



Boletín #4

Elementos Administrativos • claves para la eficiencia •

en la Gestión del Riesgo de las Enfermedades de Alto Costo.



Gestión del Riesgo CAC
Cuenta de Alto Costo

Bogotá, D. C., 23 de noviembre de 2022

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

Gestoras de riesgo
Ana María Díaz
Paula Andrea Ramos
Lady Alejandra Vélez

Entidades que participaron en esta reunión de gestión del riesgo realizada por la Cuenta de Alto Costo:

ALIANSA SALUD EPS

ANAS WAYUU EPSI

ASMET SALUD EPS

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC - EPSI

CAJACOPI

CAPITAL SALUD EPS

CAPRESOCA EPS

COMFACHOCÓ

COMFAORIENTE

EMSSANAR

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

COMPENALCO VALLE

COMPENSAR EPS

COOSALUD

COOSALUD (Subsidiado)

DUSAKAWI EPSI

ECOOPSOS EPS

EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN

EPS SANITAS

EPS SURA

FAMISANAR EPS

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES

MALLAMAS EPSI

MUTUAL SER EPS (Contributivo)

MUTUAL SER EPS (Subsidiado)

NUEVA EPS

NUEVA EPS (Subsidiado)

PIJAOS SALUD EPSI

SALUD MÍA EPS

SALUD TOTAL EPS

SAVIA SALUD EPS

Contenido

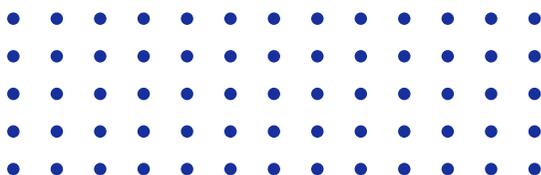
Elementos administrativos claves para la eficiencia en la gestión del riesgo de las enfermedades de alto costo.

1 **Comités y juntas médicas** para una adecuada gestión del riesgo.

Gestión y seguimiento de los recursos jurídicos en las enfermedades de alto costo.

2

3 Del inventario anual **a los modelos predictivos**, la nueva logística en gestión del riesgo.





Desde la gestión del riesgo es fundamental la articulación de los diferentes actores y agentes del sistema de salud con el fin de identificar e intervenir las enfermedades de alto costo, para ello, es imprescindible contar con la participación del nivel gerencial y administrativo con el fin de estructurar actividades conjuntas orientadas al logro de resultados en salud y el bienestar de la población.

Es así, como la coordinación de gestión del riesgo en la cuarta reunión del año con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), abordó la temática de elementos administrativos claves para la gestión eficiente en las enfermedades de alto costo, con el fin de revisar aspectos importantes involucrados en estos procesos.

Comités y juntas médicas para una adecuada gestión del riesgo

La pertinencia es uno de los atributos de calidad en la atención en salud, y es definido como la garantía de que los usuarios reciban los servicios que requieren (1).

Como respuesta a dicha garantía se han generado comités de obligatorio cumplimiento, los cuales deben contener como mínimo las siguientes características:

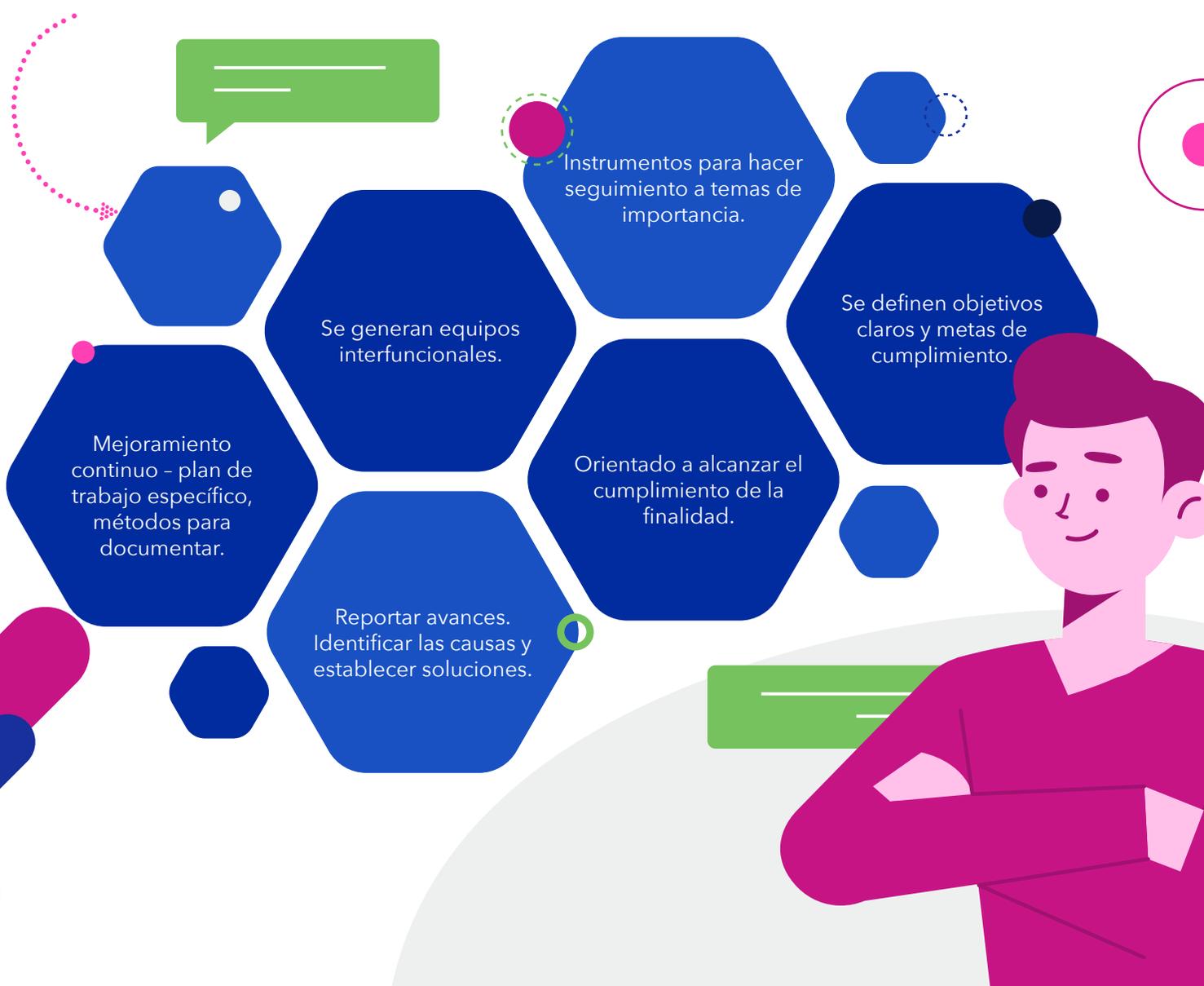
Figura 1. Requisitos mínimos del comité

-
- Delegados.
 - Convocatoria previa.
 - Funciones definidas.
 - Cumplimiento del Quórum.
 - Comunicación abierta.
 - Votación.
 - Acta y seguimiento a los compromisos.

En el marco normativo, desde el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

están reglamentados los comités obligatorios para su funcionamiento y aplicabilidad. Las actividades que desarrollan están orientadas a fortalecer el seguimiento y la retroalimentación de la calidad, para poner en marcha acciones preventivas o correctivas. En la **figura 2**, se listan algunas de las características de los comités:

Figura 2. Características de los comités de obligatorio cumplimiento* (2)





A continuación, la normatividad correspondiente de cada comité.

Tabla 1. Normatividad para cada comité

Normatividad	Comité
*Resolución 13437 de 1991. **Resolución 4343 de 2012.	*Comité de ética hospitalaria. ** Ley de deberes y derechos de los pacientes.
*Decreto 2493 de 2004. **Resolución 2640 de 2005. ***Resolución 2279 de 2008.	*Comité de trasplantes. ** Se reglamentan los artículos 3°, 4°, 6° parágrafos 2°, 7° numerales 10, 25 y 46 del Decreto 2493 de 2004. ***Se modifican los artículos 5° y 6° de la Resolución 2640 de 2005.
Decreto 1562 de 1984 derogado por el Decreto 3518 de 2006.	Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica.
Decreto 3518 de 2006.	Comité de vigilancia epidemiológica: COVE • Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias. • Los Comités de Estadísticas Vitales. • Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Covecom.
*Decreto 2200 de 2005. **Decreto 780 de 2016.	*Comité de farmacia y terapéutica. **Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (Compila el Decreto 2200 de 2005).
Resolución 2933 de 2006 derogada por la Resolución 3099 de agosto de 2008.	Comité técnico-científico.
Decreto 1571 de 1993.	Comité de transfusión sanguínea.
Decreto 0190 de 1996 derogado por el Decreto 2376 de 2010.	Comité docencia - servicio.
Resolución 839 de 2017 modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.	Comité de historia clínica.
Decreto 412 de 1992.	Comité de urgencias.

