en la clasificación francesa.
2. Construir una referencia entre los procedimientos de la clasificación francesa y la clasificación de procedimientos en salud de Colombia.
3. Observaciones en las denominaciones.
4. Inclusión de nuevos procedimientos no contemplados en ninguna de las dos clasificaciones.
5. Exclusión de procedimientos de una o de las dos clasificaciones, por malas denominaciones o porque en nuestro medio no se realizan los procedimientos de esa manera.

Otro grupo de Asociaciones y Sociedades Médicas se encuentran trabajando en esta fase.

El resto de temas que no corresponde directamente a la revisión de los expertos médicos, sino a profesionales de la salud, se iniciara el trabajo aproximadamente a mediados del mes de agosto.

Una vez terminada estas fase, al interior del Ministerio se realizara un ajuste de la observaciones de cada grupo de trabajo, teniendo en cuenta que se debe generar un documento, en forma homogénea y parámetros definidos, para presentar un documento estandarizado en su totalidad.

Este documento debe contar con referente de los procedimientos del POS, para poder identificar cuáles de los ellos son POS.

Se tiene programado para el mes de diciembre contar con este documento.

6.5.3 Divulgación de los contenidos del POS

Como parte de lo señalado en el numeral 4.2.7 de este documento, donde se plantea la divulgación de información de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud como un componente del proceso de aclaración de su contenido, y partiendo del concepto de *Derecho de acceso a la información* se desarrolla un plan de trabajo que incluye acciones de corto plazo, mediano y largo plazo.

6.5.3.1 Resultados esperados

Con el desarrollo de las estrategias de comunicación se esperan los siguientes resultados:

- Una ciudadanía informada
- Una ciudadanía activa participando
- Apropiación del POS por parte de la ciudadanía
- Entidades cumpliendo con el deber de informar



- Mejoramiento de la gestión porque la información es pública
- Una ciudadanía que ha aumentado su comprensión sobre el Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Un mejoramiento de la salud de la población

6.5.3.2 Acciones en el mediano y largo plazo

En el componente de divulgación de los contenidos del POS las acciones de mediano y largo plazo son:

- **Componente de comunicación informativa:**

Desarrollo del sitio web del régimen subsidiado que hoy funciona en la Intranet del Ministerio de la Protección Social, el cual incluye la información de operación y de cada uno de los procesos del régimen subsidiado, la reglamentación vigente y los derechos en el régimen subsidiado para la ciudadanía.

Para las Guías Metodológica y de Diabetes:

Publicación virtual de la versión final de las Guías Metodológica y de Diabetes para discusión pública en la web de POS.

Publicación impresa de la versión final de Guía Metodológica y de la Guía de Diabetes en sus tres versiones, larga, corta y para pacientes: está contratada la publicación de 500 ejemplares la Guía Metodológica y de 2000 de cada una de las versiones de la Guía de Diabetes.

Presentación en un evento público de la dos Guías, la Metodológica y la de Diabetes

Distribución nacional de la Guía Metodológica y de la Guía de Diabetes en sus tres versiones: avanza la contratación de la distribución de estas publicaciones con el fin de garantizar que puedan llegar a quienes las deben utilizar en distintos lugares del país.

Publicación virtual de los Acuerdos de la Comisión de Regulación en salud para discusión pública en la web del POS.

Seguimiento al uso por parte de la ciudadanía de los mecanismos dispuestos para la divulgación de información mediante el analizador estadístico del sitio web.

Generación de respuestas a la ciudadanía que consulta en la web del POS y trámite de las que no corresponden a los temas específicos del POS.



Desarrollo de jornadas de capacitación en información sobre los contenidos del POS: se tienen previstas con medios de comunicación, con jueces de la República y con otros grupos específicos como los niños en el marco de la unificación del POS de los niños.

Generación de información adecuada suficiente completa y oportuna para los medios de comunicación sobre el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud

Continuar en la divulgación del sitio web del POS en diferentes escenarios y a través de diferentes canales de comunicación.

Implementación de mecanismos de actualización de la información a través de un equipo interdisciplinario.

- **Componente de comunicación presencial**

Como parte del proceso de apoyo a la generación de consenso con las comunidades, previsto en el punto 4.2.4 de este documento, se prevé:

Definición e implementación de mecanismos institucionales de participación con apoyo de recursos del Banco Mundial

Desarrollo de nuevas jornadas de encuentro con la ciudadanía a nivel local y regional

Generación de acuerdos con entidades del nivel nacional para la implementación de mecanismos de participación conjuntos.

- **Desarrollo del componente de comunicación corporativa de la estrategia**

Se ha contratado los servicios de una empresa especializada que producirá una imagen corporativa para el proceso general de actualización del Plan Obligatorio de Salud, con todos sus componentes. Este proceso incluye:

Definición del nombre y los slogans o mensajes que se utilizarán en todo el proceso y que permitan la comprensión y apropiación adecuada por parte de la ciudadanía de sus resultados

Diseño de piezas en las que se aplique esta corporatividad.

- **Desarrollo del componente de comunicación publicitaria de la estrategia**

Este componente hace parte de la gran campaña de comunicación del Ministerio de la Protección Social e incluye entre otros aspectos:



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



Pauta en medios de comunicación nacional de mensajes sobre derechos y deberes de los usuarios ya producidos por el Ministerio

Producción de nuevas piezas para activar la participación e información sobre las nuevas características del Plan Obligatorio de Salud

Generación de eventos que apoyen el proceso

Generación de información a medios

7 RESULTADOS

7.1.1 Resultados de la participación en los procesos de actualización del POS

La participación tiene diferentes componentes que buscaron la garantía al derecho de información y a la garantía de la participación de los usuarios y la comunidad médica en el proceso de actualización del POS. A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de los elementos.

7.1.2 Divulgación de la información relacionada con el POS

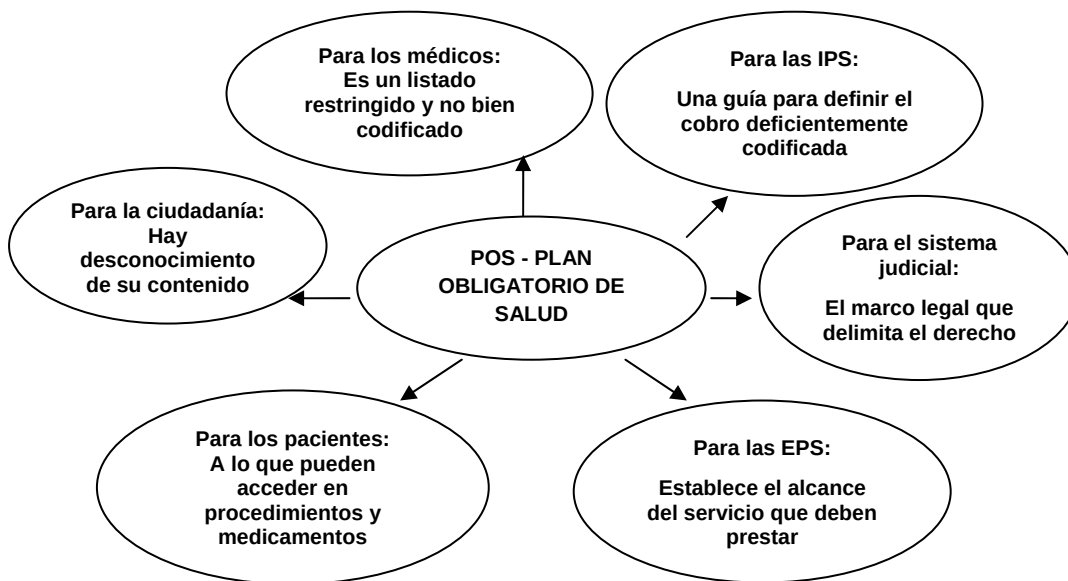
Los resultados de proceso de desarrollo de la estrategia de comunicación de la información relacionada con el POS, son las que se describen a continuación.

Diagnóstico

Este incluyó aspectos de percepción y de información sobre el Plan Obligatorio de Salud. Esta fase fue desarrollada en octubre de 2008.

a. Sobre percepción del POS: Se identificaron las distintas maneras de percibir el POS según los diferentes actores de Sistema.

Figura 6 Percepciones del POS por cada uno de los actores del SGSSS



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con base en encuestas y entrevistas

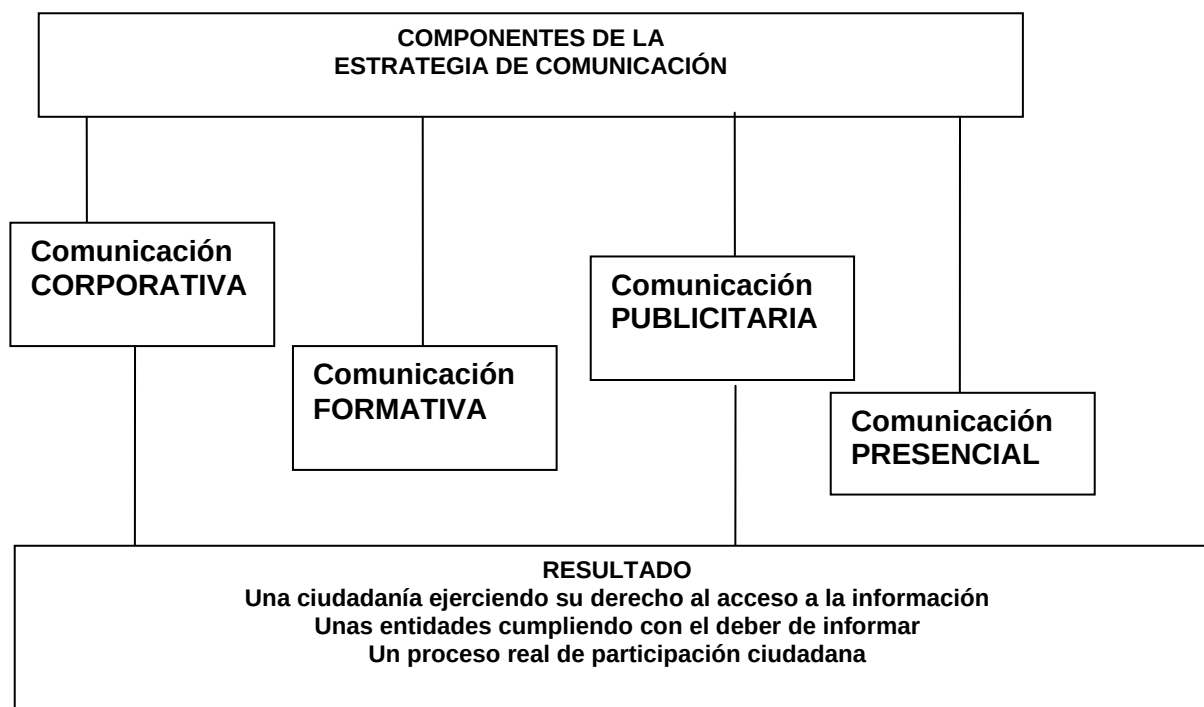
b. Sobre información: una aproximación a este tema, permitió establecer lo siguiente:

- No ha habido, desde el Ministerio, una política clara de entrega de información a la ciudadanía sobre el POS, ni de exigencia al sector sobre el tema
- El Ministerio no tiene información del POS dispuesta en sus canales oficiales de información
- La información del POS a la que accede la ciudadanía es limitada, confusa y proveniente en su mayoría de las EPS y de las entidades territoriales
- La información que entregan las EPS es básica y parcial.
- Existe mayor nivel de conocimiento sobre las EPS que sobre el POS
- La información del POS es demasiado técnica, lo cual también dificulta su entrega, más no la disponibilidad de la misma
- En los canales oficiales no hay información diferenciada sobre el POSC y el POSS, ni sobre lo excluido del POS
- Existe en cambio, abundante información de prensa sobre los problemas del POS
- No hay una información sistemática sobre cómo percibe la ciudadanía el POS.
- Ante la ausencia de información, también hay ausencia de percepción
- Para que haya percepción se requiere que haya conocimiento. Para que haya conocimiento se requiere que haya más información dispuesta.

Formulación de una estrategia de comunicación

La divulgación de información se planea como uno de los componentes de una estrategia de comunicación que incluye varios componentes y que además, debe alimentar y soportar el proceso de participación ciudadana descrito en otros apartados de este documento. La estrategia se resume en el siguiente gráfico.

Figura 7. Esquema de la estrategia de comunicación.



Fuente: elaboraciones propias de los autores.

El Ministerio toma la decisión de iniciar con los componentes de comunicación informativa y comunicación presencial de forma simultánea. Los avances de este último se muestran en los apartados de este documento relacionados con la participación y el consenso ciudadano.

7.1.2.1 Componente de comunicación informativa

Objetivos

- Garantizar el derecho de acceso a información a la ciudadanía
- Hacer público lo que es público
- Ofrecer información del Plan Obligatorio de Salud completa, actualizada, relevante y suficiente
- Aportar desde la disposición de información al proceso de aclaración del POS
- Motivar el uso de la información sobre el POS
- Avanzar en la inclusión del tema en la agenda pública
- Ofrecer información que motive la participación
- generar un ambiente de legitimidad del proceso de participación
- Generar espacios de comunicación para que todos los actores participantes en el proceso de construcción de acuerdos legítimos puedan aportar sus criterios y



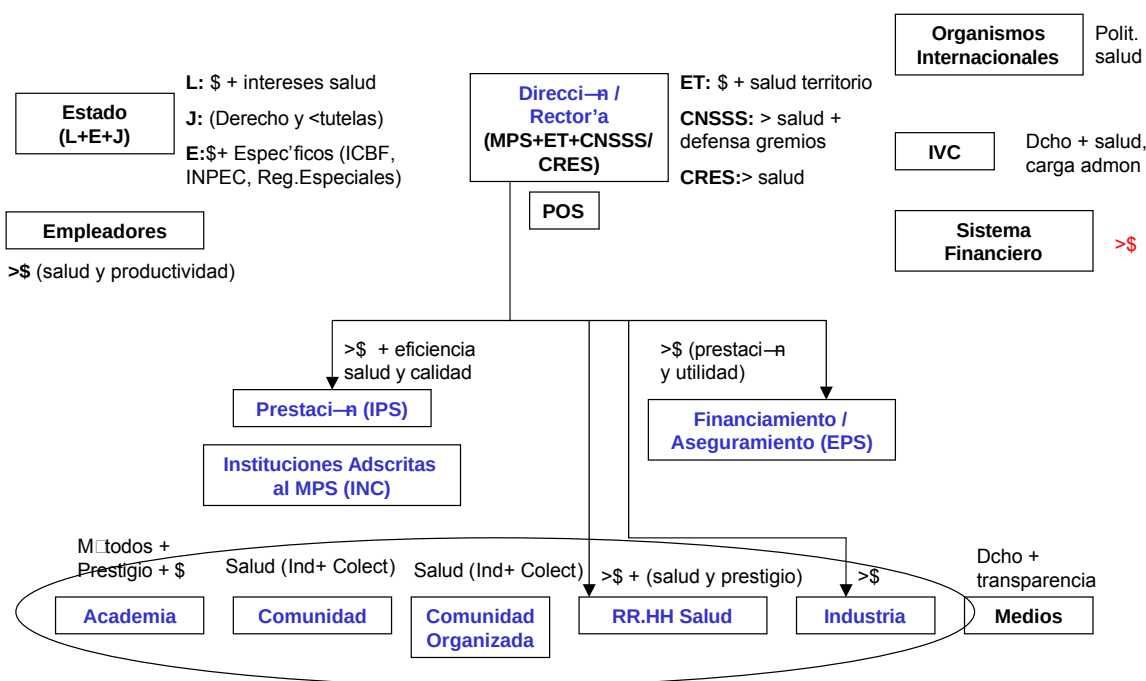
propuestas tanto en las instancias creadas para la deliberación y decisión como ante los demás participantes.

