



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



CONDICIONES MÉDICAS PRIORIZADAS PARA LA REALIZACIÓN DEL PRIMER GRUPO DE GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL - GAI - PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD - POS

Documento recopilado y preparado por: Cubillos Turriago, Leonardo;
Castrillón Correa, Johanna ♦

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

Bogotá, Agosto de 2009

♦ Consultora de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.
Documento desarrollado en el marco del contrato 2082722 Convenio 197052 FONADE.



Tabla de contenido

<i>1. Desarrollo de la Guía Metodológica, las Guías de Diabetes Mellitus 1 y 2 como piloto y las Guías de Atención Integral -GAI- para la actualización del POS.....</i>	<i>5</i>
1.1. Justificación de las GAI	5
1.2. La Guía Metodológica para la elaboración de GAI	6
1.3. Guías de Atención Integral para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2	7
1.4. Aplicación de la Guía metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS.....	8
<i>2. Proceso de priorización para la definición del primer grupo de GAI.....</i>	<i>10</i>
<i>3. 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</i>	<i>19</i>
3.1. Análisis de la Carga de enfermedad.....	19
3.2. Análisis de morbilidad atendida	23
3.2.1. Análisis a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007	24
3.2.2. Análisis de información epidemiológica para la identificación de necesidades en salud a partir de los Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC	27
3.3. Análisis de los medicamentos más recobrados durante el 2008 por frecuencia y por valor	28
<i>4. Los resultados de las consultas ciudadanas presenciales y virtual para la discusión de criterios generales para la actualización del POS y la selección de temas para GAI</i>	<i>33</i>
<i>5. Convocatoria para desarrollar Guías de Atención Integral - GAI.....</i>	<i>35</i>



Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz de criterios consensuados para la priorización de condiciones salud que serán sujeto de GPC para priorización y sus ponderadores.....	13
Tabla 2. Temas priorizados para la realización del primer grupo de GAI a partir del segundo semestre de 2009.....	16
Tabla 3. Grupos y subgrupos de las 139 causas de enfermedad estudiados en el Estudio de Carga de Enfermedad 2005.....	20
Tabla 4. Resultados generales del Estudio Carga de Enfermedad 2005 (ECE 2005).	21
Tabla 5. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor frecuencia de recobro durante 2008.....	30
Tabla 6. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor valor de recobrado por unidad durante 2008.....	31
Tabla 7. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor valor de recobrado por unidad durante 2008.....	32



CONDICIONES MÉDICAS PRIORIZADAS PARA LA REALIZACIÓN DEL PRIMER GRUPO DE GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL - GAI – PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD - POS

El presente documento tiene como propósito dar los elementos de contexto para el próximo proceso de apertura de convocatoria para la realización del primer grupo de Guías de Atención Integral para la actualización del POS. Recoge los componentes principales del proceso de selección de las condiciones médicas que serán abordadas a través de GAI y el establecimiento de criterios principales para esto; adicionalmente, aborda los siguientes temas:

1. Desarrollo de la Guía Metodológica, las Guías de Diabetes Mellitus 1 y 2 como piloto y las Guías de Atención Integral (GAI) para la actualización del POS.
2. Proceso de priorización para la definición del primer grupo de GAI.
3. Análisis de información epidemiológica para la identificación de necesidades en salud para la actualización del POS en el mediano y largo plazo a través de GAI.
4. Los resultados de las consultas ciudadanas presenciales y virtual para la discusión de criterios generales para la actualización del POS y la selección de temas para GAI.
5. Convocatoria para desarrollar Guías de Atención Integral – GAI.



1. Desarrollo de la Guía Metodológica, las Guías de Diabetes Mellitus 1 y 2 como piloto y las Guías de Atención Integral -GAI- para la actualización del POS

1.1. Justificación de las GAI

El desarrollo, adopción y 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).

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 costo-efectividad y viabilidad financiera en el SGSSS¹; y los instrumentos seleccionados para la asignación eficiente de recursos para los planes obligatorios de salud son el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI)² 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.

¹ 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.

² Las Guías de Atención Integral (GAI) son consideradas como elementos necesarios para la definición de la prestación de servicios y para la definición de medicamentos incluidos en los planes de beneficios POS-C y POS-S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y están compuestas por Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia (GPC), 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. Las GPC sólo son uno de los componentes de las GAI, en el marco del SGSSS y del POS.