En la Cuenta de Alto Costo (CAC) se lleva a cabo el comité administrativo y de expertos¹ el cual tiene como fin evaluar las inconsistencias clínicas o administrativas de los datos reportados por las EAPB a la CAC, en este participan los expertos de la patología auditada - mínimo 3 - y líderes de auditoría.

¹ **Experto clínico:** Profesional quien realiza apoyo técnico - científico, liderazgo y contribución para promover el cuidado correcto en las diferentes cohortes.

Experiencias exitosas

de comité en la gestión del riesgo en el aseguramiento

Comité de proceso de escalonamiento terapéutico

La EAPB al interior de la organización tiene establecido un espacio para realizar un comité semanal y abordar las siguientes enfermedades, según sea la necesidad:

Tabla 2. Especialidades que presentan casos en Comité

Categorías	Autoinmunes	Riesgo cardiovascular	Huérfanas	Respiratorio	Otorrino
Enfermedades	Reumatología, dermatología y nefrología.	Internista, endocrino, cardiología.	Inmunología, genética, hematología.	Neumología.	Otorrino.
	Psoriasis.	Dislipidemias.	Hipogamaglobulinemia.	Asma.	Poliposis nasal.
	Artritis reumatoide.	Osteoporosis.	Hepatitis autoinmunes.	EPOC.	Rinitis alérgica.
	Espondilitis.		Esclerosis.		
	Lupus.		Hemofilia.		
			Anemia hemolítica.		

Fuente: construido con base en presentación sobre comité de proceso de escalonamiento terapéutico.



Proceso de comité de escalonamiento terapéutico:

1.

Prescriptor/IPS: mediante correo electrónico el prescriptor solicita la realización del comité para escalonamiento terapéutico con soportes de historia clínica.

2.

IPS/EPS/Prescriptor: realizan comité para escalonamiento terapéutico, espacio en el cual revisan adherencia y líneas de tratamiento.

3.

EPS/IPS/Prescriptor: respuesta de aprobación o negación por el comité de escalonamiento, actualización de la herramienta de presupuesto, actualización de plataforma para generación de autorizaciones, y programación de aplicación del tratamiento indicado.

4.

IPS/Prescriptor: citan e informan al usuario la decisión del comité de escalonamiento terapéutico, la cual es consignada en la historia clínica.

Tabla 3. Proceso de escalonamiento terapéutico

Antecedentes	Participantes	Logros
<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de medicamentos biológicos y de alto costo por parte de medicina general. • Necesidad de identificar principales ordenadores de medicamentos e intervenir para generar adherencia al comité. • Necesidad de identificar y definir líneas de tratamiento por diagnóstico de acuerdo con RIAS. • Necesidad de generar y concertar un espacio de conocimiento y toma de decisiones conjunta, prestador y asegurador respecto a la terapéutica y líneas de tratamiento. • Necesidad de establecer una línea de base en el gasto de medicamentos biológicos. • Necesidad de involucrar el staff administrativo de EAPB e IPS en las decisiones del comité. • Necesidad de capacitar a los profesionales de las IPS primarias respecto al tema del comité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Químico farmacéutico. • Gerencia de medicamentos. • Líder de gestión del riesgo. • Gestor. • Médico asesor. • Prescriptores. • Líder administrativo de la IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento por parte de los profesionales de las IPS primarias del proceso de formulación de medicamentos biológicos. • Identificación de principales especialidades ordenadoras de medicamento biológico e involucramiento en el comité de escalonamiento. • Definición de líneas de tratamiento de acuerdo a guías terapéuticas en las especialidades de mayor frecuencia. • Espacio semanal definido para la realización del comité de escalonamiento, jueves de cada semana de 8 a.m., a 11 a.m. • Identificación de líneas de base en el costo de medicamentos biológicos, la cual es de conocimiento de la organización. • Equipos administrativos de EPS/IPS en el comité de escalonamiento. • Se identifica en los profesionales médicos el análisis y el tomar en cuenta el tema de adherencia y análisis de efectos adversos para el cambio de terapéutico. • Disminución de los porcentajes de negación en el comité por adherencia de los profesionales.

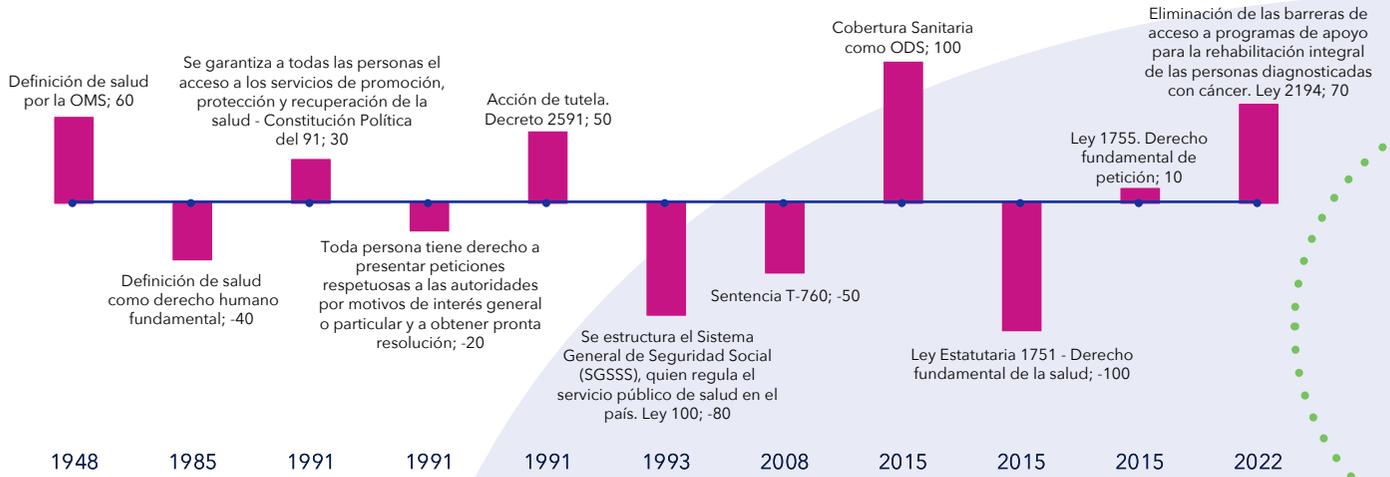
Fuente: construido con base en presentación sobre comité de proceso de escalonamiento terapéutico.

Gestión y seguimiento de los recursos jurídicos en las enfermedades de alto costo