Públicos

Se diseña un mapa de actores con el propósito de definir los mensajes y las acciones de comunicación para cada grupo de los interlocutores (ver Figura 9). En este mapa se muestran las relaciones y las funciones de cada uno de ellos dentro del sistema y compone por los siguientes actores:

- Organismos de dirección y rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Entidades públicas nacionales del sector de la Rama Ejecutiva
- Entidades públicas territoriales del sector
- Entidades públicas de la Rama Judicial
- Entidades de la Rama Legislativa
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- Comisión de Regulación en Salud CRES
- Aseguradores: EPS del contributivo y EPS del subsidiado
- Prestadores - IPS
- Organismos internacionales
- Banca multilateral
- Sector académico del área de la salud
- Sociedades científicas
- Agremiaciones de profesionales de la salud
- Usuarios del sistema de salud organizados
- Asociaciones de usuarios de las EPS
- Miembros de los consejos territoriales de salud en donde estos son activos
- Veedurías ciudadanas
- Industria farmacéutica
- Representantes de otros sectores: educación, medio ambiente
- Defensoría del Pueblo
- Procuraduría General de la Nación
- Contraloría General de la República
- ONG que se ocupan del tema de la salud
- Medios de comunicación
- Ciudadanía en general

Figura 8. Mapa de actores del SGSSS.



Fuente: elaboración propia de los actores.

Mensajes

Si bien la construcción de mensajes es un proceso continuo que se actualiza permanentemente y depende de los objetivos generales de la estrategia y de los objetivos específicos de cada coyuntura.

Atendiendo a los objetivos y a la coyuntura, se define que el mensaje para la *primera etapa* fuera *"!El POS colombiano se construye entre todos!. Su opinión cuenta"*, el cual ha sido incorporado y difundido en consulta virtual y en los avisos de prensa.

Se prevé que en las siguientes etapas los mensajes estén asociados a los procesos de actualización y unificación del Plan como a los procesos de participación que se desarrollen en cada fase.

Medios

Dada la amplia cobertura de Internet y las condiciones económicas de la fase inicial de la estrategia, se define Internet como medio principal.

El uso de este canal de comunicación se soporta en el aumento progresivo de su uso en Colombia. Según datos de la Comisión de Regulación de Telecomunicaciones, el total de suscriptores fijos y móviles del servicio de acceso a Internet aumentó en el país en un 13,63% en el primer trimestre de 2009. Según la misma fuente, en marzo de 2009, Colombia cuenta con 18.23 millones de usuarios del servicio de acceso a Internet a través de conexiones fijas. Este grupo equivalen a 40,54% del total de la población, 44.977.758 habitantes.

7.1.2.2 Implementación de la estrategia de comunicación

a. Generación de un correo electrónico

nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co Cumple varios propósitos:

- Generar mecanismos para que la ciudadanía pueda preguntar sobre los temas del POS y enriquecer la información que se produce.
 - Enviar correos masivos con información sobre el proceso adelantado en los distintos componentes de la estrategia de comunicación
 - Activación de tráfico hacia el sitio web
- b. En la primera fase, de octubre de 2008 a Enero de 2009, se abre un link en la pestaña de Seguridad Social en Salud en la web del Ministerio de la Protección Social con toda la información del POS sistematizada hasta ese momento. El link se mantiene con acceso directo al nuevo sitio web.
- c. Con el propósito de aclarar el contenido del POS contributivo y del POS subsidiado y que la ciudadanía pueda acceder a su derecho a la información sobre los contenidos del POS, a partir de Enero 17 de 2009, se pone en funcionamiento el sitio web www.pos.gov.co con entrada directa y desde la web del Ministerio. En este espacio se han publicado, entre otros, los siguientes contenidos:
- *El listado completo de medicamentos, procedimientos y servicios incluidos en el POS contributivo.* Esta publicación incluye una matriz para cada uno de estos componentes.
 - La matriz de procedimientos y servicios contiene 2842 registros
 - La matriz de medicamentos contiene 667 registros

Las matrices están disponibles para la consulta ciudadana de tres formas: a través de un buscador, como archivos de consulta en Internet y como archivos descargables. Cada matriz incluye:

- La denominación del medicamento, procedimiento o servicio con el nombre genérico, científico o técnico con que se conoce
- La norma que lo reglamenta en el POS
- La referencia explícita que SI está incluido



- El título del grupo al que pertenece el procedimiento
 - El nivel POS según el grupo Ox
 - El periodo mínimo de cotización exigible -PMC-
 - La referencia de si requiere autorización adicional por lo dispuesto en el Artículo 110 del Mapipos
 - Un espacio para observaciones particulares
- *El listado completo de los 40 procedimientos y servicios excluidos explícitamente del POS contributivo, mediante una matriz que contiene:*
- El nombre del insumo o procedimiento
 - La norma que reglamenta su exclusión en el POS C
 - La referencia explícita que NO está incluido
 - El título del grupo al que pertenece el procedimiento
- *El listado completo de procedimientos y servicios incluidos en el POS subsidiado. Aún cuando la forma como está estructurado el POS subsidiado es diferente a la del POS contributivo, se ha generado una matriz que contiene 2869 registros sobre procedimientos y servicios incluidos en el POS-S. La matriz tiene:*
- La denominación del procedimiento o servicio con el nombre científico o técnico con que se conoce
 - La norma que lo reglamenta en el POS S
 - La referencia explícita que está incluido
 - Observaciones /condiciones /limitaciones de cobertura en el POS subsidiado

La matriz del subsidiado está disponible como un archivo de Excel descargable y la generación de un buscador particular está en proceso de construcción.

- *Se ha generado una sección de preguntas y respuestas con toda la información sobre derechos de los usuarios frente al Plan Obligatorio de Salud tanto contributivo como subsidiado. Se ofrece respuesta para 137 preguntas frecuentes sobre diferentes temas, así: medicamentos, consulta externa, cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación, hospitalización, otros temas de recurrente interés de los usuarios como cuidados paliativos o cirugía bariátrica y preguntas y respectivas respuestas sobre los procesos de selección y afiliación al régimen subsidiado*
- *Se ha generado un sistema de respuesta casi inmediata a las consultas ciudadanas específicas sobre el tema del POS. A julio 24 se habían respondido 102 preguntas particulares sobre temas del POS. Estas se han sistematizado en un grupo más pequeño de preguntas y respuestas, dado que algunas se refieren a los mismos temas, y han sido publicadas en el link preguntas recientes de los usuarios. Las gráficas muestran el número de preguntas por mes y el sitio del país de donde provienen: la costa norte, el centro y el oriente, aún cuando muchos de los usuarios no*

se identifican cuando hacen su pregunta. Hoy se avanza en el diseño de un formato estándar que permita la mejor identificación de los usuarios que hacen preguntas a través del portal del POS.

Figura 9. Preguntas formuladas por la ciudadanía a través de la página www.pos.gov.co y el correo nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co por mes. Fecha de corte 24 de julio de 2009.



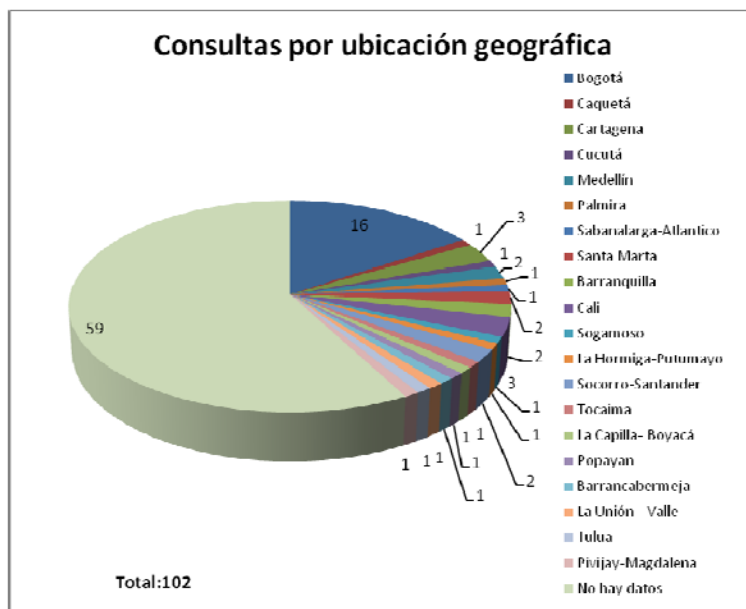
Fuente: Elaboraciones propias de los autores

- *Se han publicado para discusión pública las primeras versiones de los textos de los componentes clínico y económico de la Guía Metodológica para Guías de Práctica Clínica. Se recibieron y tramitaron las opiniones relacionadas con dichos componentes*

El sitio web del POS ha sido escogido por el Ministerio de la Protección Social como el proyecto piloto para la fase de democracia dentro del proyecto de Gobierno en línea del Ministerio de Comunicaciones. En esta fase “... las entidades incentivan a la ciudadanía a contribuir en la construcción y seguimiento de políticas, planes, programas y temas legislativos, así como a participar en la toma de decisiones y, en general, están dispuestas a involucrar a la sociedad en un diálogo abierto de doble vía, así como ofrecer específicamente información, servicios y trámites en línea para incluir a las poblaciones más vulnerables....”^{xv}

Este hecho soporta el desarrollo del proceso de consulta en línea como soporte al proceso de participación social descrito en otros capítulos de este documento.

Figura 10 Consultas por ubicación geográfica del correo Nuevo POS



Fuente: Elaboraciones propias de los autores

d. Se encuentra en etapa de montaje y adaptación para su publicación abierta al público, en muy corto plazo, un sitio web del régimen subsidiado que hoy funciona en la Intranet del Ministerio de la Protección Social, el cual incluye:

- Información de operación del régimen subsidiado relacionada con el flujo de recursos de todos los departamentos y municipios del país, dispuesta en un aplicativo de fácil consulta y alimentada con las fuentes oficiales para cada tipo de información. Contiene también archivos descargables de Excel para el uso de quienes manejan esta información.
- Información sobre la reglamentación vigente
- Información discriminada sobre cada uno de los procesos del régimen subsidiado
- Información para la ciudadanía sobre sus derechos en el régimen subsidiado

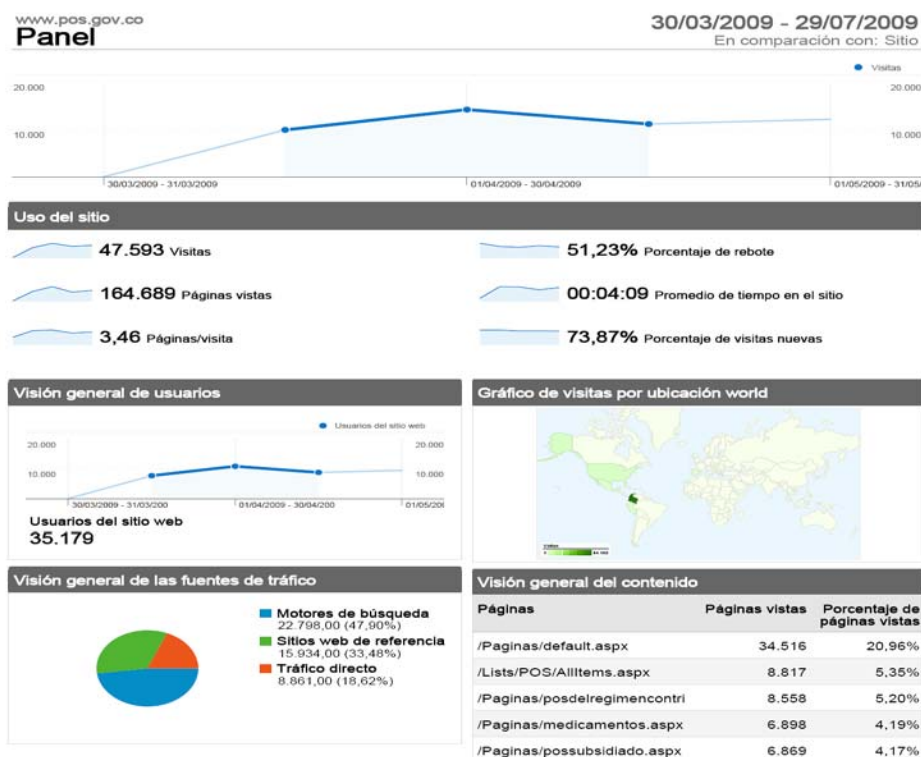
e. Jornadas de capacitación sobre los temas del POS: se realizaron las siguientes:

- Con periodistas de la Oficina Asesora de Comunicaciones del Ministerio de la Protección Social
- Con funcionarios encargados de las Oficinas de Atención al Usuario del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia de Salud

7.1.2.3 Mecanismos de seguimiento a la publicación de la información

En conjunto con el área de soporte informático del Ministerio de la Protección Social se han generado los mecanismos para hacer seguimiento permanente a las visitas a la página a través del analizador estadístico *Google Analytics* (Ver Figura 12), de acceso gratuito. Este se viene utilizando desde marzo 30 de 2009. Un resumen de los datos de consulta, al 25 de julio de 2009, se presenta en los siguientes gráficos.

Figura 11. Vista del panel informativo de la página www.pos.gov.co con el analizador *Google Analytics*. Fecha de consulta Julio 29 de 2009.



Fuente: Imagen obtenida del panel informativo de la página www.pos.gov.co a través del programa *google Analytics*. Fecha de consulta Julio 29 de 2009.

En las siguientes figuras se presentan las estadísticas más relevantes acerca de la consulta a la página del POS, con fecha de corte julio 24 de 2009 para un total de 44.063 visitas en tres meses y medio, con un promedio de entre 480 y 790 visitas diarias. Sin embargo, como lo muestra el panel de la Figura 12, entre esa fecha y el 29 de julio de 2009, se han tenido 3.530 consultas adicionales, para un total de 47.593 consultas.

Figura 12 Número de visitas a la página www.pos.gov.co por mes. Fecha de corte Julio 24 de 2009.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores a partir de los datos obtenidos a través del analizador *Google Analytics*. Fecha de corte Julio 24 de 2009.

Tabla 13. Número y porcentaje de consultas a la página www.pos.gov.co por ubicación geográfica. Fecha de corte 24 de julio de 2009.

	Ciudad	Visitas	Porcentaje de visitas nuevas
1.	Bogotá	20.695	71,79%
2.	Medellín	5.687	69,33%
3.	Cali	3.432	76,78%
4.	Cartagena	2.732	79,83%
5.	Barranquilla	2.657	74,41%
6.	Bucaramanga	2.014	74,08%
7.	Pereira	1.346	81,43%
8.	Manizales	462	74,03%
9.	Popayán	307	78,18%
10.	Datos No Disponibles	406	74,14%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores a partir de los datos obtenidos a través del analizador *Google Analytics*. Fecha de corte Julio 24 de 2009.

7.1.2.4 Mecanismos de actualización de la información

El Ministerio de la Protección Social en un trabajo conjunto entre la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, encargada de los temas del Plan Obligatorio de Salud y de la operación del Régimen Subsidiado y la Dirección General de Planeación y Análisis de Política de quien depende la operación del Sistema de Información del Ministerio, ha creado un grupo de trabajo integral que hace que se pueda actualizar permanentemente la información. Un equipo del que hacen parte un médico, dos comunicadoras sociales, dos técnicos en sistemas y dos ingenieras que como parte de su trabajo están al frente de todo lo relacionado con el montaje, adaptación técnica y generación de nuevos contenidos y herramientas en este sitio web, al igual que del montaje y adaptación del nuevo sitio del Régimen Subsidiado.



7.1.3 Principios del y criterios de actualización del POS

7.1.3.1 Resultados de la consulta ciudadana presencial y virtual

Como ya se ha señalado la consulta ciudadana se viene realizando mediante tres mecanismos:

1. Consulta presencial con los usuarios
2. Consulta presencial con la comunidad médica
3. Consulta con la ciudadanía a través de Internet

7.1.3.1.1 Consulta presencial con los usuarios

Para esta jornada se convocaron 67 organizaciones de usuarios y de pacientes y contó con la participación de 25 personas de diferentes asociaciones de usuarios y de organizaciones privadas de pacientes. Cabe resaltar la participación de tres organizaciones de fuera de Bogotá. La jornada tuvo una duración de un día y se realizó el 23 de julio de 2009.

7.1.3.1.2 Consulta presencial con la comunidad médica

Esta jornada contó con la participación de 40 representantes de diferentes asociaciones y sociedades de profesionales de la salud del país. La jornada tuvo una duración de 5 horas y media y se realizó el 27 de julio de 2009.