Esta decisión se ha tomado no sólo con los elementos normativos ya mencionados, sino también con base en la experiencia del Ministerio de la Protección Social en los últimos tres años, en la que se actualizó el POS subsidiado y contributivo con base en guías nacionales basadas en la evidencia en temas prioritarios como el VIH/SIDA, la Enfermedad Renal Crónica y la Planificación familiar para hombres y mujeres, entre otras^{3, 4, 5}.

Gracias a su implementación, se ha permitido el acceso al tratamiento integral en las mencionadas condiciones de salud, en el marco del aseguramiento en salud. Así mismo, las guías, han servido como base para la estructuración de programas organizados entre aseguradores y prestadores para la atención de pacientes con estas patologías, para el seguimiento clínico y hoy son herramientas para la auditoria de la calidad e integralidad de la atención en salud, así como insumos para el seguimiento de costos. Sin perjuicio de lo anterior, es importante que el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud - CRES – profundicen en el desarrollo de herramientas de seguimiento a resultados y costos de las GAI.

1.2. La Guía Metodológica para la elaboración de GAI

El desarrollo de GAI con los componentes de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de evaluación económica de las guías y de estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías, requieren de una metodología única, robusta, consultada y consensuada que se adapte a las necesidades del país y del SGSSS.

Por lo tanto en agosto de 2008, con recursos de un convenio entre el Ministerio de la Protección Social y Colciencias, se abrió una convocatoria para grupos de investigación nacionales, a los que se les valoró el establecimiento de alianzas temporales con universidades y centros de investigación internacionales, para el desarrollo de una Guía Metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS.

³ 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>

⁴ 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>

⁵ 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>



Entre los participantes, la convocatoria fue ganada por el Centro de Estudios e Investigaciones en salud – CEIS de la Fundación Santafé de Bogotá y entre diciembre de 2008 y la fecha, el Centro ha estado trabajando en la construcción de dicha guía contando con un amplio proceso de participación en sus fases de validación y socialización nacional e internacional. El borrador de la primera versión final de la guía metodológica está en proceso de revisión y será publicada en octubre de 2009 y se iniciará un proceso de aplicación de la misma a través del desarrollo de GAI temáticas, que respondan a las necesidades de salud prioritarias para el país. Los grupos de investigación a quienes se les adjudique la convocatoria para la realización de la GAI temáticas, tendrán acceso a la Guía Metodológica antes de la fecha prevista para la publicación.

Esta guía no sólo estandarizará las diferencias en metodologías para el desarrollo de guías y de estudios de evaluación económica en salud que existen en el mundo, sino que busca establecer unas pautas metodológicas precisas para la realización de estudios actuariales o de impacto en la UPC para la inclusión de tecnologías en salud en el POS. Adicionalmente, con este documento técnico se estructura un proceso que tiene en cuenta la información, los recursos humanos y los recursos técnicos disponibles en el país para la actualización del POS con base en guías clínicas.

1.3. Guías de Atención Integral para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2

Al igual que para otros procesos técnicos y de construcción metodológica, el desarrollo de la Guía Metodológica requería de una aplicación piloto que permitiera evaluar y validar la robustez, aplicabilidad y reproducibilidad de la misma. Es así como el CEIS de la Fundación Santafé de Bogotá, luego de una convocatoria con recursos de COLCIENCIAS y la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y Cultura – OEI - inició en forma paralela la actualización de las guías para la atención de la Diabetes Mellitus tipos 1 y 2, las cuales también se publicarán en octubre de 2009. Se pretende con estas guías, además de evaluar la metodología propuesta por la Guía Metodológica, actualizar las guías previas, realizar evaluaciones económicas y actuariales para el ajuste del POS y adelantar indicadores de seguimiento en el tema.

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.

Como se mencionó previamente, 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 complementado con las siguientes 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 divulgación, en la que se han dado a conocer los resultados de la fase de validación técnica con opción de tomar aportes y sugerencias que enriquezcan sustancialmente la consolidación de las metodologías en desarrollo.