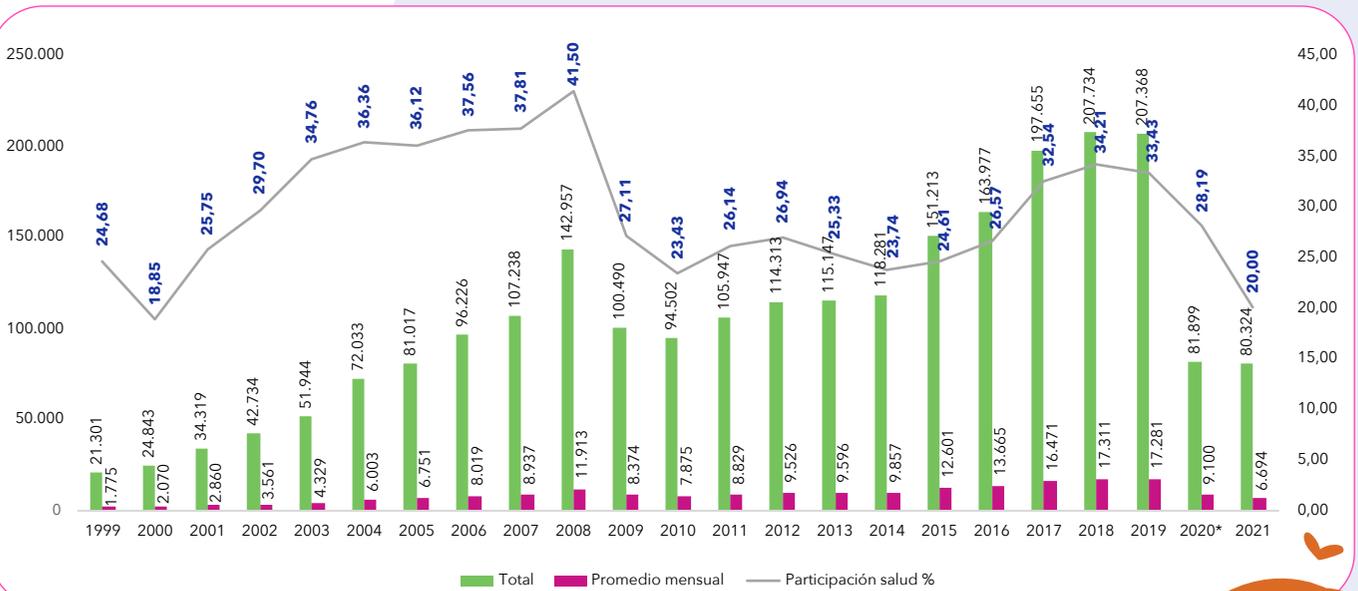
Entre los elementos administrativos clave que involucra a las EAPB y a los prestadores, se encuentra la gestión jurídica, la cual permite defender el derecho a la salud y la mitigación de las barreras administrativas en los servicios sanitarios mediante mecanismos como la acción de tutela, el derecho de petición; y las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS). A continuación, podemos visualizar en la línea del tiempo, los antecedentes normativos que han marcado estos mecanismos y la protección de la salud:



Figura 3. Antecedentes jurídicos y de salud

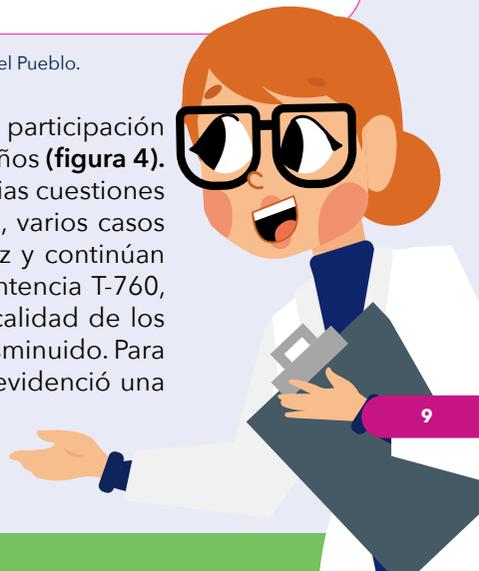


Estadística de tutelas



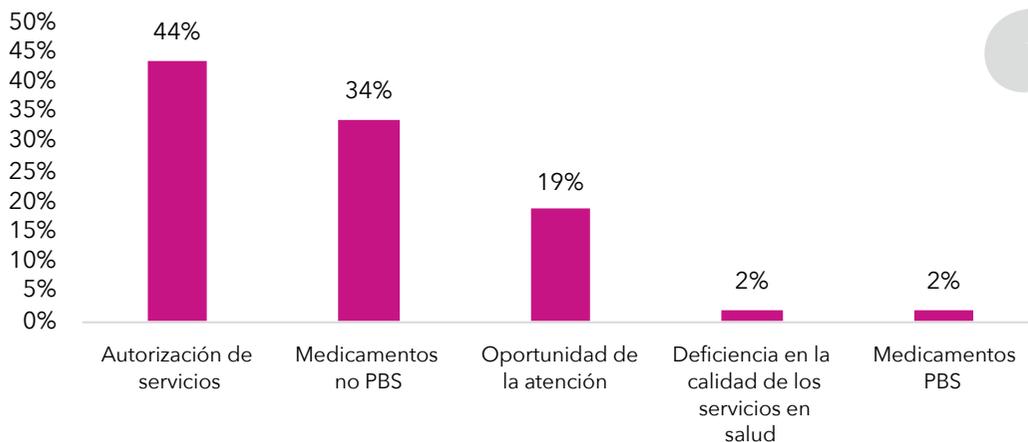
Fuente: La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social 2020. Defensoría del Pueblo.

En el informe de la Defensoría del Pueblo 2020 se documentó el histórico de participación de acciones de tutela y cómo ha cambiado su comportamiento a lo largo de los años (figura 4). Dichos incidentes aumentaron entre el año 2000 y el año 2008, lo que generó varias cuestiones legales respecto a la regulación de los sistemas de atención de salud. En 2008, varios casos lamentables de violación al derecho a la salud de las personas salieron a la luz y continúan ocurriendo todos los días. En consecuencia, la Corte Constitucional dictó la sentencia T-760, la cual reguló al sistema al ampliar la oferta de servicios y con ello mejorar la calidad de los mismos; como resultado de esta intervención, el comportamiento de tutelas ha disminuido. Para el año 2020, a causa de la coyuntura generada por la emergencia sanitaria, se evidenció una reducción en la participación de las tutelas en salud.



Durante la sesión, se realizaron preguntas interactivas a los asistentes, esclareciendo, de acuerdo con la percepción de cada uno de ellos, cuáles son los principales motivos de radicación de tutelas en la entidad, el 44% de los participantes consideró que el principal motivo es la autorización de servicios, seguido por suministro de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con un 34%, y la oportunidad de la atención con un 18%, entre otras causas (figura 5).

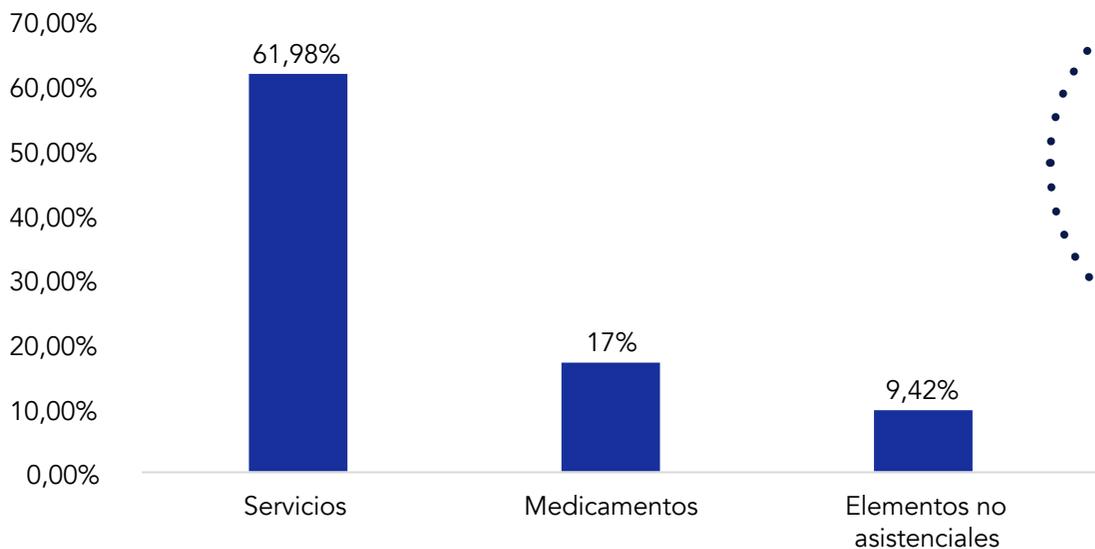
Figura 5: ¿Sabe cuál es el principal motivo de radicación de tutelas en su entidad?



Fuente: consolidado respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.

Al realizar comparación de estos resultados con lo mencionado en el informe de la Defensoría del Pueblo, el acceso a los servicios de salud (61,98%) es uno de los principales motivos de tutelas para el 2020, en este ítem están inmersos principalmente, los servicios de consulta externa (34,98%), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (22,83%), servicios quirúrgicos (19,81%) y tratamiento integral (13,17%). De acuerdo con esta estadística, los servicios más solicitados, están en el PBS.

Figura 6. Principales motivos de tutelas 2020



Fuente: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020. Defensoría del Pueblo.