Consulta con la ciudadanía a través de Internet El mismo instrumento diligenciado por las organizaciones de usuarios fue puesto en el sitio web del pos: www.pos.gov.co desde el 23 de julio y estará hasta el 23 de agosto.

Hasta el 27 de julio la consulta ha sido respondida voluntaria y abiertamente por 1451 personas de 30 departamentos del país. De las cuales 70.3% pertenece al rango entre 31 y 61 años. 92 % son personas del régimen contributivo, 4% del régimen subsidiado. 55% son hombre y 45% mujeres.

Dado que el instrumento es el mismo para todos los grupos, con algunas variaciones en el lenguaje del formulario de la comunidad médica, se presentan de manera unificada los resultados.

7.1.3.1.3 Resultados de la pregunta 1 – Criterios de inclusión para la actualización

Los criterios de inclusión para la actualización establecidos mediante el Acuerdo Número 008 de 1994 del CNSSS y el Decreto 806 de 1998 del 30 de abril de 1998, fueron confirmadas como criterios para la actualización del POS, tanto por los usuarios y la comunidad médica como por la ciudadanía que respondió a través de Internet:

- La atención para todas las fases de la enfermedad, desde la prevención hasta la rehabilitación, pasando por el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.(enfoque integral)
- Criterio de efectividad clínica y seguridad clínica demostrada científicamente.
- Criterio de la sostenibilidad del sistema.

Los resultados de los tres mecanismos de consulta muestran coincidencia en la tendencia general de las respuestas. Los mayores consensos de los participantes en las dos jornadas presenciales y de quienes realizaron la consulta virtual se encuentran en los siguientes criterios:

- *Los servicios y medicamentos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*, ratificado por el 98.7% de quienes tramitaron la consulta virtual.
- *Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a los niños y niñas*, ratificado por el 98 % de quienes tramitaron la consulta virtual.
- *Los servicios y medicamentos cuya prestación este dirigida a las mujeres embarazadas*, ratificado por el 97.6 % de los que respondieron por Internet.
- *Los servicios y medicamentos cuyo objetivo sea prevenir la aparición de enfermedades*, ratificado por el 97.2 % de los que respondieron por Internet. Sobre este aspecto se señala la importancia de que el POS tenga un enfoque preventivo tanto por la reducción de carga de enfermedad que esto puede generar como por la reducción de costos del sistema.
- *Los servicios y medicamentos cuya prestación esta dirigida a los adultos mayores*, ratificado por el 97 % de los que respondieron por Internet.
- *Los servicios y medicamentos para atender las situaciones de urgencia que comprometen la vida*, ratificado por el 96.8 % de los que respondieron por Internet.
- *Los servicios y medicamentos para las enfermedades de mayor frecuencia*, ratificado por el 96.5 % de quienes respondieron en Internet.
- *Los servicios y medicamentos que ofrezcan resultados comprobados*, ratificado por el 96.3 % de quienes respondieron en Internet
- *Los servicios y medicamentos que respondan a enfermedades graves que son causa de muerte temprana*, ratificado por el 96.3 % de quienes respondieron en Internet
- *Los servicios y medicamentos que atiendan enfermedades que causan situaciones de discapacidad*, ratificado por el 96 % de quienes respondieron en Internet.
- *Los servicios y medicamentos con mayor seguridad comprobada y con poco riesgo de producir complicaciones*, ratificado por el 93.2 % de quienes respondieron en Internet
- *Los servicios y medicamentos que tengan consecuencias financieras para el usuario o su familia*, ratificado por el 91.2 % de quienes respondieron en Internet.

- *Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a tratar enfermedades de otros grupos de la población*, ratificado por el 86.98% de quienes respondieron en Internet.
- *Los servicios y medicamentos que el país puede pagar y mantener con los recursos humanos, tecnológicos y económicos disponibles para la salud*, ratificado por el 84.27% de quienes respondieron en Internet.

Unánimemente, los participantes de las jornadas presenciales confirman que los procedimientos experimentales deben excluirse del POS, teniendo claro lo que significa experimental y evaluando casos específicos en los que las condiciones de salud sólo tienen opción terapéutica con medicamentos en fase 3 y que no son de primera línea de intervención. Este aspecto es ratificado por 75.8 % de la ciudadanía que respondió el formulario virtual.

Tanto en las consultas presenciales como en la de Internet no existe acuerdo frente a los siguientes criterios:

- *Servicios y medicamentos de venta libre y de bajo costo como analgésicos y antiácidos*: en las jornadas presenciales no hubo consenso y esto se ratifica con las respuestas de la ciudadanía a través de Internet, pues el 50.8% señala que SI deben incluirse y 47.1% que NO deben incluirse.
- *Frente a los servicios y medicamentos cuya necesidad se origina en conductas riesgosas asumidas libremente por las personas*: en las jornadas presenciales no hubo consenso y esto se ratificó con las respuestas de la ciudadanía a través de Internet, pues el 41.1% respondió que SI deben incluirse y el 57.1 % respondió que NO deben incluirse.

Estos aspectos deben explorarse en consultas posteriores y con otras metodologías.

Frente al concepto de priorización las opiniones se presentan divididas. De una parte, para algunos grupos tanto de usuarios como de la comunidad médica no es fácil establecer prioridades, pues hay varios criterios que tienen la misma importancia y en algunos casos, la priorización, puede ser sinónimo de exclusión. Sin embargo, para otros grupos, se hace necesario priorizar. Esto hace evidente la necesidad de profundizar en la pedagogía y la discusión alrededor del concepto de priorización.

Frente al ejercicio mismo de priorizar los resultados de las sesiones presenciales muestran que quienes priorizaron le dieron prevalencia a:

- Los servicios para la prevención de enfermedades.
- La atención de niños y niñas, la de mujeres embarazadas,
- La atención de las enfermedades más frecuente y de mayor severidad
- Los servicios que ofrecen mayor seguridad y efectividad.

Si bien en Internet el ejercicio de priorización no fue realizado por todos los que respondieron la consulta, quienes si lo realizaron, señalan como prioridades:

- Los servicios cuyo objetivo sea prevenir la aparición de enfermedades
- Los servicios y medicamentos que permitan el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad
- Los servicios y medicamentos cuyos altos costos puedan hacer que el usuario o su familia enfrente dificultades financieras o que los puedan llevar a la quiebra.

7.1.3.1.4 Resultados de la pregunta 2 – Criterios de Exclusión para la actualización

En la segunda pregunta, los resultados tanto de las jornadas presenciales como de la consulta a través de Internet expresan consenso en que en los siguientes servicios y medicamentos NO deben ser parte del POS:

- *Los servicios y medicamentos que no son seguros y pueden poner en riesgo la vida*, ratificado por el 81.2 % de los que respondieron por Internet.
- *Los servicios y medicamentos que no tienen resultados científicamente demostrados en la salud*, ratificado por el 79.4 % de los que respondieron por Internet.
- *Los servicios y medicamentos cuyos fines últimos sean estéticos, cosméticos o de embellecimiento*, ratificado por el 78.6 % de los que respondieron por Internet. En la discusión presencial de este criterio se señaló que hay ocasiones en las que una cirugía de este tipo está indicada así su impacto no sea principalmente funcional, por ejemplo cirugías para el prognatismo, quemaduras o cirugías reconstructivas.
- *Los servicios y medicamentos que son de carácter experimental*, ratificado por el 73.5 % de los que respondieron por Internet. En este criterio se mantienen las salvedades señaladas en la primera pregunta relacionada con las inclusiones.
- *Los servicios y medicamentos cuya necesidad se origine por conductas riesgosas asumidas libremente por la persona y que se sabe pueden cambiar negativamente su estado de salud*. El 57.6% de quienes respondieron por Internet consideran que se deben excluir del POS. Para este criterio se hizo la salvedad, por parte de los asistentes a las jornadas presenciales, que se debían buscar mecanismos diferentes de protección en salud para quienes, como situación de riesgo, realicen deportes extremos, y, que deben ser revisados los criterios de atención para el tratamiento de las complicaciones de las cirugías estéticas que hoy son NO POS.

Lo anterior indica que se acepta por consenso que lo que no tenga efectividad, seguridad y lo que no contribuya directamente en el manejo y recuperación de la enfermedad, no debe ser parte de POS. En general la comunidad médica representada en la consulta, acepta las decisiones que se respaldan con estos criterios. Lo anterior tiene implicaciones con la pertinencia de la estrategia de actualización del POS a mediano y largo plazo a través de GAI con componente de evaluación económica y actuarial.

Tanto en las sesiones presenciales como en las respuestas obtenidas mediante la participación virtual de la ciudadanía no existe consenso sobre los siguientes criterios para orientar las exclusiones en el marco de la actualización del POS.

- *Servicios y medicamentos que son de mayor costo pero tienen resultado similar a los que ya están incluidos en el POS:* la mitad de grupos de pacientes y usuarios y de los representantes de la comunidad médica señalaron NO excluirllos, esto fue ratificado por 93.4 % de quienes respondieron a través de Internet.
- *Los servicios y medicamentos que estén dirigidos a la atención de las enfermedades menos frecuentes en el país:* en las jornadas presenciales este criterio fue ampliamente discutido. Si bien los usuarios no afectados por ellas, señalaron por consenso la necesidad de incluirlos, a partir de un sentido de equidad y solidaridad los representantes de las asociaciones de enfermedades raras y de baja frecuencia son explícitos en señalar que las atenciones y financiación de dichas enfermedades no deben hacer parte del POS, pero si tener una fuente y unos mecanismos que garanticen su atención dentro del Sistema. El 69.3% de quienes respondieron por Internet señalaron que estas atenciones no se deben excluir.

La discusión presentada en el criterio anterior se refuerza con las respuestas obtenidas en la consulta por Internet pues 68.6% señala que no se den excluir.

- *Los servicios y medicamentos que no están disponibles en el país:* en los ejercicios presenciales no hubo consenso sobre este aspecto. En la consulta por Internet el 65.1% indicó que no se deben excluir.
- *Los servicios y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de una enfermedad determinada,* el 100% de los asistentes a las jornadas presenciales consensuaron que NO se deben excluir; sin embargo, en la consulta vía Internet se observa un disenso bastante amplio ya que un 48.1 % dice que SI se debe excluir y 47.52% que NO se debe excluir.

Lo anterior hace necesario, explorar en otras consultas y con otras metodologías los criterios de costo-efectividad, la concentración de los servicios y medicamentos en unos pocos usuarios del sistema y la disponibilidad de servicios y medicamentos en el país.

Se acepta que la exclusión no es sinónimo de no atención. Lo que no pueda atenderse por el POS, debe cubrirse por otro Plan. También muchas respuesta a problemas de salud, no le corresponden al POS pues recaen en un trabajo intersectorial. En esta última situación se deben mirar los mecanismos paralelos para su atención.



7.1.3.1.5 Resultado de la pregunta 3 – Principio de corresponsabilidad

Esta pregunta fue incluida en los formularios de consulta presencial. En general, los grupos consideran que la responsabilidad compartida ciudadano-Estado en el mantenimiento de la salud y el buen uso de los recursos disponibles para esto, está entre regular y mal por parte de ambos actores.

7.1.4 Actualización del POS

Para terminar de definir la lista de procedimientos, intervenciones del Plan Obligatorio de salud, se realizó un trabajo de revisión de dos grupos de procedimientos:

1. Lista de procedimientos calificados como POS, pero sin frecuencia en número de 104.
2. Lista de procedimientos calificados como No POS, pero con frecuencia en número de 1032.

Este trabajo se adelantó con las Asociaciones, Sociedades científicas y con grupos de profesionales de la salud.

Cuyo resultado al día de 27 de julio es el siguiente, desglosado en el siguiente cuadro:

Tabla 14 Consolidado de actividades revisadas por las Asociaciones y Sociedades Científicas

Grupo que realizó la revisión	Lista 2				Lista 3					Resultado		
	Total a Revisar	Mantener	Suprimir	Pendiente por revisar	Total a Revisar	Homologo	No Homologo	No incluir	Pendiente por revisar	Total por Grupo	% del Total	% Realizado
1. Neurocirugia	9	6	3		39	14	15	10		48	4.2	4.23
2. Oftalmologia	3	1	2		36	15	9	11	1	39	3.4	3.43
3. Otorrinolaringologia	8	5	2	1	46	7	8	23	8	54	4.8	4.75
6. Cirugia general	13	13			108	43	59	3	3	121	10.7	10.65
9. Ortopedia	16	4	12		66	9	30	27		82	7.2	7.22
10. Dermatologia					10	3	3	4		10	0.9	0.88
11. Cirugia plastica	2	1	1		46	4	10	32		48	4.2	4.23
12. Imagenologia	4	4			86	34	40	12		90	7.9	7.92
13. Rehabilitación					20	11	4	5		20	1.8	1.76
15. Anestesia	2	2			7	2	5			9	0.8	0.79
18. Neurologia					6	1	5			6	0.5	0.53
20. Medicina Nuclear	1		1		21	5	10	6		22	1.9	1.94
21. Radioterapia	5	5			2	1		1		7	0.6	0.62
22. Odontologia					66	13	8	45		66	5.8	5.81
23. Laboratorio clinico	6	1	5		262	23	117	122		268	23.6	23.59
25. Banco Sangre					3	1	2			3	0.3	0.26
26. No Sociedades	1	1			34	5	27		1	35	3.1	3.08
4. Cardiologia	6				27					33	2.9	
5. Angiologia y Cirugia Vascular	13				22					35	3.1	
7. Urologia	6				31					37	3.3	
8. Ginecologia	6				53					59	5.2	
14. Siquiatria	1				6					7	0.6	
17. Neumo CxT					9					9	0.8	
19. Gastroenterologia					7					7	0.6	
24. Anatomopatologia	2				19					21	1.8	
Totales	104	43	26	1	1032	191	352	301	13	1136	100.0	
Resultado logrados	70	43	26	1	858	191	352	301	13	928	81.7	81.7
Total de procedimientos a mantener e incluir por Homologo	234											
Total de procedimientos a no incluir	653											

Fuente: elaboraciones propias de los autores

De un total de 1136 procedimientos por revisar de las dos listas (lista 2 y lista 3), se reviso un 81,7%, desglosado de la siguiente manera:

1. Del primero grupo (lista 2), es decir los procedimientos calificados como POS, pero sin frecuencia en número de 104, se reviso un total de 70 procedimientos (68%) del total de la lista: De los anteriores se decide mantener 43 procedimientos y suprimir 26 de procedimientos y quedo pendiente un procedimiento por revisar.
2. Del segundo grupo (lista 3), es decir de procedimientos calificados como No POS, pero con frecuencia en numero de 1032, se reviso un total de 858 (81%) del total de la lista: De estos se decide incluir por contar con un homologado de la Resolución 5261 de 1994 un total de 191 procedimientos, no incluir 653

procedimientos ya que estos no cuentan con un homologo en la Resolución citada anteriormente, quedando pendiente por revisar 13 procedimientos.

En conclusión de este trabajo con las Asociaciones, Sociedades científicas y los grupos de profesionales de la salud se revisaron 928 procedimientos, lo que corresponde a un 81.7% del total, se mantienen e incluyen 234 procedimientos y no se incluyen 653 procedimientos.