1.4. Aplicación de la Guía metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS

Así como se han venido actualizando las Guías de Atención Integral de la Diabetes Mellitus, se espera que la aplicación de la Guía Metodológica permita la adaptación o el desarrollo de GAI para condiciones médicas prioritarias para el país y que con base en las recomendaciones clínicas y en los resultados de las evaluaciones económicas y de impacto actuarial, la Comisión de Regulación en Salud – CRES – tome con suficiente sustento técnico las decisiones de actualización de los contenidos del POS para buscar que la atención en salud esté enmarcada por la prestación de servicios de calidad, con seguridad y efectividad demostradas y que procuren el equilibrio financiero del sistema.

En otras palabras, las GAI compuestas por guías de práctica clínica con evaluaciones económicas y de impacto en la UPC son un instrumento que se espera permita los siguientes propósitos:

- Brindar a los tomadores de decisiones, insumos técnicos que sean útiles para redefinir y actualizar gradual y progresivamente el Plan Obligatorio de Salud, POS.
- Ser instrumentos para señalar parámetros de calidad en el sistema, de manera que permitan reducir la variabilidad indeseada en la práctica médica.
- Ser un referente de buenas prácticas en el ejercicio clínico.
- Ser una herramienta para medir y evaluar a los distintos actores del sistema por cuanto contribuyen a la generación de indicadores de seguimiento y de resultados en salud.
- Ser una herramienta que relacione las buenas prácticas en el ejercicio médico, con el uso eficiente de los recursos y con las posibilidades reales del sistema de financiar las prestaciones recomendadas para la práctica clínica.



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



El Ministerio de la Protección Social en conjunto con Colciencias abrirán durante el segundo semestre de 2009 la primera de las convocatorias previstas para la realización de GAI, en las cuales podrán participar diversos grupos de universidades y centros de investigación en Salud de Colombia, la cual implica 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.



2. Proceso de priorización para la definición del primer grupo de GAI

Conociendo que el número de las condiciones de salud que se pueden identificar en una población puede ser considerable, que 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 prioritariamente por el POS 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.

Existen diferentes abordajes para definir estas prioridades y aunque en su mayoría han sido desarrollados y aplicados para la evaluación de tecnologías en salud^{6, 7, 8, 9}, también se han enfocado en la selección de tópicos para la realización de guías de práctica clínica (GPC).

Las guías de práctica clínica (GPC) están inmersas en un sistema de salud, el cual sin importar su localización tiene unos recursos disponibles limitados para el desarrollo e implementación de sus recomendaciones¹⁰. El uso de una metodología formal es esencial para asegurar la identificación de temas prioritarios para realizar guías de práctica clínica¹¹ y la necesidad de discernir alrededor del tema está sustentada en las necesidades de los pacientes, el sistema sanitario y los profesionales de la salud.

A pesar del creciente número de recomendaciones para el desarrollo de GPC¹², no existe uniformidad en los criterios usados para seleccionar los temas para el desarrollo de GPC y existe un escaso volumen de información publicada sobre métodos explícitos y

⁶ Basque Office for Health Technology Assessment. The prioritisation of evaluation topics of health: Report. Donosita-San Sebastian: Osteba; 1996.

⁷ Carlsson P. Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. Int J Technol Assess Health Care. 2004; 20:44-54.

⁸ Donaldson MS, Sox HC. Setting priorities for health technology assessment: A model process. Washington, DC: National Academy Press; 1992.

⁹ Henshall C, Oortwijn W, Stevens A, Granados A, Banta D. Priority setting for health technology assessment. Theoretical considerations and practical approaches. A paper produced by the Priority Setting Subgroup of the EUR-ASSESS Project. Int J Technol Assess Health Care. 1997; 13:144-185.

¹⁰ Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Chapter 4 Priority setting in health research. Available at: http://www.globalforumhealth.org/filesupld/1090_report_03_04/109004frontmatter.pdf. Accessed on May 2008.

¹¹ Battista RN, Hodge MJ: Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ 1995, 153:1233-6.

¹² Turner T, Misso M, Harris C, Green S. Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. Implement Sci. 2008 Oct 27;3:45.



sistemáticos de priorización que permitan un proceso adecuado y transparente de selección de los mismos¹³.

Usualmente la priorización en salud se sustenta en procesos multi-criterio y con etapas secuenciales, como se evidencia en áreas mejor desarrolladas como la priorización de la tecnología sanitaria.

Dentro de las experiencias nacionales se destaca la construcción de un instrumento de priorización por parte del Instituto Nacional de Cancerología (INC) para la selección de temas oncológicos a abordar en las GPC que desarrolla dicha institución. Los criterios allí establecidos son factibilidad, disponibilidad de recursos, carga de enfermedad, repercusiones de la guía en la práctica y evidencia disponible. Estos elementos fueron definidos a través de consenso y se considera ajustado al contexto de la institución y del país en el área de la oncología.