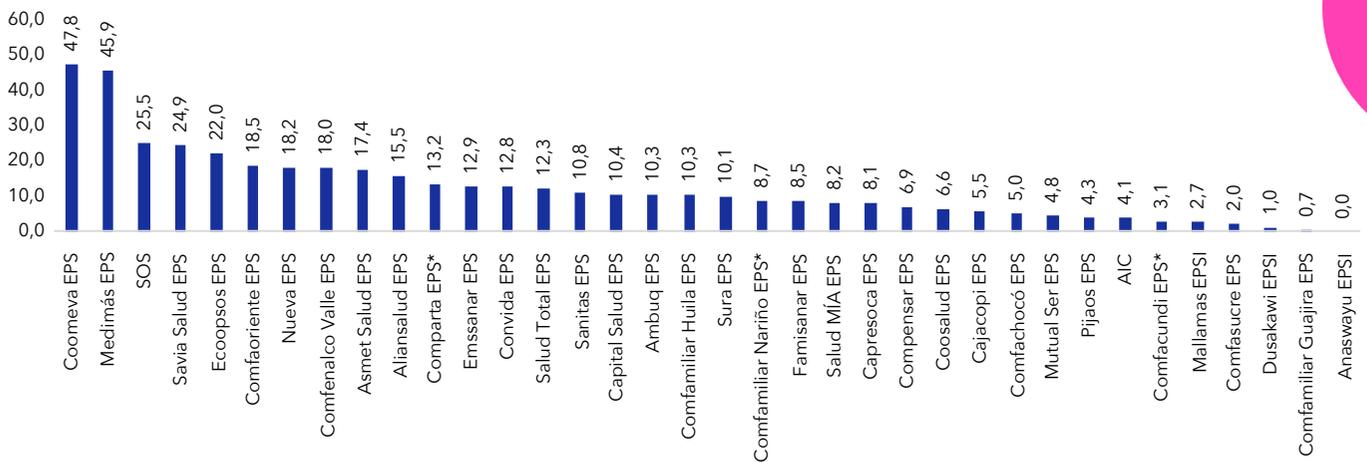


Distribución de tutelas por EPS

En el año 2020, respecto a la participación porcentual por asegurador se destacaron tres entidades con el mayor registro de acciones por vulneración al derecho de la salud: Nueva EPS, Medimás y Coomeva EPS; estas dos últimas ya liquidadas.

Para el año 2021, según el informe de tutelas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el comportamiento de tasa de tutelas se registraron algunos cambios posteriores a la liquidación de varias entidades, sin embargo, Coomeva y Medimás, siguieron encabezando la lista con el mayor registro de tutelas. A continuación, se evidencia la tasa de tutelas por 10.000 afiliados por cada entidad para el año 2021:

Figura 7. Tasa de tutelas por EAPB 2021. Informe tutelas de MSPS 2021



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Informe anual acciones de tutela en salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008.

De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud, los motivos más relevantes de tutela para el año 2021 fueron la postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por la EPS con una participación del 22,31%, seguido de postergación en el agendamiento con médicos especialistas con el 19,03% y demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento con el 14,04% (8).

Estadística PQRS

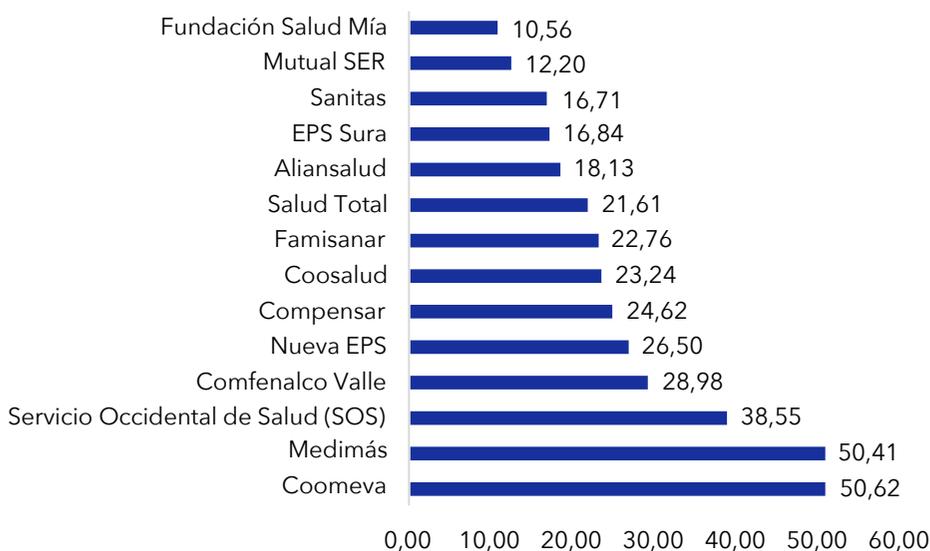
Según el reporte que realiza periódicamente la Superintendencia Nacional de Salud, se obtuvo que para el año 2021, los principales motivos de PQRS fueron la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada con un 19,8% de participación, la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general con el 5,5% y falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS con el 5%.

La mayoría de PQRS se registra en los departamentos de Risaralda con una tasa acumulada de 35,3 por cada 1.000 afiliados, Valle del Cauca con 31 por cada 1.000 afiliados y Bogotá, D. C., con 27,3 por cada 1.000 afiliados.

Boletín#4

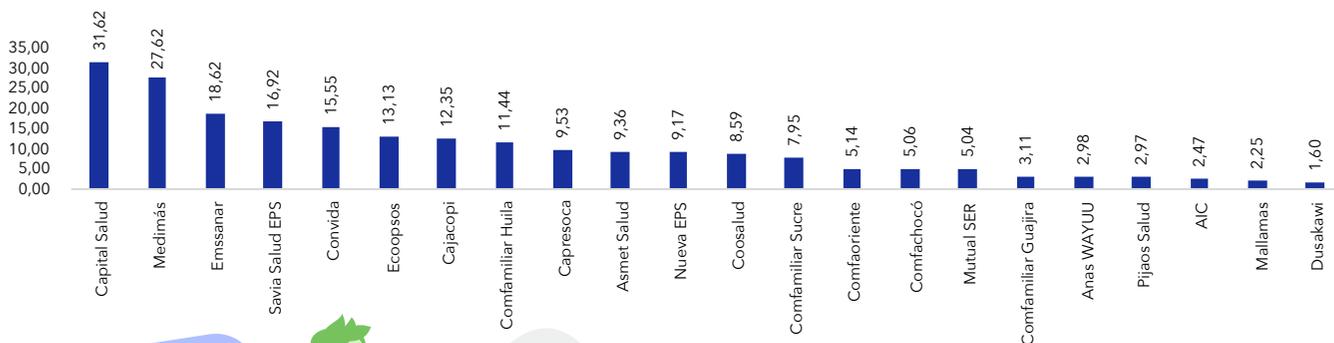
Así mismo, se destaca la distribución para el régimen contributivo, donde se evidencia a Medimás, Coomeva EPS y Servicio Occidental de Salud, con mayor registro de PQRS y para el subsidiado Capital Salud, Medimás y Emssanar EPS (figuras 8 y 9).

Figura 8. Tasa acumulada de PQRS para el régimen contributivo, Colombia 2021



Fuente: consolidado PQRD Superintendencia de Salud.

Figura 9. Tasa acumulada PQRS para el régimen subsidiado, Colombia 2021



Fuente: consolidado PQRD Superintendencia Nacional de Salud.



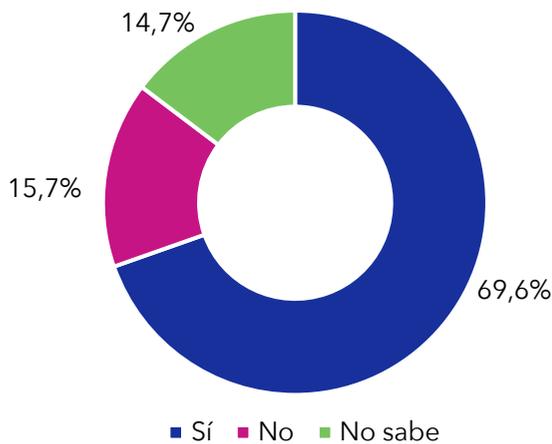
De la misma manera, en el consolidado PQRD emitido por la Superintendencia Nacional de Salud, para el primer semestre del 2022, los principales motivos de PQRS son: la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada con una participación del 24,8%, seguido de la falta de oportunidad de medicamentos con un 9,3% y demora en la programación de laboratorio con un 5,9%. Realizando una comparación con el año anterior, se evidencia que las PQRS para oportunidad de cita con medicina general disminuyó considerablemente pasando de 5,5% de participación a 2,8%.