Trabajaron las siguientes Sociedades y Asociaciones científicas y los resultados son:

7.1.4.1 Sociedad Colombiana de Neurocirugía

La Sociedad revisó un total 48 procedimientos, equivalente a un 4.23% del total:

7.1.4.1.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia

Del listado de 9 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:

- Mantener los siguientes:

020107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRANEO
035105	CORRECCION DE MALFORMACIÓN DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE TABIQUE OSEO
040102	ESCISION DE NEUROMA ACUSTICO, VIA RETROSIGMOIDEA
040704	NEURECTOMIA DEL NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA
044204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR
053304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR (GASSER) POR RADIOFRE-CUENCIA O FENOLIZACION

- Suprimir los siguientes:

015500	RESECCION DE TEJIDO CRANEAL SOD
018200	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA SOD
034400	RESECCION DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES SOD

7.1.4.1.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia

Del listado de 39 procedimientos No POS con frecuencia se sugirió:

- Por tener un homólogo, los siguientes:

012101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL
013201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) POR ABLACION [TERMOLESION] ESTEREOTAXIA
014101	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA [ESTIMULACION Y/O ABLACION DE UNO DE SUS NUCLEOS]
014201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA
015303	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA MEDIA, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
017203	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
017603	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA
021205	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL
021206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, POR CRANIECTOMIA
028304	IMPLANTACION DE RECEPTOR ELECTROENCEFALOGRAFICO POR TREPANACION
032301	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES (DREZ), POR RADIOFRECUENCIA
034205	RESECCION DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VIA ANTERIOR, CON CORPECTOMIA, ARTRODESIS E INSTRUMENTACION
034305	RESECCION DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VIA ANTERIOR
053303	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION

- Sin homólogo, los siguientes procedimientos:

010900	OTRA PUNCION CRANEAL SOD
014100	TALAMOTOMIA SOD
021200	REPARACION DE MENINGES CEREBRALES SOD
022100	VENTRICULOSTOMIA INTERNA SOD
028601	INJERTO INTRACEREBRAL DE TEJIDO SUPRARRENAL
034200	RESECCION DE TUMORES EXTRADURALES (EPIDURALES) SOD
034300	RESECCION DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES SOD
035100	CORRECCION DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL SOD
035200	CORRECCION DE ANOMALIAS DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL SOD
042201	NEUROLISIS DE NERVIOS XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTAXICA

- No incluir dentro del POS, los siguientes:

010900	OTRA PUNCION CRANEAL SOD
014100	TALAMOTOMIA SOD
021200	REPARACION DE MENINGES CEREBRALES SOD
022100	VENTRICULOSTOMIA INTERNA SOD
028601	INJERTO INTRACEREBRAL DE TEJIDO SUPRARRENAL
034200	RESECCION DE TUMORES EXTRADURALES (EPIDURALES) SOD
034300	RESECCION DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES SOD
035100	CORRECCION DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL SOD
035200	CORRECCION DE ANOMALIAS DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL SOD
042201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTAXICA

Se anexa archivo en Excel (1. Sociedad C. Neurocirugía).

7.1.4.2 Sociedad Colombiana de Oftalmología.

La Sociedad reviso un total 39 procedimientos, equivalente a un 3.4% del total:

7.1.4.2.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 3 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:

- Mantener el siguiente:

124400	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR SOD
--------	---

- Suprimir los siguientes:

122300	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD
124202	IRIDOCISTECTOMIA

7.1.4.2.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia

Del listado de 36 procedimientos No POS con frecuencia se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

082503	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS, POR MEDIOS QUÍMICOS
098100	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) SOD
098102	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA
098202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL
098300	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION SOD
098302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL
124402	IRIDOCICLECTOMIA
126600	REVISION POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTO DE FISTULIZACION ESCLERAL SOD
126700	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD
126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE
126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR
127500	TRABECULOPLASTIA SOD
128403	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, POR FOTOCOAGULACION (LASER)
142600	ABLACION DE LESION CORIORRETINAL, POR RADIACION SOD
147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER

- Sin homologo, los siguientes:

089303	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA ENDOSCOPICA
141100	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VÍTREO SOD
141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VÍTREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS
146102	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER
162200	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD
166101	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS [IMPLANTE] CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES
951500	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD
953400	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD
973100	EXTRACCION DE PROTESIS OCULAR SOD

- No incluir, los siguientes;

082500	ABLACION DE LESION DE PÁPADOS SOD
103100	ESCISION DE LESION O TEJIDO EN CONJUNTIVA SOD
117400	QUERATOTOMIA RADIAL MIÓPICA O ASTIGMÁTICA [CIRUGIA REFRACTIVA INCISIONAL] SOD
117500	QUERATOTOMIA FOTORREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATO-MILEUSIS [LASIK] SOD
124100	ABLACION DE LESION DE IRIS SOD
128400	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA SOD
143100	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD
154100	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD
170100	LENTES
170200	MONTURAS
951401	ESTUDIO RADIOLOGICO DE OJO NCOC

Se anexa archivo en Excel (2. Sociedad C. Oftalmología).

7.1.4.3 Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, cirugía de cuello y maxilofacial.

La Asociación reviso un total 54 procedimientos, equivalente a un 4.8% del total:

7.1.4.3.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 8 procedimientos POS sin frecuencia, se sugirió

- Mantener los siguientes:

224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACIÓN OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO
301200	EPIGLOTIDECTOMIA SOD
301301	ARITENOIDECTOMIA VIA EXTERNA
303100	LARINGOFARINGECTOMIA SOD
316403	REDUCCION DE LUXACIÓN DE ARITENOIDES

- Suprimir los siguientes:

253300	GLOSECTOMÍA TOTAL CON LARINGOFARINGECTOMIA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO SOD
316300	REVISION DE LARINGOSTOMIA SOD

7.1.4.3.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 46 procedimientos No POS con frecuencia, se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCIÓN DE TAMAÑO
275801	PROFUNDIZACIÓN O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCIÓN DE MILOHIODEO Y/O GENIHIODEO
276300	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO SOD
761300	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA FACIAL SOD
764101	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA
765401	REMDELACIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VÍA ENDOSCÓPICA
766200	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTANEA SOD

- Sin homologo, los siguientes:

069500	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO (AUTOLOGO) SOD
182500	INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR SOD
187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA
199100	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDO MEDIO SOD
209600	IMPLANTACION O SUTITUCION DE PROTESIS COCLEAR SOD
954601	EMISIONES OTOACUSTICAS
954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR [TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA]
954902	AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE PROTESIS COCLEAR

- No incluir los siguientes:

060200	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA SOD
063100	RESECCION DE LESIÓN EN TIROIDES SOD
194100	TIMPANOPLASTIA O MIRINGOPLASTIA SOD
209601	INSERCIÓN DE PROTESIS COCLEAR DE CANAL UNICO
209602	INSERCIÓN DE PROTESIS COCLEAR DE CANAL MULTIPLE
211100	CONDROTOMIA NASAL SOD
216300	TURBINECTOMIA POR LASER SOD
218500	RINOPLASTIA DE AUMENTO SOD
218601	RINOPLASTIA LIMITADA CON LASER
218700	TURBINOPLASTIA SOD
218910	RINOPLASTIA ESTETICA TOTAL [TEJIDO OSEO, CARTILAGO, PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO]
218911	RINOPLASTIA ESTETICA PARCIAL [POR AREAS: BASE, DORSO O PUNTA NASAL, ANGULOS NASOFRONTAL O NASOLABIAL]
226300	ETMOIDECTOMIA SOD
270100	INCISION Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL SOD
285100	RESECCIÓN DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA SOD
762301	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR
766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES
767000	REDUCCION DE FRACTURA FACIAL SOD
768200	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD
768500	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD
891202	RINOMANOMETRIA CON ALERGENO (TEST DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO)
954303	MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)
954311	PRUEBAS DE DESÓRDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL

Se anexa archivo en Excel (3. Asociación C. Otorrinolaringología).



7.1.4.4 Sociedad Colombiana de Cirugía.

La Sociedad reviso un total 121 procedimientos, equivalente a un 10.7% del total:

7.1.4.4.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 13 Procedimientos POS sin frecuencia, se sugirió:

- Mantener los siguientes:

426101	RECONSTRUCCION ESOFAGICA ANTE -ESTERNAL CON INTERPOSICION DE COLON
469600	PERFUSION LOCAL DE INTESTINO GRUESO SOD
497110	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL (GRADO III)
509300	PERFUSION LOCALIZADA DE HIGADO SOD
960600	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda DE SENGSTAKEN (TAPONAMIENTO ESOFAGICO) SOD
960900	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL SOD
962600	REDUCCION MANUAL DE PROLAPSO RECTAL SOD
975600	EXTRACCION DE TUBO O DREN PANCREATICO SOD
976300	EXTRACCION DE TUBO DE CISTOSTOMIA SOD
977200	EXTRACCION DE TAPON INTRAUTERINO SOD
978100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL SOD
991600	INYECCION DE ANTÍDOTO SOD
996400	ESTI MULACION DE SENO CAROTIDEO SOD

7.1.4.4.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 108 procedimientos, se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

424001	ESOFAGECTOMIA POR LAPAROSCOPIA
530500	HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PROTESIS SOD
530901	HERNIORRAFIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA
531300	REPARACION BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON UNA PROTESIS SOD
531400	REPARACION BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON DOS PROTESIS SOD
533100	REPARACION BILATERAL DE HERNIA CRURAL CON INJERTO O PROTESIS SOD
535203	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA CON PROTESIS
534200	HERNIORRAFIA UMBILICAL CON PROTESIS SOD
466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD
545100	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA SOD
500100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISION SOD
512104	COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA
523100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS SOD
416110	ESPLENORRAFIA POR LAPAROSCOPIA
446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA
461001	COLOSTOMIA Y CIERRE DE LA MISMA POR LAPAROSCOPIA
463200	YEYUNOSTOMIA PERCUTANEA [ENDOSCOPICA] SOD
471110	APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA
483300	ELIMINACION DE LESION O TEJIDO RECTAL POR LASER SOD
295100	SUTURA DE LACERACION DE FARINGE SOD
314200	LARINGOSCOPIA SOD
314202	VIDEO NASOFIBROLARINGOSCOPIA
300203	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE CON LASER

• Sin homologos, los siguientes procedimientos:

290200	FARINGOSTOMIA SOD
293100	MIOTOMIA CRICOFARINGEA SOD
311400	PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL SOD
322110	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA
335100	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMON SOD
335200	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMON SOD
336100	TRASPLANTE DE PULMON CORAZON SOD
347005	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON PROTESIS
347800	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON SOD
348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL
348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA
348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL
348500	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO SOD
349201	PLEURODESIS QUÍMICA
349210	PLEURODESIS POR TORACOSCOPIA
399200	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD
399801	HEMOFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA CONTINUA (CAVH)
399803	HEMODIAFILTRACION ARTERIOVENOSA
399804	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA
399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL
414400	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO SOD
428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA
434500	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD
444300	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL SOD
444302	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL MEDIANTE HEMOCLIPS
446400	GASTROPEXIA SOD
449300	INSERCCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON) SOD
451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
451401	BIOPSIA CERRADA CON CAPSULA DE INTESTINO DELGADO
453001	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACION DE LESION EN MUCOSA DUODENAL
468102	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA
468501	DILATACION NEUMATICA DEL COLON POR COLONOSCOPIA
482700	MANOMETRIA RECTAL ENDOSCOPICA SOD
487400	RECTORECTOSTOMIA SOD
487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACIÓN PERIRRECTAL
489500	CORRECCION DE CLOACA O DE EXTROFIA DE CLOACA SOD
497200	IMPLANTACION DE UN ANILLO EN LA CIRCUNFERENCIA ANAL (CERCLAJE) SOD
497501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGÉNITA
499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD
499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD
502401	CAUTERIZACION DE LESION HEPATICA
509400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN HIGADO SOD INTRAHEPA
514400	INSERCCION DE TUBO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION SOD
524101	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PAN-CREATICO
528200	HOMOTRASPLANTE DE PANCREAS SOD
528300	HETEROTRASPLANTE DE PANCREAS SOD
529300	INSERCCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD
529502	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS
529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD
536400	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL (MORGAGNI) SOD
546200	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD
547500	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL SOD
547600	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL SOD
960801	INSERCCION ENDOSCOPICA DE Sonda NASOYEYUNAL
962400	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD
981800	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL SOD
985200	LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESICULA O CONDUCTO BILIAR SOD
998001	CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COBIJAS CONVECTIVAS
998004	CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COLCHONES CALENTADORES (BLANKETROL)

- No incluir, los siguientes:

319500	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD
455200	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO SOD
982001	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL NCOC

Se anexa archivo en Excel (6. Sociedad Cirugía General).

7.1.4.5 Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y de Traumatología.

La Sociedad reviso un total 82 procedimientos, equivalente a un 7.22% del total:

7.1.4.5.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 16 procedimientos POS sin frecuencia.

- Mantener los siguientes:

776932	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCIGEO VIA ANTERIOR
783914	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TECNICA DE DISTRACCION CON CORTICOTOMIA/OSTEOTOMIA
793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON
815810	REVISION REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO

- Suprimir los siguientes:

777102	TOMA DE INJERTO OSEO DE CLAVICULA
777200	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD
777400	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD
783808	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON CORTICOTOMIA/OSTEOTOMIA
783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN CORTICOTOMIA/OSTEOTOMIA
783913	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TECNICA DE DISTRACCION SIN CORTICOTOMIA/OSTEOTOMIA
792941	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION DE SACRO VIA ANTERIOR
792942	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION DE SACRO VIA POSTERIOR
793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA
793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION SIMPLE
810301	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACION
934600	TRACCION CUTANEA DE MIEMBROS SOD

7.1.4.5.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 66 procedimientos No POS con frecuencia, se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

791740	REVISION ENDOSCOPICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACION [OSTEO-SINTESIS] DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA
807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA
807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA
807302	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL VIA ABIERTA
807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, VIA ABIERTA
807702	SINOVECTOMIA DE TOBILLO TOTAL VIA ABIERTA
831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)
831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO
849501	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS Y/O FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS] EN FEMUR, TIBIA Y PERONE; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENO-TOMIAS Y/O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO, PIERNA Y PIE TRIPLE ARTRODESIS EN P

- Sin homologo, los siguientes procedimientos:

772600	OSTEOTOMIA EN ROTULA SOD
772932	OSTEOTOMIA VERTEBRAL, VIA POSTERIOR CON FIJACION INTERNA O EXTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION O INSTRUMENTACION]
776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)
776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)
779101	RESECCION TOTAL DE ESCAPULA
779102	RESECCION TOTAL DE CLAVICULA
779932	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL
779937	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA O LUMBAR CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL
780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO
780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR
780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA
780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRALE EN TIBIA
780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE
782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR
782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR
782403	GRAPADO EPIFISIARIO DE FEMUR
783001	TRANSPOSICION OSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACION DE TUTOR EXTERNO
783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA
783306	ALARGAMIENTO DE CUBITO Y RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA
793951	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL [TORACICA, LUMBAR O SACRA] VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION MODULAR
805125	DISCECTOMIA ENDOSCOPICA O TRANSARTROSCOPICA TORACICA
805135	DISCECTOMIA ENDOSCOPICA O TRANSARTROSCOPICA LUMBAR
805901	ABLACION DE DISCO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL CON LASER
807800	SINOVECTOMIA DE PIE O ARTEJOS SOD
818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA
819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO
831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL
831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO
838401	LIBERACION DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA DE PIE TALONAR
844500	IMPLANTACION DE PROTESIS DE PIERNA SOD

- No incluir, los siguientes:

773100	OSTEOARTROTOMIA SOD
773200	OSTEOTOMIAS Y ARTROTOMIAS SOD
776001	RESECCION DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MAS) NCOC
777000	TOMA DE INJERTO OSEO SOD
777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA (COSTOCONDAL) O ESTERNON
780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDAL EN
780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD
786001	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESO NO ESPECIFICADO
789302	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE RADIO
789920	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE HUESOS PELVIANOS
791930	REDUCCION DE FRACTURA, DESCOMPRESION CON INSTRUMENTACION, EN SEGMENTO TORACICO O LUMBAR, VIA ENDOSCOPICA
793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL [TORACICA, LUMBAR O SACRA] VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION SIMPLE
807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL NCOC
807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA
807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA
807301	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL VIA ABIERTA
807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA, VIA ABIERTA
807701	SINOVECTOMIA DE TOBILLO PARCIAL VIA ABIERTA
810612	FUSION INTERCORPORAL ANTEROLATERAL (ALIF) CON INSTRUMENTACION
818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO
818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO
819800	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES SOD
819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL NCOC
834202	TENOSINOVECTOMIA NCOC
834400	OTRA FASCIECTOMIA SOD
839200	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MUSCULO-ESQUELÉTICO SOD
841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO

Se anexa archivo en Excel (9. Sociedad C. Ortopedia).