Igualmente se destaca la experiencia de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social en la priorización de condiciones de salud de la población en la Planificación Local Participativa, a través de la metodología de grupo focal presentada en el documento “Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud”¹⁴.

Sin embargo, no todas las metodologías pueden ser reproducibles o no son lo suficientemente sensibles y específicas para priorizar condiciones de salud en otros contextos, como es el caso del SGSSS y el Plan Obligatorio de Salud (POS). La información y el conocimiento que se requieren para la definición de prioridades a nivel de un sistema de salud son muy diferentes a la información y el conocimiento que exige la identificación de prioridades a nivel de una región o aún más, en una institución prestadora de servicios de salud; por lo cual se consideró necesario avanzar en la definición de criterios que reflejaran los objetivos del Ministerio de la Protección Social en un proceso de priorización de las guías de atención integral y que fueran útiles para los proyectos de actualización del POS que se vienen adelantando.

Los temas incluidos en el primer grupo de GAIS que se realizarán con la metodología propuesta por la Guía Metodológica han sido seleccionados luego de un proceso de

¹³ Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Res Policy Syst.* 2006; 4: 14. Published online 2006 November 29. doi: 10.1186/1478-4505-4-14.

¹⁴ Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Diciembre 2008.



priorización académico que tuvo en cuenta los criterios que se presentan a continuación y que fueron consensuados por el Ministerio de la Protección Social en Abril de 2009. Estos se construyeron con base en información obtenida a partir de una revisión de la literatura acerca de los procesos de priorización de tópicos para Guías de Práctica Clínica y con base en el conocimiento y las experiencias de instituciones como en Instituto Nacional de Cancerología y de los Directores y funcionarios de las Direcciones Generales del Viceministerio de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social.

Los días 3, 7 y 16 de abril de 2009 se realizó el taller de consenso al interior del Ministerio de la Protección Social, en el que participaron las direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar, para la definición de dichos criterios que deben orientar el proceso de priorización de condiciones de salud y avanzar hacia un acuerdo legítimo alrededor del tema. Como resultado se obtuvo una tabla de criterios con su porcentaje de calificación, que posteriormente fueron aplicados para la selección de condiciones que pueden ser abordadas a través de GAI con componentes clínico, económico y actuarial.

Entre los criterios definidos (ver Tabla 1), además de aquellos relacionados con aspectos epidemiológicos (frecuencia y severidad de una condición médica), se encuentran los siguientes:

- 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 GAI
- Variabilidad de la práctica clínica y disponibilidad de evidencia
- Aspectos sociales
- Aspectos de equidad
- Preferencias de los usuarios

Tabla 1. 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 GAI
	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 de 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	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: Resultados del Taller de evaluación y consenso de los criterios para la priorización de condiciones de salud que serán sujeto de Guías de Práctica Clínica y la estimación de sus ponderadores. Abril 3, 7 y 16 de 2009. Ministerio de la Protección Social.

Los criterios de priorización fueron aplicados a las patologías identificadas a través del Estudio de Carga de Enfermedad 2005 y a través de las patologías propuestas por las Direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social y actores de importancia en el sistema.

Los criterios que tuvieron mayor ponderación y que por tanto, aportaron más para la selección del primer grupo de temas para la realización de GAI fueron la magnitud y la severidad de la enfermedad a través del Estudio Carga de Enfermedad 2005, la posibilidad de hacer prevención de riesgos mediante intervenciones individuales, el impacto económico de la condición médica en el sistema de salud y la factibilidad de la implementación de las recomendaciones, siendo determinante en este criterio que la condición de salud estuviera en concordancia con las prioridades nacionales de salud y con políticas internacionales.

La siguiente tabla (ver Tabla 2) muestra las categorías y los temas priorizados para este primer grupo de GAI. Las categorías fueron definidas no solo por los resultados obtenidos a través de la aplicación de los criterios de priorización, sino también de acuerdo a otros criterios preestablecidos como son:

- Grupos etarios prioritarios, tomando en este primer grupo de GAI a los niños y niñas menores de 12 años y a las mujeres en edad reproductiva,



- La atención prioritaria a las condiciones médicas de tipo crónico no transmisible de acuerdo con el análisis de información epidemiológica, cuyos resultados importantes se presentan resumidos en el siguiente capítulo de este documento.
- La posibilidad de adaptar o desarrollar GAI con enfoque preventivo para las atenciones.