En cuanto a la distribución por entidad, en el régimen contributivo se destaca con mayor PQRS a: Coosalud EPS, Servicio Occidental de Salud y Comfenalco Valle EPS. En el régimen subsidiado está principalmente Capital Salud, Emssanar y Convida, esta última ya liquidada. Según los resultados del 2021 se puede decir que por doce PQRS se instaura una acción de tutela.

Al indagar con los participantes de la reunión, el 69,6% manifestó que, sí cuentan con un proceso de gestión preventivo para tutela y PQRS, mientras el 15,7% refieren que no lo tiene y el 14,7% que no sabe. Es de importancia destacar, que estas acciones permiten impactar de manera oportuna y efectiva la demanda, así mismo, logran una disminución de tasa de tutelas y PQRS.

Figura 10. ¿En su entidad tienen un **proceso preventivo** de gestión de tutelas y PQRS?

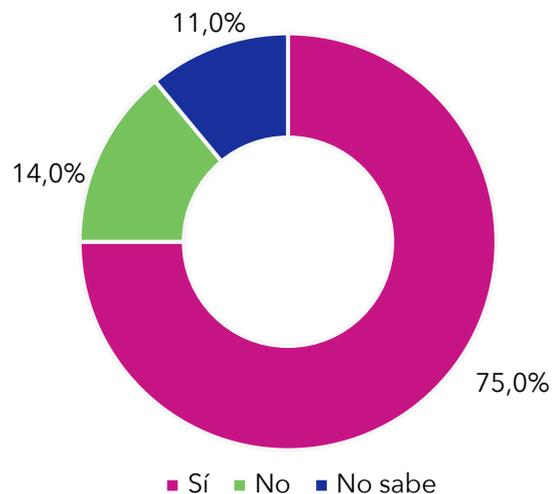


Fuente: consolidados respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.

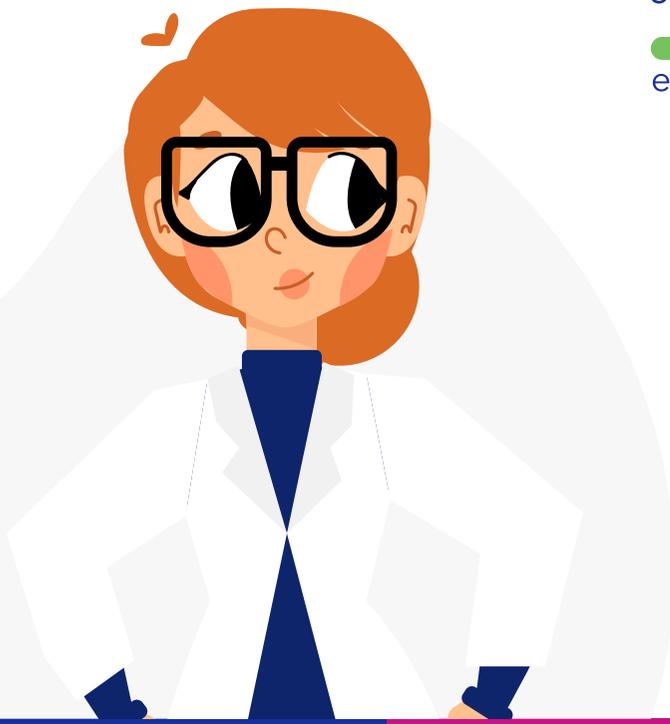


En cuanto a la participación de todas las áreas en el proceso jurídico, el 75% de los participantes, respondieron que, todas las áreas administrativas de la organización se involucraban en la gestión y resolución de la acción de tutela, mientras que el 14% no lo hacen, y el 11% no sabe. De esta manera, se evidencia que las EAPB cuentan con la integración de las áreas y procesos, garantizando un trabajo continuo para una gestión efectiva hacia los pacientes.

Figura 11. ¿Todas las áreas de la entidad **están involucradas** en el proceso de intervención de tutelas?



Fuente: consolidados respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.



Experiencia exitosa **Nº1** en gestión del riesgo de las tutelas en el aseguramiento

La entidad ha estado en función de minimizar y prevenir el riesgo jurídico que puede ocasionar la acción de tutela, por lo cual, han implementado estrategias y políticas para controlar este riesgo como:



1.

La respuesta en oportunidad: responder los requerimientos dentro de los términos otorgados por los despachos judiciales.

2.

Contacto directo con los juzgados y usuarios: fortalecer la interacción con los despachos judiciales para el seguimiento a las acciones de tutela y usuarios.

3.

Activación de tutelas por vías de hecho: herramienta o mecanismo de acción de tutela, que implica una decisión judicial contraria a la Constitución y a la Ley. Esta actuación es independiente de la legalidad del acto (9).

4.

Minimizar el riesgo de sanciones por incumplimiento a fallos de tutela, mediante: participación de todas las áreas de la entidad en el cumplimiento de las acciones, seguimiento a usuarios con continuos descatos, generación de informes mensuales, donde se describen las principales causales de las tutelas y descatos.

En el proceso jurídico se han identificado falencias que impactan el comportamiento de la participación de tutelas para la entidad, dentro de los cuales se destacan:

- Fallos de tutela por servicios no incluidos en salud como: pagos económicos, atención en prestadores no contratados, entre otros.
- Requerimiento de servicios sin justificación médica.
- Necesidad de aumentar la apropiación judicial sobre el sistema de salud.



Experiencia exitosa **Nº 2** en gestión del riesgo de tutelas en el aseguramiento

Como producto de la experiencia exitosa, la EAPB ha logrado una reducción de tutelas gracias al cumplimiento de varias estrategias ya establecidas para ejercer una defensa judicial y soporte legal de la entidad. Allí la EPS cuenta con una línea de derecho proactivo, que consiste en la prevención de las barreras hacia el servicio.

Las actividades clave del proceso son:



1. El trabajo preventivo y correctivo permitió disminuir la tasa de tutelas en la entidad.
 2. Respuesta oportuna y eficiente permite la obtención de fallos favorables.
- **Del inventario anual a los modelos predictivos, la nueva logística en gestión del riesgo.**

El desabastecimiento de medicamentos constituye un problema de salud pública que ha afectado la cadena de suministro no sólo en Colombia sino en el mundo.

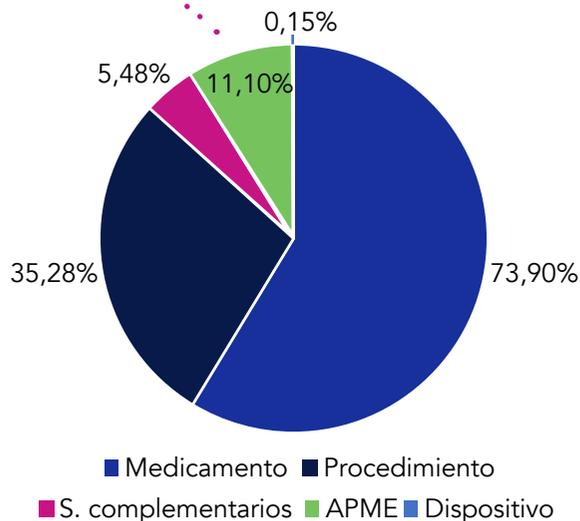
El punto de partida para analizar esta cuestión, es la previsión de la demanda de tecnologías sanitarias, para lo cual, una de las fuentes a revisar es el informe de las prescripciones de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC en el módulo MIPRES del Ministerio de Salud, y así identificar las necesidades de la población afiliada.

En el 2021, según el informe del Ministerio de Salud: 2.708.448 personas requirieron prescripción vía MIPRES, siendo los medicamentos el tipo de tecnología más frecuente (**figura 12**). Por otro lado, las EPS que más prescribieron por esta vía fueron Nueva EPS, Sura y Sanitas del régimen contributivo; y Mutual Ser, Coosalud y Nueva EPS del régimen subsidiado (10).

Figura 12. Distribución de prescripción por tecnología según MIPRES 2021

Este insumo aportado por el Ministerio de Salud, es una buena fuente para conocer qué se está prescribiendo, información que debe ser complementada con las dispensaciones efectivas para proveer datos que contribuyan a la proyección de la demanda de cada institución. De tal manera que esta última, permita anticiparse a las necesidades y disminuir la incertidumbre ante los acontecimientos futuros.

De la misma manera, otro punto relevante a revisar son los principales diagnósticos en las prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES; siendo los más destacados para ambos regímenes los siguientes:



*Alimentos de propósito médico especial.

*Servicios complementarios.