7.1.4.6 Asociación Colombiana de Dermatología.

La Asociación reviso un total 10 procedimientos, equivalente a un 0.88% del total:

7.1.4.6.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia:

7.1.4.6.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia:

Listado de 10 procedimientos No POS, se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION
861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS
863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES

- Sin homologo, los siguientes:

864300	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD
868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL
868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO

- No incluir, los siguientes:

861410	TATUAJE INTRADERMICO O INYECCION DE PIGMENTOS OPACOS INSOLUBLES
863601	APERTURA O RESECCION DE QUISTES O PUSTULAS [CIRUGIA PARA ACNE]
863690	ESCISION O ABLACION LOCAL DE LESION CUTANEA NCOC
868602	REPOSICIÓN UÑA DE POLIETILENO

Se anexa archivo en Excel (10. Asociación C. Dermatología).



7.1.4.7 Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica.

- La Sociedad reviso un total 48 procedimientos, equivalente a un 4.23% del total:

7.1.4.7.1 Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 2 procedimientos POS sin frecuencia, se sugirió:

- Mantener el siguiente:

054200	RECONSTRUCCION DE PLEJO SOD
--------	-----------------------------

- Suprimir el siguiente:

858300	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD
--------	---

5.1.2.7.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 46 procedimientos No POS se sugirió:

- Por tener homologo, los siguientes:

040730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO
824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD
829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO
865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES

- Sin homologo, procedimientos:



043100	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO SOD
052603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)
054103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO
783402	ALARGAMIENTO DE METACARPANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA
785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPANOS SOD
844200	IMPLANTACIÓN DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD
866501	INJERTO HETEROLOGO DE PIEL NCOC
866702	INJERTO DERMOCRASO NCOC
867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)
867300	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO (DELAY) SOD

- No incluir, los siguientes:
-

046100	TRANSPOSICION DE NERVO PERIFERICO SOD
089100	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR) SOD
089200	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS SOD
089203	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR TECNICA ENDOSCOPICA
089302	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCION E INJERTO, VIA FRONTAL
089303	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA ENDOSCOPICA
185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO
275400	REPARACION DE LABIO FISURADO [QUEILOPLASTIA] SOD
275601	LIPOINJERTO EN CARA
782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPANOS
782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)
782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)
783401	ALARGAMIENTO DE METACARPANOS (UNO O MAS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA
804401	CAPSULODESIS EN MANO
812001	ARTRODESIS DE ARTICULACIÓN NCOC
817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACIÓN TRAPECIO-META-CARPIANA
817301	REEMPLAZO PROTESICO DE LA MUÑECA
817302	REVISION DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA
820300	BURSOTOMIA DE MANO SOD
823100	BURSECTOMIA DE MANO SOD
825200	RETROCESO DE TENDON DE MANO SOD
837300	REFIJACIÓN DE TENDON SOD
838100	INJERTO DE TENDON SOD
838200	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD
839500	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO SOD
853100	MAMOPLASTIA DE REDUCCION SOD
855401	RECONSTRUCCION DE MAMA CON IMPLANTE BILATERAL
857100	RECONSTRUCCION DE MAMA CON PROTESIS SOD
859400	EXTRACCION DE IMPLANTE DE MAMA SOD
868301	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSEO EN CARA, POR LIPOSUCCION O LIPECTOMIA
868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA
868303	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSEO EN AREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCION O LIPECTOMIA

Se anexa archivo en Excel (11. Sociedad C. Cirugía plástica).

5.1.2.8. Asociación Colombiana de Radiología.

La Asociación reviso un total 90 procedimientos, equivalente a un 7.92% del total:

5.1.2.8.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 4 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:

- Mantener los siguientes:

875603	ARTROGRAFIA LUMBAR
878501	LINFANGIOGRAFIA DE UN MIEMBRO SUPERIOR
878502	LINFANGIOGRAFIA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES
878601	LINFANGIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR

5.1.2.8.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 86 procedimientos No POS se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

- Sin homologo, los siguientes:

870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAMIA)
871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)
871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)
872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES
873001	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELETICA
873003	RADIOGRAFIA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS [ORTORADIOGRAFIA Y ESCANOGRAMA]
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)
873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)
874200	CISTERNOGRAFIA SOD
874910	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION]
875200	FLEBOGRAFIA DE VASOS ESPINALES SOD
877281	FLEBOGRAFIA GONADAL
881290	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE OTROS SITIOS TORACICOS NCOC
881313	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN: PILORO
881318	ULTRASONOGRAFIA DE RECTO
881319	ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO
881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL
881403	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA: ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL (TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS)
881410	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA: HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA
882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS
882130	DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO NCOC
882132	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO NCOC A COLOR
882203	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ABDOMINALES Y/O PELVICOS NCOC A COLOR
882272	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS DEL PENE A COLOR
882282	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ESCROTALES A COLOR
882314	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES A COLOR
882315	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES A COLOR
882335	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES A COLOR
882340	PLETISMOGRAFIA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES, POST EJERCICIO
882390	MEDICION DE PRESIONES SEGMENTARIAS E INDICES ARTERIALES CON DOPPLER
883108	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PARES CRANEANOS
883323	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL DE RAYOS X [DEXA]
886013	OSTEODENSITOMETRIA PERIFERICA POR ABSORCION DUAL DE RAYOS X [DEXA]

851301	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE, DE MAMA CON ARPON
851302	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE, DE MAMA POR ESTEREOTAXIA
871182	FLUOROSCOPIA COMO GUIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS O INTERVENCIONISTAS EN TORAX
872070	FLUOROSCOPIA GUIA EN PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA O QUIRURGICO EN VIAS DIGESTIVAS, RIÑON Y TRACTO URINARIO
872580	FLUOROSCOPIA GUIA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA EN VIAS BILIARES
873308	RADIOGRAFIA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)
874931	ESTUDIO DE SHUNT (DERIVACION O DRENAJE) A TRAVES DE CATETER PERMANENTE NO VASCULAR
875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)
875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)
875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)
875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)
875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA, (UN DISCO)
875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA, (DOS O MAS DISCOS)
877903	HISTEROSALPINGOGRAFIA DE CONTRASTE RADIOPACO
877932	SALPINGOGRAFÍA SELECTIVA CON RECANALIZACION DE TROMPA
877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA
879141	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MAXILARES [ESTUDIO IMPLAN-TOLOGIA]
879920	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA CON MODALIDAD DINAMICA (SECUENCIA RAPIDA)
881312	ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESÓFAGO
881314	ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESTOMAGO
881317	ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA
881640	ULTRASONOGRAFÍA DE CALCaneo
882201	DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES Y/O PELVICOS NCOC
882292	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES A COLOR
882294	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS A COLOR
882296	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL A COLOR
882601	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS NCOC, A COLOR
882803	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS NCOC A COLOR
882840	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] COMO GUIA EN COLOCACION DE CATETERES
883351	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MAMA
883434	COLANGIOGRAFIA POR RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
883540	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SIMPLE
883541	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR CON CONTRASTE
883550	ANGIORRESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR SIMPLE
883560	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL
883701	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MEDULA OSEA [ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR]
883900	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO SOD
883909	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA
883910	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ESTUDIO DINAMICO (CINE RESONANCIA)
887002	CINEANGIOGRAFIA

- No incluir, los siguientes:

872520	COLANGIOGRAFIA - TOMOGRAFIA
872530	COLECISTOGRAFIA- TOMOGRAFIA
874150	ARTERIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO
876260	RADIOGRAFÍA CARDIACA DE CONTRASTE NEGATIVO
877510	RADIOGRAFÍA PELVICA DE CONTRASTE POR CONTRASTE OPACO
882131	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO NCOC
882202	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ABDOMINALES Y/O PELVICOS NCOC
882295	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL
882312	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
882313	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES
882802	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS NCOC
883302	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TORAX CON PROYECCIONES DECUBITO LATERAL O CON BUCKY

Se anexa archivo en Excel (12. Asociación C. Radiología).

5.1.2.9. Asociación Colombiana de Rehabilitación.

La Asociación reviso un total 20 procedimientos, equivalente a un 1.76% del total:

5.1.2.9.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

5.1.2.9.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 20 procedimientos No POS se sugirió:

- Por tener un homologo, los siguientes:

930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ
930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)
930300	EVALUACION PROTESICA EN EXTREMIDADES SOD
930820	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA
933500	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR SOD
935201	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL MOLDEADO
935600	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD
938302	TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGO
938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE NCOC
938611	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA MODERADA NCOC
938612	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA NCOC

- Sin homologo, los siguientes:

930102	PRUEBA COGNITIVA
938660	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE NCOC
938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA NCOC
938662	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA NCOC

- No incluir, los siguientes.

930101	PRUEBA DE INTEGRACION SENSORIAL
930105	EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL
930400	EVALUACION DE FUNCION OSTEOMUSCULAR SOD
930900	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION SOD
938501	REHABILITACION PROFESIONAL [VOCACIONAL] FAMILIAR, ESCOLAR Y/O LABORAL

Se anexa archivo en Excel (13. Asociación C. Rehabilitación).

5.1.2.10. Sociedad Colombiana de Anestesia.

La Sociedad reviso un total 9 procedimientos, equivalente a un 0.79% del total:

5.1.2.10.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 2 procedimientos POS sin frecuencia se sugirió:

- Mantener los siguientes:

960300	INSERCIÓN DE VÍA AEREA OBTURADA ESOFÁGICA SOD
960403	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO (UNIVENT)

5.1.2.10.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del listado de 7 procedimientos No POS con frecuencia se sugirió:

- Por tener un homologo, el siguiente:

861804	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR ELECTRICO TRANSCUTANEO (PARA CONTROL DE DOLOR)
861805	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE

- Sin homologo, los siguientes:

894103	PRUEBA DE MESA BASCULANTE
896100	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA SOD
896700	MONITORIZACION DE GASTO CARDIACO POR TECNICAS DE CONSUMO DE OXIGENO SOD
939000	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (RPPC) SOD
939700	CAMARA DE DESCOMPRESION SOD

Se anexa archivo en Excel (15. Sociedad C. Anestesia).

De los grupos profesionales en otros temas los trabajaron son los siguientes:

5.1.2.11. Sociedad Colombiana de Medicina Nuclear.

La Sociedad reviso un total 22 procedimientos, equivalente a un 1.94% del total:

5.1.2.11.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 1 procedimiento POS sin frecuencia se sugirió:

- Suprimir el siguiente:

920303	BUSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR
--------	---------------------------------

5.1.2.11.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

Del Listado de 20 procedimientos No POS se sugirió:

- Por tener homologo, los siguientes:

920904	GAMAGRAFIA SPECT COLUMNA
920812	RENOGRAMA DIURETICO
920813	GAMAGRAFIA DE TRASPLANTE RENAL
920705	GAMAGRAFIA DE TRASPLANTE HEPATICO
920706	GAMAGRAFIA HEPATOESPLENICA CON SPECT

- Sin homologo, los siguientes:

920214	GAMAGRAFIA CON OCTREOTIDE
920413	GAMAGRAFIA DE VIABILIDAD MIOCARDICA CON 18 FDG
920414	GAMAGRAFIA DE VIABILIDAD MIOCARDICA CON TALIO O MARCADORES DE TC
920505	GAMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS
920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE
921301	GAMAGRAFIA DE VIABILIDAD TUMORAL CON MIBI, TETROFOSMIN, TALIO U OCTEOTRIDE
921302	GAMAGRAFIA TUMORAL CON 18 FDG
922805	TERAPIA CON ITRUM 90
922810	TERAPIA CON METAIODOBENCILGUANIDINA SUPRARRENAL
922830	TERAPIA DE METASTASIS CON ESTRONCIO NCOC



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



- No incluir, los siguientes:

920215	GAMAGRAFIA DE GLANDULA MAMARIA
920305	GAMAGRAFIA DE ACLARAMIENTO MUCOCILIAR
920310	GAMAGRAFIA SPECT TORAX
920507	GAMAGRAFIA DE INFECCION CON HIG
921600	GAMAGRAFIA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES SOD
921700	GAMAGRAFIA CON DMSA PENTAVALENTE SOD

Se anexa archivo en Excel (20. Sociedad Medicina nuclear).

5.1.2.12. Sociedad Colombiana de Radioterapia.

La Sociedad reviso un total 7 procedimientos, equivalente a un 0.62% del total:

5.1.2.12.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia.

Del listado de 5 procedimientos se sugirió:

- Mantener los siguientes:

922426	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV, CAMPO UNICO EN ENCEFALO, CARA, CUELLO, AXILA, AXILO/SUPRA-CLAVICULAR, TRONCO, PELVIS/PERONE O EXTREMIDADES (GRUPO 2) SIN SIMULADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II)
922427	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV, CAMPO UNICO EN ENCEFALO, CARA, CUELLO, AXILA, AXILO/SUPRA-CLAVICULAR, TRONCO, PELVIS/PERONE O EXTREMIDADES (GRUPO 2) SIN SIMULADOR Y PLANEACION MANUAL (TIPO III)
922430	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV, PROFILAXIS EN ENCEFALO, PALEACION EN CUALQUIER REGION, CAMPOS MULTIPLES EN MEDIASTINO, AXILA, AXILOSUPRACLAVICULAR O EXTREMIDADES (GRUPO 3) SIN SIMULADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II)
922438	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV EN CARA, ENCEFALO, CUELLO, MEDIASTINO, GANGLIONAR SUPRA E INFRADIA-FRAGMATICA, MAMA, BAÑO TORACCICO, ABDOMINAL TOTAL, RAQUI S, CORPORAL TOTAL (GRUPO 5) SIN SIMULADOR Y CON PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II)
922439	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV EN CARA, ENCEFALO, CUELLO, MEDIASTINO, GANGLIONAR SUPRA E INFRADIA-FRAGMATICA, MAMA, BAÑO TORACCICO, ABDOMINAL TOTAL, RAQUIS, CORPORAL TOTAL (GRUPO 5) SIN SIMULADOR Y CON PLANEACION MANUAL (TIPO III)

5.1.2.12.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia, de 2 procedimientos y sugirió:

- Por tener homologo:

922610	BRAQUITERAPIA METABOLICA NCOC
--------	-------------------------------

- No incluir, el siguiente:

273103	RESECCION LOCAL DEL PALADAR POR QUIMIOTERAPIA
--------	---

Se anexa archivo en Excel (21. Sociedad Radioterapia).

5.1.2.13. *Sociedad Colombiana de Neurología.*

La Sociedad reviso un total 6 procedimientos, equivalente a un 0.53% del total:

5.1.2.13.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia, ninguno

5.1.2.13.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia, de 6 procedimientos y sugirió:

- Por tener un homologo, el siguiente:

891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACIÓN DE CPAP NASAL
--------	--

- Sin homologo, los siguientes procedimientos:

891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL
891507	REFLEJOS NEUROLÓGICOS BULBO CAVERNOSO
891512	TRIPLES CAROTIDEOS
891801	PRUEBAS DE LATENCIA MÚLTIPLE DE SUEÑO (MSLT)
891900	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD

Se anexa archivo en Excel (18. Sociedad Neurología).

5.1.2.14. Federación Colombiana de Odontología.

La Federación reviso un total 66 procedimientos, equivalente a un 6.07% del total:

5.1.2.14.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia, ninguno

5.1.2.14.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia

De 66 procedimientos y sugirió:

- Por tener homologo, los siguientes;

230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD
230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD
232100	OBTURACIÓN DENTAL SOD
235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD
236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD
237300	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD
237600	FISTULIZACION ENDODONTICA SOD
240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD
241100	BIOPSIA DE ENCÍA SOD
247400	FERULIZACION SOD
247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)
247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)
973300	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD

- Sin homologo, los siguientes:

234101	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)
234102	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)
234103	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA
234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA
235200	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD
237200	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGENESIS) SOD
243500	OPERCULECTOMIA NCOC
243501	CUÑA DISTAL

- No incluir, los siguientes:

232400	RECONSTRUCCION DENTAL SOD
233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD
233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD
234100	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA SOD
234201	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)
234202	RECONSTRUCCION DE MUÑONES
234203	PATRÓN DE NÚCLEO
234204	RE PARACION DE PROTESIS FIJA
234301	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA
234302	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA
234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE
234401	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)
234402	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)
237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA [CIRUGIA PERIRRADICULAR]
237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)
237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES
237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA
237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE
237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE [INTRINSECO] POR CAUSAS ENDO-DONTICAS
240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD
242100	PLASTIA MUCOGINGIVAL SOD
242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)
242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE

242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO
242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)
242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD
242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD
243400	GINGIVECTOMIA SOD
245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD
245200	ALVEOLECTOMIA SOD
247100	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD
247201	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)
247202	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)
247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD
248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD
248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD
248800	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA SOD
893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO
893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL
893103	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL< o:p>
893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA
893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO
893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO
973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD
973500	EXTRACCION DE PROTESIS DENTAL SOD

Se anexa archivo en Excel (22. Federación Odontología).



5.1.2.8. Tema de Laboratorio clínico.

5.1.2.8.1. Procedimientos POS sin frecuencia.

De la lista de 6 procedimientos POS sin frecuencia, se sugirió:

- Mantener el siguiente procedimiento:

905402	AMIKACINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
--------	--

- Suprimir los siguientes procedimientos:

905209	ETOSUXIMIDA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
905712	BIPIRIDILO, CUANTITATIVA POR ESPECTROMETRIA ULTRAVIOLETA VISIBLE
906027	Legionella pneumonae, ANTICUERPOS POR EIA
A32401	ANALISIS FISICO-QUIMICO (ORGANOLEPTICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A32402	ANALISIS BACTERIOLOGICO (MICROBIOLOGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO

5.1.2.8.2. Procedimientos No POS con frecuencia.

- Por homologo, los siguientes:

901317	Neisseria meningitidis, SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION
905608	TEOFILINA POR NEFELOMETRÍA
906301	Adenovirus, ANTÍGENO
906316	Giardia lamblia, PRUEBA DIRECTA
906321	Influenza, ANTIGENO
906324	Parainfluenza VIRUS TIPO 1-3, ANTÍGENO
906505	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR, DQ [CLASE II] POR PCR-SSP
906506	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR, DQ [CLASE II] POR SEROLOGÍA
906508	HLA B-27, ANTIGENO POR SEROLOGIA
906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFUORESCENCIA
906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906726	LINFOCITOS CD13 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906728	LINFOCITOS CD15 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906732	LINFOCITOS CD22 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR CITOMETRIA DE FLUJO
906740	LINFOCITOS CD79a POR CITOMETRIA DE FLUJO
906830	INMUNOGLOBULINA G [IgG] SUBCLASES 1,2,3,4
906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA PARA CUALQUIER MUESTRA
906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA
908110	GLISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE
908111	LISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE

- Sin homologos los siguientes:

901004	HONGOS, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
901005	LEVADURAS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION
901301	BETA LACTAMASA, PRUEBA DE PENICILINASA
902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO TOTAL
902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO LIBRE
902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA [FACTOR DE LEIDEN]
902040	RESISTENCIA A LA PROTEINA C [FACTOR DE LEIDEN] POR PCR
902104	DIMERO D POR EIA
902105	DIMERO D POR LÁTEX
902106	ERITROPOYETINA
902110	HEMOGLOBINA A 2 POR CROMATOGRFIA
902116	HIERRO MEDULAR
903003	BICARBONATO
903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
903011	DEOXPYRIDINOLINA
903022	HOMOCIST(E)INA
903037	PIRIDINOLINA EN ORINA
903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory
903044	SATURACION DE TRANSFERRINA
903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 H
903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]
903302	LACTOSA, CURVA DE
903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA] *
903403	ALFA 1 ANTIQUIMOTRIPSINA POR IDR
903436	TROPONINA I, CUALITATIVA
903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA
903438	TROPONINA T, CUALITATIVA
903439	TROPONINA T, CUANTITATIVA
903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 H
903807	ASPIRADO GASTRICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFO NUCLEARES]
903808	BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]
903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO [FENA]
904102	HORMONA ANTIDIURETICA
904706	PÉPTIDO C
904707	PROINSULINA
904708	SOMATOSTATINA
904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURÓNIDO, 3 ALFA
904920	TIROGLOBULINA

905101	CUMARINICOS
905606	NITROPRUSIATO DE SODIO
905718	CARBAMATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA EN ORINA
905719	CARBAMATOS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA EN SANGRE *
905746	PIRETRINAS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES
905748	PIRETROIDES, CUALITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
905753	QUININA POR FLUOROMETRIA EN ORINA O SANGRE
905758	SOLVENTES O METABOLITOS, SEMICUANTITATIVO POR COLORI-METRIA * < o:p>
906004	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig G POR EIA
906006	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig M POR EIA *
906008	Borrelia burgdorferi, ANTICUERPOS Ig G -ENF DE LYME-
906023	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig G
906024	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig M
906025	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS TOTALES
906040	Treponema pallidum, ANTICUERPOS Ig G
906041	Treponema pallidum, ANTICUERPOS Ig M
906112	Cryptococcus neoformans, ANTICUERPOS POR LÁTEX
906126	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig A
906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G
906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M
906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES
906253	Virus Sincitial Respiratorio, ANTICUERPOS Ig G
906411	CÉLULAS PARIETALES, ANTICUERPOS
906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR EIA
906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR IFI
906424	HISTONA, ANTICUERPOS
906429	Jo1, ANTICUERPOS POR EIA
906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO, ANTICUERPOS
906446	PLAQUETAS, ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G, Ig M e Ig A POR CITOMETRIA DE FLUJO
906462	TIROIDEOS PEROXIDASA, ANTICUERPOS POR EIA
906504	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906507	HLA B-27, ANTIGENO POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906622	ENOLASA ESPECÍFICA
906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO
906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR CITOMETRIA DE FLUJO
906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA
906746	MONOCITOS CD45 POR CITOMETRIA DE FLUJO
906748	MONOCITOS CD64 POR CITOMETRIA DE FLUJO
906801	BETA 2 GLICOPROTEINA I
906804	CITOMEGALOVIRUS, CARGA VIRAL

906815	Hepatitis B, CARGA VIRAL
906816	Hepatitis B, VIRUS DNA CUANTIFICACIÓN
906817	Hepatitis C, CARGA VIRAL
906818	Hepatitis C, PRUEBA CONFIRMATORIA
906820	Herpes simplex I y II, DNA DETECTOR
906821	Herpes simplex, CARGA VIRAL
906825	INMUNOFIJACIÓN DE PROTEÍNAS [GAMMAGLOBULINAS] EN ORINA, SUERO O LCR
906912	PREALBUMINA POR NEFELOMETRÍA
908001	ACIDOS ORGANICOS [CADENA CORTA] POR CROMATOGRAFIA DE GASES
908113	TIROSINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
908201	AZUCARES POR CROMATOGRAFIA
908202	CARBOHIDRATOS [MONO Y DISACARIDOS] CUALITATIVO, EN ORINA
908203	CARBOHIDRATOS POR BENEDICT, SELLIWANOFF O GLUCOSA OXIDASA EN ORINA, CADA UNO
908402	BCL-2, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
908403	BCR/ABL, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
908406	CARIOTIPO CON BANDEO C EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]
908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FRAGIL X
908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA
908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS
908412	DIAGNOSTICO MOLECULAR DE ENFERMEDADES
908413	HIBRIDIZACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]
908501	ARILSULFATASA B, EN SUERO Y LEUCOCITOS
908503	BETA GALACTOCIDASA, EN LEUCOCITOS Y SUERO
908506	MUCOPOLISACARIDOS POR ELECTROFORESIS
908507	MUCOPOLISACARIDOS [ALBUMINA ACIDA Y CLORURO DE CETIL PIRIDIO]
908701	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA, CUANTITATIVO
908702	ARILSULFATASA A, EN LEUCOCITOS
908703	ARILSULFATASA A, EN SUERO
908704	BETA GLUCORONIDASA, EN LEUCOCITOS
908705	HEXOSAMINIDASA A Y B EN LEUC OCITOS
908706	HEXOSAMINIDASA A Y B EN SUERO
908707	OLIGOSACARIDOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA

- Eliminar los siguientes procedimientos:

Carrera 13 No. 32-76. PBX: 3305000. FAX: 3305050.
www.minproteccionsocial.gov.co, Bogotá, Colombia

901008	Neisseria gonorrhoeae, PRUEBA SE SUSCEPTIBILIDAD
901219	CULTIVO PARA VIRUS
901239	Trichomona, CULTIVO
901302	DEMODEX, EXAMEN DIRECTO
901306	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR
901307	HONGOS, PRUEBA DE VIABILIDAD
901308	Leishmania, IDENTIFICACION POR PCR &
901309	Leishmania, IDENTIFICACIÓN Y TIPIFICACIÓN POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
901310	Leishmania, TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA
901315	Mycobacterium leprae, DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO POR EIA
901316	Mycobacterium leprae, PRUEBA DE VIABILIDAD POR PCR
901318	SARCOPTES, EXAMEN DIRECTO
901401	Clostridium, TOXINA
901501	PRUEBA DE CONCENTRACIÓN BACTERICIDA EN SUERO, LCR, OTROS
902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]
902013	FACTOR INTRÍNSECO, CUANTIFICACION
902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]
902030	PREKALICREINA
902032	PROPERDINA FACTOR B
902038	PRUEBA DE PROTAMINA
902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION
902044	TIEMPO DE LISIS DE LA EUGLOBULINA
902119	NEUTRALIZACION PLAQUETARIA
902120	PLASMINOGENO ACTIVADOR
902122	SULFOHEMOGLOBINA, CUANTITATIVA
903006	CAROTENOS
903012	DIÓXIDO DE CARBÓN
903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE
903019	FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO
903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA
903032	N-TELEPEPTIDO
903035	OSTEOCALCINA, GLICOPROTEÍNA G1A
903036	OXALATOS EN ORINA
903102	ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 H
903107	ACIDO FORMICO EN ORINA
903108	ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA
903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4
903415	BETA TROMBOGLOBULINA
903418	COLIGLICINA
903432	NUCLEOTIDASA, 5
903434	SEROTONINA -5 HIDROXI-TRIPTAMINA

903435	SEROTONINA -5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24H
904001	ANGIOTENSINA II
904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA
904110	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C
904507	ESTRONA POR RIA
904701	GLUCAGÓN
906003	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig A POR EAI
906005	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig G POR IFI *
906007	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig M POR IFI *
906010	Brucella abortus, ANTICUERPOS Ig G
906011	Brucella abortus, ANTICUERPOS Ig M
906012	Brucella, PRUEBA DE BANQ EN PLACA
906013	Brucella, PRUEBA DE BANQ EN TUBO
906014	Campylobacter jejuni, ANTICUERPOS Ig G
906015	Campylobacter jejuni, ANTICUERPOS Ig M
906016	Chlamydia pneumoniae, ANTICUERPOS
906017	Chlamydia psittaci, ANTICUERPOS Ig M
906022	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig A
906031	Mycobacterium leprae, ANTICUERPOS Ig M POR EIA
906032	Mycobacterium tuberculosis, ANTICUERPOS POR EIA
906037	Shigella, ANTICUERPOS Ig G
906038	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B
906110	Echinococcus, ANTICUERPOS
906115	Giardia lamblia, ANTICUERPO Ig A < o:p>
906116	Giardia lamblia, ANTICUERPO Ig G
906122	Plasmodium, ANTICUERPOS POR IFI
906124	Sporotrix, ANTICUERPOS
906125	Toxocara canis, ANTICUERPOS *
906201	Adenovirus, ANTICUERPOS Ig G POR EIA
906202	Adenovirus, ANTICUERPOS Ig G POR IF
906203	Adenovirus, ANTICUERPOS Ig M POR EIA
906204	Adenovirus, ANTICUERPOS Ig M POR IF
906235	Influenza TIPO A, ANTICUERPOS Ig M
906238	Parotiditis, ANTICUERPOS Ig G POR ELISA
906239	Poliovirus, ANTICUERPOS
906240	Poliovirus, ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3
906251	Virus de Encefalitis, ANTICUERPOS
906254	Virus Sincitial Respiratorio, ANTICUERPOS Ig M
906305	Arbovirus, ANTÍGENO
906310	Coxsackie A, ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN

906311	Coxsackie A, ANTÍGENO POR PCR
906312	Coxsackie B, ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN
906313	Coxsackie B, ANTÍGENO POR PCR
906320	Herpes simplex, ANTIGENOS
906325	Pneumocystis carinii, ANTÍGENO POR IFI
906330	VIH 1, DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PCR
906401	ACETILCOLINA RECEPTORES, ANTICUERPOS BLOQUEADORES
906404	ADN CADENA SENCILLA, ANTICUERPOS
906405	ADRENAL, AUTOANTICUERPOS
906410	CÉLULAS DE PURKINGE, ANTICUERPOS
906416	DEOXRIBONUCLEASA B, AUTOANTICUERPOS [ANTI-ADN B]
906421	FACTOR ANTINUCLEO, ANTICUERPOS
906425	INSULINA, ANTICUERPOS [IAA] POR RIA
906426	INSULINA, ANTICUERPOS ISLOTES [ICA]
906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P, ANTICUERPOS POR EIA
906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL POR ELISA
906626	GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA LIBRE
906710	LEUCOCITOS MPO POR CITOMETRÍA DE FLUJO
906803	CELULAS ROJAS GLICOFORINA POR CITOMETRIA DE FLUJO
906805	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES
906806	COMPLEMENTO C1Q INHIBIDOR
906813	FACTOR INTRÍNSECO, ANTICUERPOS
906822	HISTAMINA
906838	PLAQUETAS, FACTOR 4
908002	ACIDO OROTICO
908107	CISTINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
908108	CURVA DE TOLERANCIA A LA FENILALANINA
908114	TIROSINA, TEST CON RAIZ DE CABELLO
908204	FOSFORILASA
908205	GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA
908206	GLUCOSA 6 FOSFATASA
908207	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR
908208	GLUCOGENO, CURVA DE ESTIMULACION CON GLUCAGON [DETERMINACION DE GLUCOSA Y ACIDO LACTICO]
908301	ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS
908302	GALACTOSA, CURVA DE TOLERANCIA
908305	PIRUVATOCINASA
908307	PRUEBA DE SUCROSA
908416	ESTUDIO DE PENETRACION DE ESPERMATOZOIDES EN OOCITOS DESNUDOS DE HAMSTER
908603	ENZIMAS GLICOLITICAS, MEDICION DE CADA UNA
908606	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA [HGPRT] EN ERITROCITOS O LEUCOCITOS -ENF LESCH NYHAN-
908607	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA [HGPRT] EN RAICES DE CABELLO - ENF LESH NYHAN-

Se anexa archivo en Excel (23. Laboratorio clínico)

5.1.2.9. Tema de Banco de Sangre.

5.1.2.9.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia, ninguno:

5.1.2.9.2. Lista de Procedimientos No POS con frecuencia, de 3 procedimientos y sugirió:

- Con homologos, los siguientes:

912012	TRANSFUSION AUTOLOGA POR OBTENCIÓN MECANICA INTRAO-OPERATORIA (CELL SAVER)
--------	--

- Sin homologos, los siguientes:

911011	FENOTIPAGE ERITROCITARIO EXTENDIDO [D, KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS] POR MICROTECNICA
912011	HEMODILUCION NORMOVOLEMICA INTRAOPERATORIA

5.1.2.10. Tema No Sociedades

5.1.2.10.1. Lista de Procedimientos POS sin frecuencia:

999200	TERAPIA DE FILTROS SOD
--------	------------------------

5.1.2.17.2 Lista de Procedimientos No POS con frecuencia.

- Con homologos los siguientes:

890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL
990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL

- Sin homologos lo siguientes:

891000	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTIDEO [WADA] SOD
893910	PRUEBAS VIA ORAL DE SENSIBILIZACION CON ALERGENOS (PROVOCACION ORAL CON DOSIS INCREMENTALES DE ALERGENOS)
939500	OXIGENACION HIPERBARICA SOD
939601	OTRA TERAPIA CON OXIGENO (EFECTO CITOREDUCTIVO, OXIGE-NADORES, TERAPIA CATALITICA POR OXIGENO, TERAPIA CON OXIGENO) NCOC
939800	OTRO CONTROL DE PRESION Y COMPOSICION ATMOSFERICA (TERAPIA CON HELIO Y AIRE ACONDICIONADO LIBRE DE ANTÍGENOS) SOD
950610	RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES
991201	INMUNOTERAPIA [HIPOSENSIBILIZACION CON ANTIGENOS]
992800	INYECCION O INFUSION DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLOGICA (MRB) SOD
992990	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA NCOC
993101	VACUNACION CONTRA COLERA
993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC y/o BC)
993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO
993121	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (TAB)
993123	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)
993124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)
993125	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y POLIOMIELITIS (IVP)
993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)
993131	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMIELITIS IVP (PENTAVALENTE)
993502	VACUNACION CONTRA Hepatitis A
993509	VACUNACION CONTRA VARICELA
993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA
993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA (SR) (DOBLE VIRAL)
993521	VACUNACION COMBINADA CONTRA Hepatitis A y Hepatitis B
994200	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DE BOTULISMO SOD
995100	VACUNACION CONTRA MALARIA SOD
S12801	INTERNACION PARCIAL EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA (GRANJA PROTEGIDA, TALLER PROTEGIDO, CENTRO OCUPACIONAL O RESIDENCIA PROTEGIDA)
S48201	SERVICIO TECNICO POSTMORTEM



El 18.22% del trabajo se encuentra en fase de revisión por las siguientes Sociedades, Asociaciones científicas y grupos de profesionales de la salud, los siguientes:

1. Sociedad Colombiana de Cardiología.
2. Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular.
3. Sociedad Colombiana de Urología
4. Federación Colombiana de Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
5. Asociación Colombiana de Siquiatría.
6. Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax.
7. Sociedad Colombiana de Gastroenterología.
8. Tema de Anatomopatología.