Fuente: análisis de las prescripciones de tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC realizadas a través del módulo MIPRES durante 2021.



- R50-R69 SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES.
- J40-J47 ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES.
- M00-M25 ARTROPATÍAS.
- R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA.
- E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOCALÓRICA MODERADA.
- J449 LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA.



De acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 (11), las historias clínicas deben contar con unas características mínimas dentro de las cuales se encuentra la integralidad y la racionalidad científica, por lo cual, es fundamental que el profesional registre de manera fidedigna el diagnóstico mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, cuyo uso, de acuerdo a lo definido por la OPS permite tomar decisiones en cuanto a la financiación de los sistemas de salud, la construcción de estadísticas enfocadas en realizar un seguimiento al comportamiento sanitario y planificar la prestación de servicios (12).

Desde la operatividad de la EPS, es bien conocido, que se realiza el uso de estos códigos para la generación de información relevante y conformación de cohortes de seguimiento, dentro de las cuáles se toman decisiones fundamentales enfocadas en la garantía de la atención y los objetivos terapéuticos. Por lo anterior, existe la necesidad imperante de evaluar mediante la auditoría interna y los procesos de calidad la veracidad de la data suministrada.

Por otro lado, en 2022, el país ha abordado la escasez de los medicamentos desde diferentes aristas, una de ellas es el impacto en términos del número de peticiones, quejas y reclamos instaurados por los usuarios del sistema ante las dificultades en el acceso al esquema terapéutico. De acuerdo al informe ejecutivo de la Superintendencia de Salud, en el año 2021, fueron radicadas en promedio 4.169 PQR para medicamentos PBS y 4.060 para medicamentos No PBS, siendo estas la tercera y cuarta causa de radicación (13).

El INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) ha identificado como principales causas de esta problemática, las siguientes: insuficiencia de oferentes, el aumento de la demanda, los problemas en la adquisición de materia prima y los problemas de manufactura. En septiembre 2022, se realizó una audiencia pública sobre escasez de medicamentos, en la cual participaron diferentes sectores del sistema. En la **figura 13**, se detallan los motivos mencionados con mayor frecuencia en dicha audiencia.



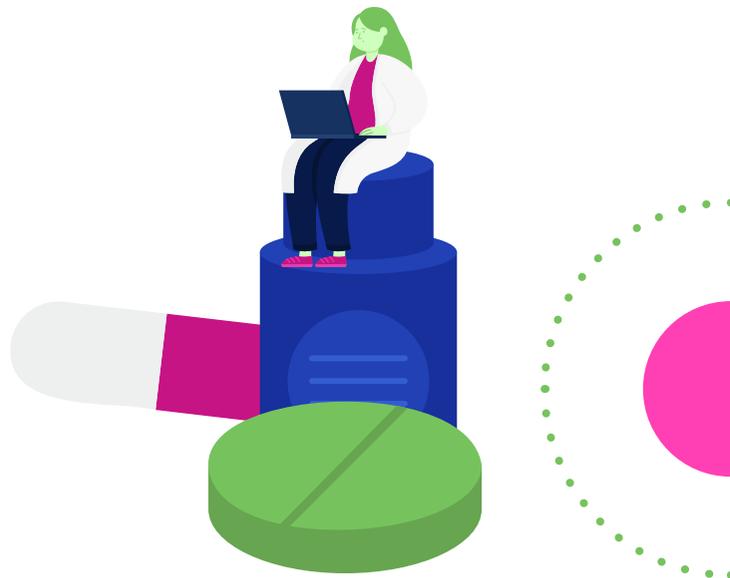
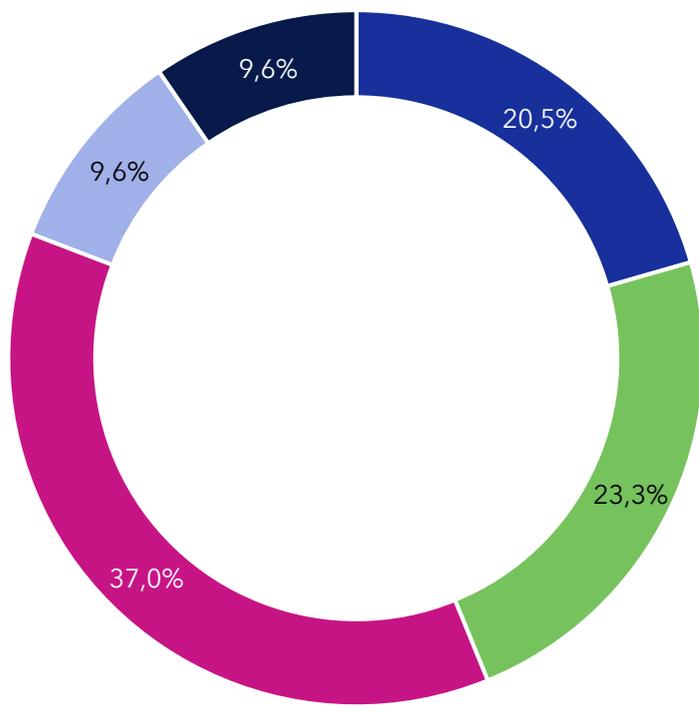
Figura 13. Causas del desabastecimiento según audiencia pública, Colombia (6)



Fuente: audiencia pública de escasez de medicamentos.

Al indagar con los participantes de la cuarta reunión de la Coordinación de Gestión del Riesgo, el 37% considera que la principal causa de desabastecimiento es la insuficiencia de materias primas. En este punto, es importante resaltar que las causas son multifactoriales, por lo cual su manejo debe abordar diferentes frentes de acción.

Figura 14. ¿Cuál cree que es la principal causa de desabastecimiento de medicamentos?

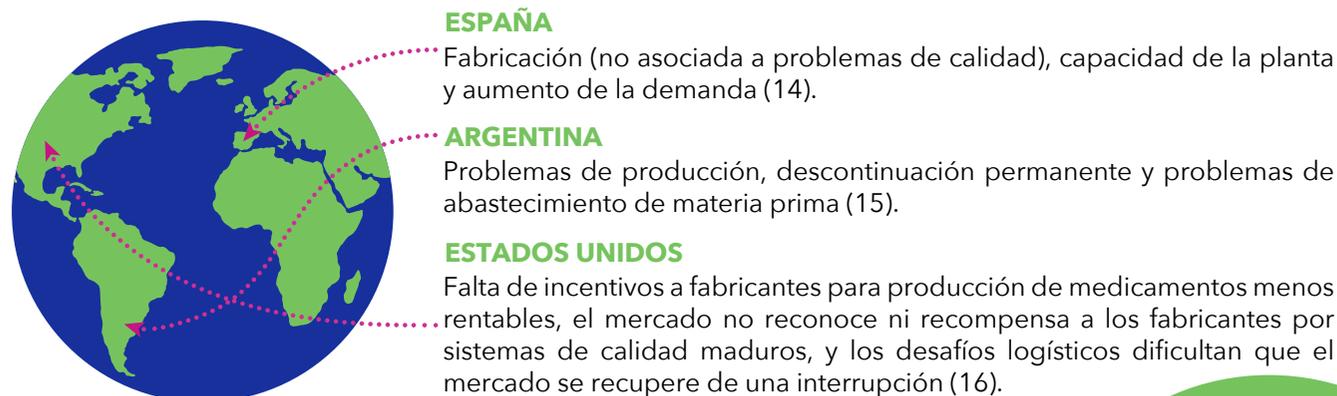


- Aumento de la demanda.
- Gestión insuficiente por parte de los proveedores de tecnologías en salud.
- Insuficiencia de materia prima.
- Novedades con registros sanitarios del INVIMA.
- Pandemia Covid-19.

Fuente: consolidado respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.