De las cuales tendremos resultados en los próximos meses.

5.1.3. Procedimientos excluidos

Posterior a las consultas realizadas se tiene las siguientes exclusiones y limitaciones:

1. En general: Todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y elementos médico-quirúrgicos, que su objetivo no sea contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; igualmente aquellos considerados como cosméticos, estéticos y los que expresamente determine la Comisión, en concordancia con lo expuesto en los artículos anteriores y cumpliendo con los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993. Igualmente se excluyen en general los tratamientos de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos o excluidos del Plan Obligatorio de Salud.^{lxvi}
2. En particular: las descritas a continuación^{lxvii}.
 1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
 2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
 3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
 4. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a escala mundial o nacional, y los de carácter experimental.
 5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
 6. Medias elásticas de soporte; corsés y/o fajas; sillas de ruedas; plantillas y zapatos ortopédicos; vendajes acrílicos; lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el Título IV del presente Acuerdo..
 7. Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente.
 8. Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de

enfermedad.

9. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el Título IV del presente Acuerdo.
10. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
11. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología y las prótesis en la atención odontológica.
12. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares cutáneas, tales como várices, telangiectasias, venas reticulares, entre otras.
13. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados el título IV del presente Acuerdo.
14. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a los estrictamente necesarios para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
15. Pañales desechables para niños y adultos,
16. Toallas higiénicas,
17. Bolsas de colostomía,
18. Artículos cosméticos;
19. Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales salvo excepciones expresas en la norma^{lxviii};
20. Líquidos para lentes de contacto,
21. Tratamientos capilares,
22. Champús de cualquier tipo
23. Jabones;
24. Cremas hidratantes,
25. Cremas antisolares o para las manchas en la piel;
26. Medicamentos o drogas para la memoria
27. Medicamentos o drogas para la impotencia sexual o la disfunción eréctil
28. Medicamentos anorexígenos;
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal;
30. Enjuagues bucales y cremas dentales,
31. Cepillo y seda dental.
32. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia y protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida,
33. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS,
34. Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos expresamente en los

listados.

35. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en los listados.

Limitaciones a la internación hospitalaria

El POS no cubre el servicio de internación hospitalaria para el tratamiento no quirúrgico que no sea de urgencias durante las primeras cuatro semanas de afiliación al sistema.^{lxix}

Para reconocimiento de derechos a los afiliados después de las cuatro primeras semanas de afiliación, con respecto a servicios de internación hospitalaria para tratamiento no quirúrgico, no se aplican los periodos de carencia, limitaciones y restricciones, salvo lo dispuesto para manejo de la enfermedad psiquiátrica o enfermedades catastróficas o de alto costo.

Limitación de la internación especial^{lxx}

El POS no cubre la atención en los servicios de internación especial de los siguientes casos:

1. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
2. Pacientes politraumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
3. Pacientes con signos de muerte cerebral o descerebrados.

El Plan Obligatorio de Salud no incluye la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida.

5.1.4. Financiación de las actualizaciones en la UPC

La actualización de POS se realiza con base en las actividades, intervenciones y procedimientos que hoy en día garantizan los aseguradores a sus afiliados y que tiene como fuente la información que reportan las EPS al Estudio de Suficiencia. Tal como se detalló en los capítulos anteriores se obtienen cuatro grupos así:

1. Grupo uno procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, con reporte de frecuencia en la utilización.
2. Grupo dos procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, sin reporte de frecuencia en la utilización.
3. Grupo tres procedimientos calificados como No POS, con reporte de frecuencia en la utilización.
4. Grupo cuatro procedimientos calificados como No POS, sin reporte de frecuencia en la utilización.

El grupo uno son procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en POS que las EPS están garantizando a sus afiliados y que se encuentran financiados en la UPC. A pesar que se pueda creer que se han estandarizado correctamente e incluidos estos procedimientos en algunos casos la asignación puede ampliar las coberturas reconocidas ya sea en montos cubiertos o en un eventual cambio en las frecuencias por el reconocimiento que antes podían interpretarse como no incluidos. Así, las condiciones de primas dadas en para este grupo de coberturas no pueden ser extendidas directamente al nuevo grupo asignado.

Por su parte el grupo cuatro, son procedimiento no POS y que no reportan ningún tipo de frecuencia por lo que nunca fueron objeto de revisión técnica ni tampoco lo serian al momento de la actualización, por tanto su exclusión no afectan las condiciones dadas en la UPC. Para este grupo es razonable decir que se preserva la invariabilidad de coberturas.

Los dos grupos de listados restante son objeto de revisión técnica por parte de las Asociaciones y Sociedades Medico Científicas y Grupos de Profesionales de la Salud y la base de la actualización del POS. El primero corresponde al grupo tres de procedimientos calificados como No POS, con reporte de frecuencia en la utilización y el segundo corresponde al grupo dos de procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, sin reporte de frecuencia en la utilización. En consecuencia estos dos grupos son objeto de revisión en la financiación.

En el grupo tres de procedimientos calificados como No POS, con reporte de frecuencia en la utilización, se pueden presentar dos situaciones:

- La primera, que el procedimiento sea considerado para la actualización del POS, caso en el cual es necesario el estudio de sus frecuencias esperables y sus costos. Este tipo de modificación se puede entender como una modificación en las coberturas (No inclusión pues fueron tomadas en consideración en el calculo de la UPC) razón por la cual la invariabilidad no es garantizada.
- La segunda, que el procedimiento NO sea considerado para la actualización del POS, caso en el cual serán excluidos de la nota técnica del POS y por tanto liberan frecuencias y severidad o costos los cuales no fueron considerados para el cálculo de la UPC. Esta modificación claramente afecta el equilibrio de las primas pues estas contenían estas coberturas las cuales al no ser reconocidas generan un aumento en los niveles de utilidad reconocidos.

En el grupo dos de procedimientos en lenguaje Mapipos y con referencia cruzada en CUPS, sin reporte de frecuencia en la utilización, se pueden presentar dos situaciones:

- La primera, que el procedimiento sea considerado para la actualización del POS, caso en el cual y de manera similar a lo reportado con el grupo uno esta variación genera un cambio en las coberturas reconocidas lo que no garantiza la financiación de la UPC. En tal sentido no hay garantía de su financiación.



- La segunda, que el procedimiento NO sea considerado para la actualización del POS, caso en el cual serán excluidos y no serán objeto de análisis para la financiación y de igual manera que el grupo dos su exclusión no tiene efecto en la prima calculada.

El análisis de las modificaciones lleva a la conclusión que un cambio como el planteado en el presente documento no es aconsejable en el transcurso de una vigencia.

De esta manera la única forma en que se podría garantizar la sostenibilidad de la financiación de la actualización del POS es que su cubrimiento sea plenamente analizado al momento de iniciar una vigencia anual y en tal sentido la recomendación es que la aplicación del POS inicie en el mismo momento en que tenga vigencia al UPC por lo que esta aplicación debería tener inicio el primer día del mes de enero de 2010.

Una vez aceptado el POS, la metodología a seguir con los grupos objeto de análisis será la misma seguida en los Estudios de Suficiencia de la UPC, que se basa en la metodología actuarial, a través de la estructuración de la nota técnica. En la cual se define un modelo de frecuencia y severidad a aplicar al POS con los ajustes a lugar basados en las modificaciones y uso de información externa relevante si fuese necesaria.



6. ACCIONES PENDIENTES POR DESARROLLAR O COMPLEMENTAR

Finalizar la revisión del 20% de las actividades, intervenciones y procedimientos de los grupos dos y tres para la actualización del POS.

Profundizar las acciones relacionadas con la revisión del listado de medicamentos.

Realizar los estudios actuariales para el año 2010 con el fin de garantizar la financiación de actualización del POS. Este estudio actuarial debe contener todos los elementos necesarios para realizar los elementos: (i) cálculos de los procedimientos invariantes, (ii) cálculos de los costos asociados a las nuevas coberturas y, (iii) cálculo a las modificaciones aplicadas, con el estudio de ajuste a las variaciones por dispositivos.

Consolidar los espacios de participación ciudadana permanente con la ciudadanía en los que se incentive la participación en la definición de criterios para la actualización del POS, la discusión y análisis de casos relacionados con el plan de beneficios. Se espera involucrar componentes de información, promoción y participación ciudadana.

Continuar con la penetración del mercado en el canal de comunicación www.pos.gov.co

Terminar el desarrollo de la Guía Metodológica prevista para el mes de agosto de 2009.

Acogiendo los resultados de la priorización se iniciará, durante el segundo semestre de 2009, el desarrollo de las primeras Guías de Atención Integral basadas en la Guía Metodológica.



7. LIMITACIONES

Este documento ha sido reiterativo en reconocer que la presente propuesta para la actualización del POS en el corto plazo puede no ser el escenario ideal, pero tal vez, sí es una de las mejores alternativas para actualizar los planes de beneficios del SGSSS, dadas las restricciones y limitaciones de tiempo, información y recursos a las cuales tiene que hacer frente el sistema y los organismos recortes del mismo. Esta sección busca reconocer explícitamente las limitaciones del método aplicado, con el ánimo de dejar claro para el sistema y para el país cuáles son los puntos críticos en los cuales es necesario avanzar y mejorar para acercarse al escenario ideal, planteando acciones concretas que permitan moverse en esa dirección.

Un primer elemento en el cual sería deseable tener desarrollos más profundos que sirvan de insumo para la actualización de los planes de beneficios es la priorización social para el POS. Los planes de beneficios son instrumentos que coadyuvan a garantizar el derecho a la salud de la población, pero que al mismo tiempo reconocen la naturaleza escasa (no infinita) de los recursos, algo que la misma Honorable Corte Constitucional ha reconocido al considerar que si bien el derecho a la salud es fundamental, éste no es absoluto, ilimitado e infinito en el tipo de prestaciones cobijadas. De esta manera, si bien los planes de beneficios deben responder a las necesidades de la población, su carácter limitado podría en algún momento generar conflictos por la divergencia de intereses entre distintos grupos sociales, razón por la cual es conveniente y necesario contar con un proceso de priorización social para el POS, que permita definir los criterios orientadores del mismo y que permitan definir elementos de juicio y aportar a la construcción de procesos para dirimir conflictos que se puedan presentar en la aplicación y/o operación del POS, todo lo anterior con el ánimo de revestir de legitimidad una decisión que afecta los mecanismos y posibilidades de hacer efectivo el derecho a la salud.

La priorización no ha finalizado y aún no es un insumo disponible para ser utilizado en su totalidad ya que es un proceso largo y complejo, que implica el trabajo con comunidades, grupos de interés, tomadores de decisión, entre otros, en el desarrollo de un proceso explícito y transparente de priorización que permita elucidar las preferencias sociales y valores comunes que sirvan para la orientación, definición y actualización del POS. Sin embargo, tal como se ha mencionado y documentado en las secciones de metodología y resultados, el Ministerio de la Protección Social ha venido trabajando en la construcción de los procesos que permitan avanzar en la priorización para el POS, de lo cual ya hay algunos resultados concretos como una matriz de criterios para la priorización de condiciones de salud, así como las conclusiones de los primeros ejercicios de consulta ciudadana sobre los criterios orientadores del POS (principios del POS y criterios de exclusión de servicios del POS), las cuales fueron tenidas en cuenta en esta propuesta de actualización integral.

Una importante limitación del método adoptado para la actualización en el corto plazo tiene que ver con el hecho de que es una actualización con base en la demanda atendida por las aseguradoras en los últimos cuatro años. Este documento, la misma Ley 100 de 1993 y las recomendaciones de distintos expertos en el tema mencionan que los planes



de beneficios deben reflejar las necesidades de la población, y sin duda alguna la demanda atendida es una forma de aproximarse a dichas necesidades, sin embargo, puede no ser la forma ideal de hacer dicha aproximación ya que en la demanda atendida y en la práctica actual, se pueden estar desconociendo algunas necesidades de la población.

En primer lugar, la totalidad de los aseguradores no envían información con las coberturas y las calidades requeridas. En segundo lugar, la demanda atendida puede desconocer parte de las necesidades de la población puesto que solamente refleja el resultado del proceso de acceso a los servicios de salud, proceso en el cual se pueden presentar diversidad de barreras de acceso, tanto desde la oferta como desde la demanda, que podrían hacer que no todo lo que la población necesite le sea entregado. Si bien esta diferencia debería ser cada vez menor, ya que los estudios han mostrado que el aseguramiento reduce de manera importante las barreras de acceso^{lxxi} y la cobertura del aseguramiento ha venido aumentando de manera sostenida, esta diferencia entre las necesidades y lo atendido es una limitación importante a tener en cuenta. En tercer lugar, la demanda atendida refleja la práctica médica actual, frente a lo cual es posible que no necesariamente se refleje lo ideal de acuerdo a las necesidades de la población^{lxxii}.

Si bien lo mencionado son limitaciones importantes, se ha venido trabajando en la producción de insumos que permitan superar dichas limitaciones. En particular, ya se cuenta con la Encuesta Nacional de Salud y con el Estudio de Carga de Enfermedad 2005, dos fuentes de información que permiten aproximarse de manera más cercana a las necesidades de la población, así como con otras fuentes de información como las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Calidad de Vida. En el mediano y largo plazo es necesario conjugar dichos insumos (carga de enfermedad, morbilidad sentida, evidencia sobre barreras de acceso), con los procesos de priorización, para hacer la actualización integral a los planes de beneficios teniendo en cuenta las necesidades de la población, así como las preferencias sociales, los criterios orientadores y los elementos de priorización social.

Igualmente, frente a la debilidad mencionada en referencia a que la demanda atendida refleja la práctica actual, también se viene trabajando en el desarrollo de Guías de Atención Integral, con las cuales, para ciertas condiciones priorizadas, será posible contar con la mejor evidencia científica, tanto desde el punto de vista clínico, como desde el económico, financiero y actuarial, de manera que se pueda hacer una actualización de los planes de beneficios teniendo en cuenta, además de las necesidades de la población, las condiciones óptimas para atender dichas necesidades. Igualmente, los procesos de evaluación de tecnologías en salud que se vienen diseñando desde el Ministerio de la Protección Social son un paso en el mismo sentido, que permitirá en el futuro continuar con la actualización periódica de los planes de beneficios, utilizando la mejor evidencia disponible.

Otra de las limitaciones del actual proceso tiene que ver con las codificaciones para clasificar, referenciar y denominar los contenidos del POS, así como para poder hacer el monitoreo a su uso y utilización. Si bien en el proceso de actualización que presenta este



documento se da un salto cualitativo en la definición de los planes de beneficios, ya que unifica el lenguaje del POS con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (unificación de lenguaje que hasta la fecha no existía, y que en algunos casos se constituía en elementos que podrían poner en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud), se ha identificado que la mencionada clasificación es susceptible de ser mejorada para conseguir mejores características en materia de flexibilidad, multiaxialidad y exhaustividad. Este es un proceso que está en marcha, que como se mencionó en la sección de metodología se ha venido trabajando con el apoyo del Gobierno Francés y con las Asociaciones y Sociedades médicas colombianas.

Finalmente, otra limitación importante es la fuente de información para el Estudio de Suficiencia, el cual a su vez sirvió de insumo para la actualización integral presentada en este documento. La fuente de información de dicho estudio son las mismas EPS, y en los 4 años que se ha venido adelantando el estudio se ha identificado una heterogeneidad importante en la calidad e idoneidad de la información reportada por las distintas EPS. Por otra parte, el estudio de los dispositivos ha evidenciado dificultades en la consecución de información de precios de mercado entre los diferentes actores, lo que ha enlentecido el proceso de cálculos en la materia. En este sentido, sería importante consolidar el desarrollo de un sistema de información que permita la captura, acopio y sistematización de la información en la fuente, homogenizando la información y garantizando su calidad.



8. CONCLUSIONES

La actualización del POS es un proceso que debe tener los elementos determinantes del goce efectivo del derecho a la salud de la población, tales como responder a las necesidades de la población, a las necesidades en materia de protección financiera, a los elementos esenciales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Es importante resaltar que estos elementos cambian constantemente en el tiempo, de lo cual se deriva que los planes de beneficios no deben ser estáticos, sino que por el contrario, deben ser actualizados permanentemente para que se mantengan adecuados frente a las condiciones cambiantes en la población.

El Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2007 y de los Actuales Mecanismos de Ajuste del Riesgo Determinantes del Gasto de la Unidad de Pago por Capitación presentado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Diciembre de 2008 evidenció una insuficiencia de la UPC-C para financiar los servicios contenidos en el POS-C. Como resultado de lo anterior, el CNSSS decidió realizar un ajuste en pesos reales a la UPC-C atendiendo la necesidad de preservar el equilibrio POS-UPC. Es necesario, que tanto la presente actualización como las futuras actualizaciones preserven el mencionado equilibrio. Se sugiere profundizar en los estudios actuariales de cálculos de los procedimientos invariantes, cálculos de los costos asociados a las nuevas coberturas y cálculo a las modificaciones aplicadas.

Con base en lo anterior, el proceso de actualización del POS es un proceso que requiere acciones en el corto y en el largo plazo. En el corto plazo, la actualización se inicia con la homologación de los antiguos códigos MAPIPOS a los códigos CUPS, los criterios y principios de actualización, validados con la participación directa y efectiva de la comunidad médica y los usuarios y parte de la evidencia de uso de servicios actuales de los aseguradores y revisados por los organismos competentes en la materia como son las Asociaciones y Sociedades Médico Científicas y Grupos de Profesionales de la Salud.

De forma concomitante, se realizan las acciones en el largo plazo que permiten una actualización que complementa las primeras, de tal forma que se desarrollen los elementos que dan garantía al goce efectivo del derecho. Estas acciones son: (i) La priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS permite abordar las necesidades de la población de y conjugar los diferentes elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. (ii) El desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas que consulta la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud. A la fecha se tiene avanzada la Guía Metodológica que permite la unificación en la elaboración de estas con las mismas condiciones de calidad, en los diferentes grupos académicos. (iii) La Evaluación de Tecnologías en Salud que revisa también la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud; la suficiencia de la UPC y de sus mecanismos de ajuste del riesgo; y la disponibilidad de



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud



recursos y equilibrio financiero del sistema de salud. (iv) Nueva codificación del POS basada en revisiones internacionales de las clasificaciones de procedimientos en salud de diferentes países del mundo que serán el próximo paso una vez se tenga el POS en CUPS.



Anexo 1(Inclusiones y aclaraciones al POS-S y POS-C. 1994-2008).

(Ponerlo al final para que no dañe toda la estructura del documento teniendo en cuenta que debe ponerse las hojas en horizontal)

Anexo 2. Soportes del proceso de participación ciudadana.

Anexo 3 Centros y metodologías de desarrollo, evaluación y recopilación de Guías de Práctica Clínica

INTERNACIONAL

- AGREE COLLABORATION <http://www.agreecollaboration.org/>
- Guidelines International Network. <http://www.g-i-n.net/>
- INAHTA (International Network of Agencies of Health Technology Assessment) http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp
- INCLEN(International Clinical Epidemiology Network) <http://www.inclen.org>
- Redeguias Iberoamérica: <http://www.iberamericanagpc.org>

REINO UNIDO

- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) <http://www.sign.ac.uk>
- NICE (GB) - National Institute for Clinical Excellence Developing clinical guidelines <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=201982>
- Clinical Practice Guidelines and Protocols in British Columbia <http://www.health.gov.bc.ca/gpac>

CANADÁ

- Guidelines Advisory Committee (GAC) Ontario Canada <http://www.gacguidelines.ca>

NUEVA ZELANDA

- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?>

ESTADOS UNIDOS

- AHRQ Agency for Healthcare and Quality – US preventive task force. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- National Guideline Clearinghouse (USA) www.guidelines.gov
- National Institutes of Health Consensus Development Program (NIHCDP) <http://consensus.nih.gov/>

ESPAÑA

- Guía Salud: Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud español: <http://www.guiasalud.es>
- Redeguias España: <http://www.redeguias.es/>
- Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias Andaluza: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/default.asp>



ⁱ Literal c, artículo 156 que trata de las Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993.

ⁱⁱ Artículo 162, Ley 11 de 1993.

ⁱⁱⁱ Artículo 182, Ley 100 de 1993.

^{iv} Artículo 162, Ley 11 de 1993.

^v Artículo 7º, Ley 1122 de 2007.

^{vi} Artículo 182, Ley 100 de 1993.

^{vii} Ariza J. Giedion U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. “Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS”. Documento de consultoría. Diciembre de 2007

^{viii} Véase Documento CONPES 001 del 23 de febrero de 1993, Empresas Solidarias de Salud.

^{ix} Pesos del año 1993. Fuente: Documento CONPES 001/1993.

^x Ver, entre otros, Ines Elvira, Pinto, Diana, Gieion, Ursula.

^{xi} Ver Pulido, et al.

^{xii} Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Fedesalud. Modelo de Gestión Programática y Guía para el manejo del VIH/SIDA Colombia. Ed. Scripto 2006. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xiii} Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Fedesalud. Guía para el Manejo y Modelo de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica. Ed Scripto 2007. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xiv} Estas tres guías hacen parte de un grupo de 22 guías publicadas en: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia – Instituto de Salud Pública – Instituto de Investigaciones Clínicas. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Tres tomos. Ed. Scripto 2007. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xv} Tal como se menciona en los numerales 3.2.2. y 3.2.3. de la Sentencia No. T-760 de 2008

^{xvi} Resolución 5261 de 1994 “Por la cual se establece el Manual de Actividades , Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”

^{xvii} “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

^{xviii} Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Diciembre de 1993.

^{xix} Artículo 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social en Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Diciembre de 1993.

^{xx} “Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del SGSSS”

^{xxi} “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”

^{xxii} “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”

^{xxiii} Sitio web disponible en el URL <http://healthcareorganizationalethics.blogspot.com/2008/10/market-and-rights-in-colombian-health.html>. Fecha de consulta Enero 5 de 2008.

^{xxiv} Gibson J, Mitton C, martin D, Donaldson C, Siger P. Ethics and economics: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting’ J Health Serv Res Policy Vol 11 No 1 January 2006; 11, 1: 32-37.

^{xxv} Gress S, et al. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care. A

comparative perspective. Health Policy. 2005; 73(1): 78-91.

^{xxvi} González-Pier E, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. Salud Pública de México. 2007; 49 Supp 1: S37-S57.

^{xxvii} Segal L, Mortimer D. Cost Effectiveness and resource allocation. This article is available from: <http://www.resource-allocation.com/content/4/1/6>.

^{xxviii} El cuestionario hace parte de los anexos del documento.

^{xxix} El cuestionario hace parte de los anexos del documento.

^{xxx} Mitton C, Donaldson C. Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. Health policy 2002, 60(1): 39-58.

^{xxxi} Sibbald S, Singer P, Upshur R, Martin D. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research, 2009; 9: 43-55.

^{xxxii} Menon D, Stafinski T, Martin D: Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair? Health Policy 2007, 84(2-3):220-233.

^{xxxiii} Mitton C, Donaldson C: Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. Health Policy 2002, 60(1):39-58.

^{xxxiv} Cohen D: Messages from Mid Glamorgan: a multi-programme experiment with marginal analysis Health Policy.

Health Policy 1995, 33(2):147-155.

^{xxxv} Mitton C, Patten S: Evidence based priority setting: what do the decision makers think? Journal of Health Services Research and Policy 2004, 9(3):146-152.

^{xxxvi} Chappel D, Bailey J, Stacy R, Rodgers H, Thomson R: Implementation and evaluation of local-level priority setting for stroke. Public Health 2001, 115(1):21-29.

^{xxxvii} Legitimidad: decisiones en conformidad con las preferencias sociales expresadas en principios éticos, valores, normas, costumbre, leyes y regulaciones.

^{xxxviii} Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS. Acuerdos del 8, 53, 83, 106, 228, 236, 263, 282 y 336

^{xxxix} Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005), decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010 y Ley 1122 de 2007.

^{xl} Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Fedesalud. Modelo de Gestión Programática y Guía para el manejo del VIH/SIDA Colombia. Ed. Scripto 2006. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xli} Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Fedesalud. Guía para el Manejo y Modelo de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica. Ed Scripto 2007. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xlii} Estas tres guías hacen parte de un grupo de 22 guías publicadas en: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia – Instituto de Salud Pública – Instituto de Investigaciones Clínicas. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Tres tomos. Ed. Scripto 2007. Disponible en: <http://www.pos.gov.co>

^{xliii} Wilson MC, Hayward RS, Tunis SR, Bass EB, Guyatt GH. Users guide to medical literature VIII How to use clinical practice guidelines (A). Are the recommendations valid. JAMA 1995; 274:570-4.

^{xliv} Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw JM. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ. 1999;318:527-30.

^{xlv} Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 2001;5(16):1-69

^{xlvi} Interim document to accompany the Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee: including major submissions involving economic analyses: section 3

and appendix k1. Commonwealth Department of Health and Ageing Australia.2002. Tomado de <http://www.health.gov.au>

^{xlvii} *Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada* [3rd Edition]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006. Tomado de: <http://www.ccohta.ca>

^{xlviii} Guía metodológica para la evaluación económica en salud. Cuba. 2003. Gálvez AM. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Escuela Nacional de Salud Pública, Área de Economía. Tomado de: <http://www.nevalat.org/guias.php>

^{xlix} Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017. Disponible en www.paho.org

^l Ver avances en www.fsf.edu.co/gpc

^{li} Las guías se están compilando en las siguientes páginas web: Observatorio de calidad en salud, http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/her_calidad/Default.aspx y en www.pos.gov.co

^{lii} Murray CJL, Lopez AD (1996) The Global Burden of Disease. Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.

^{liii} Murray CJ (1996) Rethinking DALYs. In: Murray CJ, Lopez AD, eds. The global burden of disease. Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.

^{liv} Murray CJ, Acharya AK (1997) Understanding DALYs. *Journal of Health Economics*, 16:703–730.

^{lv} Naydú Acosta Ramírez, Rolando Enrique Peñaloza, Jesús Rodríguez García. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, octubre de 2008.

^{lvi} Proyecto: “Desarrollar el Plan de Análisis y la elaboración de informes del análisis de situación de Colombia 2002-2007. . Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, octubre de 2008”.

^{lvii} Global Burden of Disease and Risk Factors. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. 2006.

^{lviii} Decreto 3039 de 2007, mediante el cual se adopta el Plan Nacional de salud Pública. Ministerio de la Protección Social. 2007.

^{lix} CUBILLOS, L. (2006) Evaluación de Tecnologías en Salud: Aplicaciones y Recomendaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano. Documento Técnico. Informe Final. Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS - Ministerio de la Protección Social.

^{lx} ECHTA/ECAHI Working Group 4 Best practice in undertaking and reporting HTA International *Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18:2 (2002), 361–422.

2. Egger M, Smith GD, Altman DG. Systematic reviews in health care: metaanalysis in context. In: DeeksJJ, AltmanDG, BradburnMJ editor(s). *Statistical methods for examining heterogeneity and combining results from several studies in metaanalysis*. 2 ed. London: BritishMedical Journal, 2001:285-310.

3. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a metaanalysis. *Statistics in Medicine* 2002;21: 1539-1558.

5. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G and Ryan O’Connell R. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation: *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2005. Disponible en URL: [http:// www.biomedcentral.com/1472-694/5/23](http://www.biomedcentral.com/1472-694/5/23).

6. Egger M, Smith GD, Altman DG. Systematic reviews in health care: metaanalysis in context. In: DeeksJJ, AltmanDG, BradburnMJ editor(s). *Statistical methods for examining heterogeneity and combining results from several studies in metaanalysis*. 2 ed. London: BritishMedical Journal, 2001:285-310.

7. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a metaanalysis. *Statistics in Medicine* 2002;21: 1539-1558.

8. The AGREE collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE Project. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 18-23.
9. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G and Ryan O'Connell R. The Guideline Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation: *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2005. Disponible en URL: [http:// www.biomedcentral.com/1472-694/5/23](http://www.biomedcentral.com/1472-694/5/23).
10. Nociones de fármaco economía. Disponible en URL: www.icf.uab.es/libre/pdf/cap-8.pdf.
11. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, February 2001. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk>.
12. El concepto de conflicto de intereses y el sentido de la declaración solicitada. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42: 7-36
13. Asúa J. Entre el consenso y la evidencia científica. Departamento de sanidad, Gobierno Vasco, Bilbao, Vizcaya, España. *Gac Sanit* 2005;19(1):65-67.
14. Field M, Lohr K, Eds. Clinical practice guidelines: Directions for new Agency. Institute of medicine. Washington D.C. ; National Academic Press; 1990. p.58
15. Guías de práctica clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, dirección de prestaciones médicas, coordinación de planeación y desarrollo. División de innovación en sistemas de salud. Fascículos de apoyo a la gestión, una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación área de apoyo a la gestión clínica. Número 2 Junio 2004. Disponible en URL: [http:// www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).
16. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. New Zealand Guidelines Group: Disponible en URL: [http:// www.nzgg.org.nz](http://www.nzgg.org.nz)
17. Elliott J. Participatory Methods Toolkit: A practitioner's manual. King Baudouin Foundation, Flemish Institute for Science and Technology Assessment. September 2005.
18. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. *Treatments for myocardial infarction. JAMA* 1992; 268:240-8.
19. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. *Ann NY Acad Sci* 1993; 703:125-33.
20. Health Care Technology Agency. t. (2009). Executive Summary.
21. Centre for reviews and dissemination . (2009). CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York, Reino Unido.
22. Toro, W. G. (2007). Key aspects of the health care policy which affect decision making based on economic evaluation criteria in Colombia. *ISPOR Connections* , Vol 13 No 5.
- SIGN 50: A guideline developers handbook. Section 1: Introduction. Disponible en URL: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section_1.
- ^{lxv} Manual para la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea de la República de Colombia- Agenda de Conectividad, Ministerio de Comunicaciones.
- ^{lxvi} Recoge disposiciones de artículos 18 del Mapipos, artículo 7 del Acuerdo 008 y Art. 10 del decreto 806 de 1998
- ^{lxvii} Recoge las exclusiones descritas en artículo 7 del Acuerdo 008, artículos 12, 13 y 18 del Mapipos.
- ^{lxviii} El Acuerdo 336 del CNSSS incluyó leche en polvo para lactantes hijos de portadoras de VIH o pacientes de Sida.
- ^{lxix} Ver Decreto 783 del 2000, artículo 12 señala periodo de carencia para trabajador dependiente que cotiza mes vencido
- ^{lxx} Ver artículo 30 del Mapipos



^{lxxi} Aunque no las elimina por completo, en parte porque muchas barreras de acceso no son fácilmente modificables ya que tienen que ver con factores culturales, religiosos y factores socioeconómicos profundos.

^{lxxii} Pueden existir problemas de pertinencia, o problemas de eficiencia que generen una sobre producción de ciertos servicios o incluso que no se entreguen los servicios en las frecuencias ideales.