A lo largo del mundo también se han documentado los principales motivos de los problemas de suministro de medicamentos dentro de los que se encuentran:

Figura 15. Causas de problemas de suministro de medicamentos



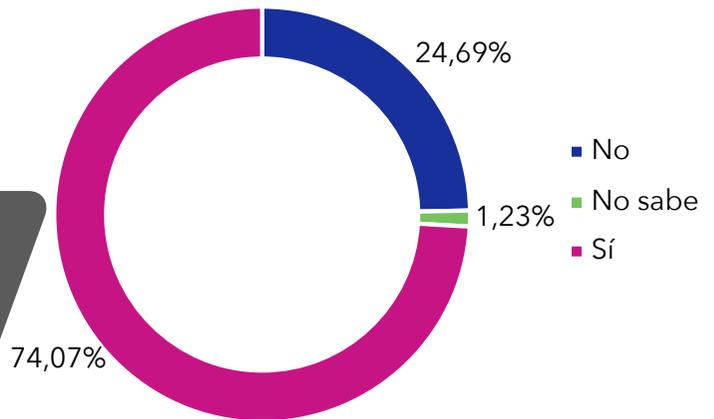


La FDA (*Food and Drug Administration*) por su parte, es enfática en el abordaje de esta amenaza en salud pública con un enfoque multifacético, que requiere de una visión general y detallada de la cadena de suministro, permitiendo así identificar aquellos eslabones con mayor probabilidad de generar una interrupción en ésta. Así mismo, a raíz de la experiencia sugieren propender por la resiliencia de la cadena, por lo cual, es esencial un plan de riesgos que garantice la toma de conductas oportunas ante cualquier desviación.

De los participantes, un 74,07% manifestó conocer del proceso de logística interno, no obstante, resulta imprescindible realizar evaluación continua del mismo para garantizar que tenga una visión más flexible orientada al resultado. Por lo tanto, se requiere la participación de los profesionales con la experticia necesaria para el desarrollo de la estimación del abastecimiento (17).

Figura 16.

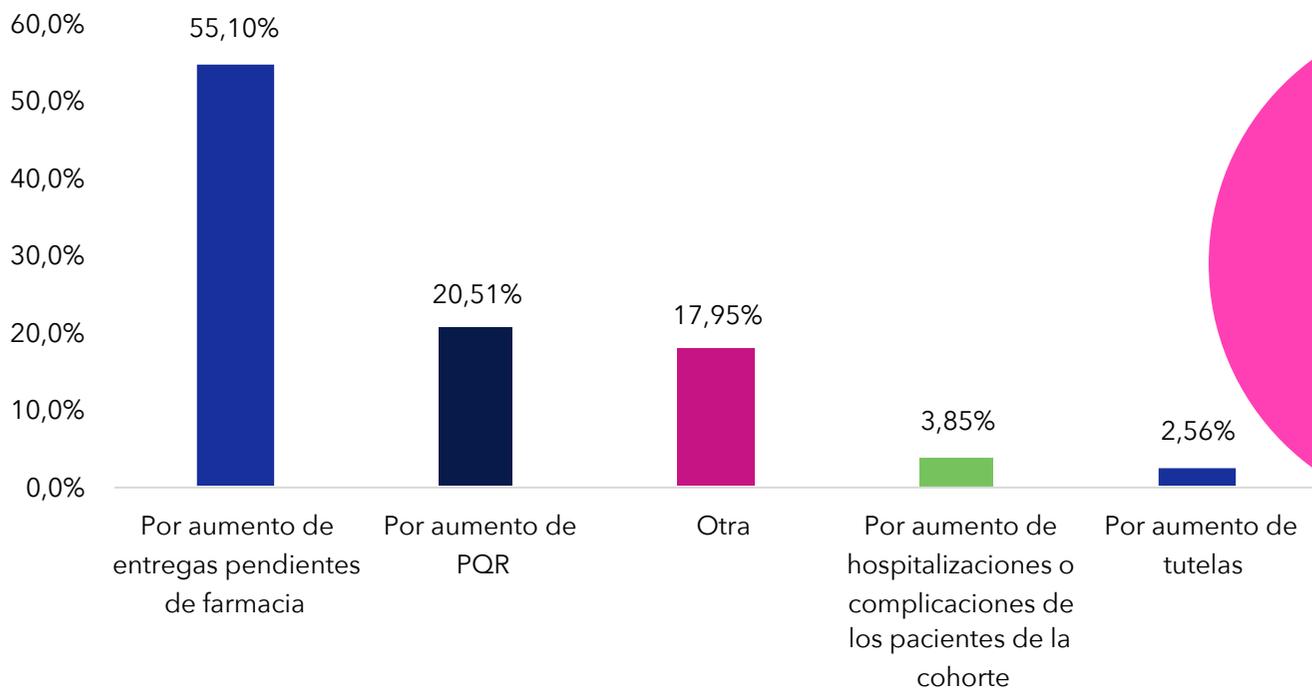
¿Usted conoce el proceso de logística para
la dispensación
de medicamentos en su entidad?



Fuente: consolidado respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.

Teniendo en cuenta lo anterior, al indagar cuál es la principal forma para identificar si hay desabastecimiento de medicamentos, un 55,1% aduce que el aumento de entregas pendientes por parte de farmacia está en primer lugar. Por consiguiente, se invita a las instituciones a realizar una evaluación del proceso instaurado para implementar estrategias que conduzcan a la prevención de estos eventos e impacten en la calidad de vida de los afiliados.

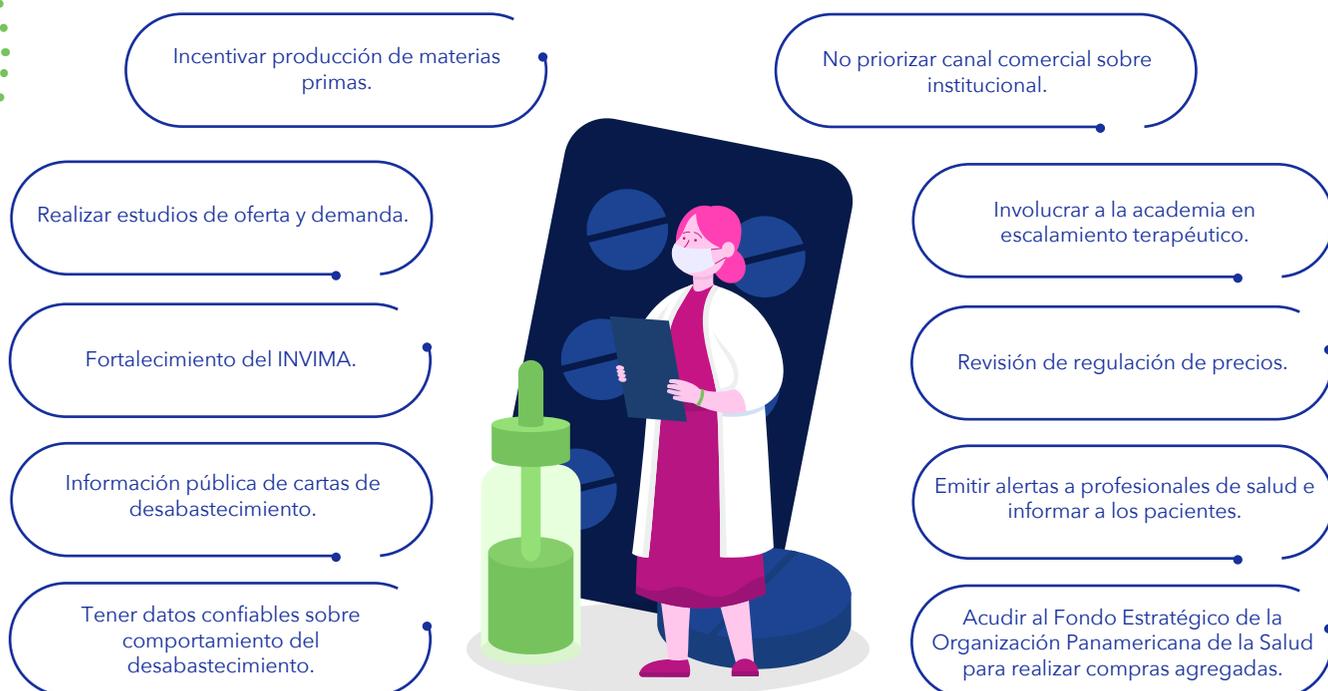
Figura 17. ¿Cuál es la principal forma para identificar si hay desabastecimiento de algún medicamento en su entidad?



Fuente: consolidado de respuestas interactivas reunión elementos administrativos para la gestión del riesgo eficiente.

A nivel local, los diferentes actores del sistema de salud participantes en la audiencia pública y el Ministerio de Salud han concertado las siguientes estrategias para manejo del desabastecimiento de medicamentos y la garantía del derecho a la salud en los colombianos.

Figura 18. Estrategias para el manejo del desabastecimiento de medicamentos



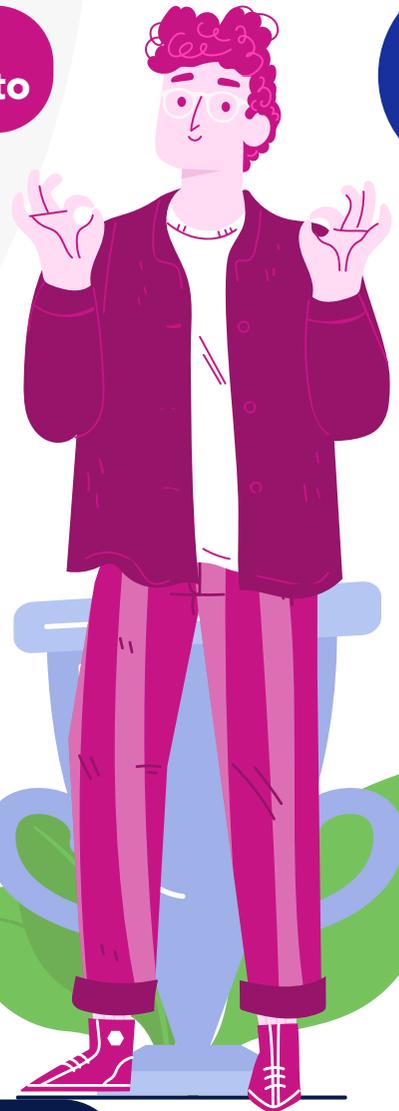
Fuente: audiencia pública de escasez de medicamentos.



Experiencia exitosa

de gerenciamiento y gestión de datos de medicamentos y dispositivos en el aseguramiento

Dentro de la experiencia de la EPS, para el gerenciamiento y gestión de datos de medicamentos y dispositivos, han diseñado una herramienta que facilita la visualización de la cadena de suministro y sus potenciales desviaciones. La ruta para el alcance de este diseño es:



Fuente: construido con base en presentación sobre gerenciamiento y gestión de datos.

Adicional a lo relacionado en la gráfica, este proyecto requirió una evaluación de los medicamentos con mayor frecuencia de uso específicamente para las cohortes cardiovasculares, a partir de allí han construido un vademécum socializado con el primer nivel de todas las regionales donde hacen presencia y con las IPS de gestión del riesgo que manejan el programa de crónicos.

Otro aspecto relevante dentro del proyecto es la construcción del link validador, donde los operadores logísticos y las IPS responsables del suministro cargan la información normativa de la Resolución 1604 de 2013, con el propósito de verificar de manera automática la consistencia y calidad de la data.

El comprender estadísticamente cómo se comporta la dispensación de los medicamentos le ha permitido a la EPS direccionar a los pacientes, mediante la coordinación con las IPS y las líneas de prescripción, para prevenir problemas de salud no tratados, que entorpecen la atención en salud del paciente.

Modelos predictivos

Los modelos predictivos normalmente son utilizados por varias empresas o entidades con el fin de predecir con precisión el curso de los acontecimientos o los resultados para nuevos datos (18).

Estos modelos utilizan algoritmos estadísticos para aprender y crear programas que permitan la salida de los datos a partir de una minería de datos o variables independientes.

Los algoritmos son expresiones matemáticas que requieren de un modelo del problema, donde deben analizar la realidad y abstraer claves y reglas del comportamiento de la situación, esto se denomina teoría de aprendizaje. En el momento que se cuente con el modelo, es importante asegurar el máximo éxito del algoritmo para predecir un infinito de resultados, con el fin de evaluar situaciones y tomar decisiones para dar respuestas a problemas específicos (19).

EJEMPLOS:

- **Detección de la enfermedad de Parkinson idiopática basada en el aprendizaje automático utilizando datos de voz**

La enfermedad de Parkinson es una de las enfermedades más impactantes asociadas a un trastorno neurológico. Una de las características principales en un paciente con este diagnóstico es la disartria hipocinética, caracterizada por problemas de voz y habla. De acuerdo a eso, se emplean algoritmos de aprendizaje automático para la detección temprana de la enfermedad.

Existen varias técnicas de modelado a aplicar, siendo el que más se ajusta el denominado Red Neuronal, con mejor rendimiento y especificidad, la cual a través del análisis de pruebas de voz permite la predicción y por lo tanto la detección temprana de la enfermedad.

- **Predicción del riesgo de las úlceras del pie diabético en las personas con dismetabolismo: un ensayo clínico retrospectivo**

En este estudio realizaron un análisis de agrupación de variables independientes y análisis de regresión logística multivariante para determinar los factores de riesgo de Úlcera en Pie Diabético (UPD); dentro del normograma hicieron el análisis de la combinación de 12 factores de riesgo más relevantes en pacientes hospitalizados. Finalmente, para evaluar el rendimiento predictivo, utilizaron una fórmula estadística donde se evidenció que el modelo proporciona una predicción fiable del riesgo de UPD en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20) (figura 20).



Figura 20. Proceso de recolección y análisis de datos



Nuestros modelos predictivos

Modelos predictivos ERC

Determinan la probabilidad y el nivel de riesgo que tiene una persona de padecer ERC a un año. (Personas con HTA y DM).



Modelos predictivos ARCAC

Determinan Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de la artritis reumatoide - Predicción a 3 años.

Referencias

1. Ministerio de Salud y la Protección Social. Atributos de la calidad en la atención en salud [En línea]. [cited 2022 Oct 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCION-C3%93N-EN-SALUD.aspx>
2. Guerrero J, Francisco G, Restrepo R, Parra Julio César, Garnica V, Nancy Guillot Solano. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad [En línea]. 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
3. Salud y derechos humanos [En línea]. Who.int. [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. Pueblo EL, Colombia DE. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 PREÁMBULO [En línea]. Georgetown.edu. [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [En línea]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015 [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf Decreto 2591 de 1991 - Gestor Normativo [En línea]. Gov.co. [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5304>
6. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020. Defensoría delegada para el derecho a la salud y la seguridad social.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 200.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 200.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Análisis de las Prescripciones de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC realizadas a través del Módulo General de la herramienta tecnológica MIPRES durante 2021 [En línea]. 2021. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/05/INFORME-MIPRES.pdf>
10. Resolución número 1995 DE 1999. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 1999. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
11. ¿Por qué la CIE es tan importante para la salud mundial? - RELACSYS [En línea]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [cited 2022 Oct 3]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/at8-sub-area-de-trabajo-cie-11/por-que-la-cie-es-tan-importante-para-la-salud-mundial>
12. Consolidado PQRD - Todos los documentos [En línea]. Gov.co. [cited 2022 Oct 3]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/EstadisticasPQRD/Forms/AllItems.aspx>
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe semestral sobre problemas de suministro [En línea]. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. 2022 [cited 2022 Sep 10]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamento-sUsoHumano/problemasSuministro/informes-semestrales/docs/primer-informe-semestral-2022.pdf>
14. Faltante de medicamentos [En línea]. Argentina.gob.ar. 2018 [cited 2022 Oct 3]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/anmat/regulados/medicamentos/faltante>



Referencias

15. Center for Drug Evaluation and Research. Report: Drug Shortages: Root Causes and Potential Solutions [En línea]. U.S. Food and Drug Administration. 2019. Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-shortages/report-drug-shortages-root-causes-and-potential-solutions>
16. La programación presupuestal y el abastecimiento de medicamentos en los hospitales del gobierno regional de Amazonas, periodo 2019 - 2020. Universidad Particular de Chiclayo [En línea]. Edu.pe. [cited 2022 Oct 4]. Disponible en: http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/1357/1/T044_71068366_T.pdf
17. Lamba, Manika & Margam, Madhusudhan. (2022). Predictive Modeling. 10.1007/978-3-030-85085-2_8. Encontrado en: https://www.researchgate.net/publication/360113873_Predictive_Modeling/citation/download
18. Ferrero F. Big data y educación: un análisis vigotskiano de los “algoritmos predictivos del éxito de los estudiantes”. Contextos de producción de la teoría de lev Vigotsky, a 120 años de su nacimiento. Actualizaciones y perspectivas de investigación en aprendizajes y educación [En línea]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://www.academia.edu/35677064/Big_data_y_educaci%C3%B3n_un_an%C3%A1lisis_vigotskiano_de_los_algoritmos_predictivos_del_%C3%A9xito_de_los_estudiantes
19. Jiang M, Gan F, Gan M, Deng H, Chen X, Yuan X, et al. Predicting the risk of diabetic foot ulcers from diabetics with dysmetabolism: A retrospective clinical trial. Front Endocrinol (Lausanne) [En línea]. 2022;13:929864. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2022.929864>