El principal criterio de agrupación, para la conformación de las categorías temáticas fue el grupo de edad, por eso en algunas de las categorías no existe una relación temática clara entre las guías individuales a desarrollar al interior de la categoría, por lo que se promoverá en la convocatoria la conformación de equipos de expertos clínicos multidisciplinarios.

El enfoque de la GAI para cada una de las categorías debe dar respuesta al enfoque integral que se ha definido para el Plan Obligatorio de Salud - POS -, haciendo énfasis en lo preventivo; sin embargo, para las categorías que se concentran en temas oncológicos tanto en niños como en adultos el énfasis estará en su mayoría en la detección temprana y el tratamiento oportuno.



Tabla 2. Temas priorizados para la realización del primer grupo de GAI a partir del segundo semestre de 2009

Categoría GAI		Temas	Enfoque	Plazo de Ejecución
1	Detección y atención de las complicaciones médicas del recién nacido I	<ul style="list-style-type: none"> Atención del Recién nacido Bajo peso al nacer y recién nacido Pretérmino Asfixia y trauma al nacer 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	12 meses
2	Detección y atención de las complicaciones médicas del recién nacido II	<ul style="list-style-type: none"> Sepsis del recién nacido Trastornos respiratorios del recién nacido Detección y atención inicial de trastornos congénitos 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	12 meses
3	Detección y atención de factores de riesgo y alteraciones en menores de 10 años I	<ul style="list-style-type: none"> Detección de las alteraciones del menor de 10 años IRA Baja Asma Enfermedad Diarreica Aguda 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	12 meses
4	Detección y atención de factores de riesgo y alteraciones en menores de 10 años II	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones nutricionales Caries Desnutrición Epilepsia 	Prevención primaria y secundaria.	12 meses
5	Cáncer en niños	<ul style="list-style-type: none"> Leucemia Linfóide Aguda Leucemia Mieloide Aguda Linfomas Tumores del Sistema Nervioso Central 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	9 meses
6	Mujeres en edad reproductiva. Embarazo, parto y puerperio I	<ul style="list-style-type: none"> Detección temprana de las alteraciones del embarazo Atención de las infecciones del embarazo: IVU, Cervicovaginitis, STORCH y sepsis puerperal 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	9 meses
7	Mujeres en edad reproductiva. Embarazo, parto y puerperio II	<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo 	Prevención secundaria: diagnóstico	6 meses



		<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo 	temprano y tratamiento oportuno.	
8	Detección temprana de cáncer en mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones preneoplásicas del cuello uterino • Detección temprana Cáncer de mama 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	6 meses
9	Adulto. Detección temprana de las alteraciones del adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Detección temprana de las alteraciones del adulto de 30 a 44 años • Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años 	Prevención primaria y secundaria.	12 meses
10	Adulto. Detección y manejo de factores de riesgo cardiovascular y eventos asociados I	<ul style="list-style-type: none"> • Dislipidemias • Cardiopatía Hipertensiva 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	12 meses
11	Adulto. Detección y manejo de factores de riesgo cardiovascular y eventos asociados II	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos Cerebrovasculares • Enfermedad Isquémica Cardiovascular (Eventos coronarios agudos) • Insuficiencia cardiaca 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	12 meses
12	Adulto. Enfermedades de origen general	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis Reumatoidea • Transplante Renal 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	9 meses
13	Adulto. Tratamiento del cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	6 meses
14	Niños y Adultos. Enfermedades Infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • VIH SIDA • Abordaje sindrómico de las ITS • Sífilis Congénita 	Prevención secundaria: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	9 meses

Fuente: Resultados de la aplicación de los criterios de priorización consensuados por el Ministerio de la Protección Social. Mayo a julio de 2009.



Para cada uno de los temas se hizo la revisión de GPC existentes en el país y se han caracterizado en torno a si contienen o no, además del componente clínico, los componentes de evaluación económica y de impacto actuarial. Esta caracterización permitió definir el presupuesto y el tiempo de ejecución que se presentarán para cada categoría de GAI durante la convocatoria que se realizará en conjunto con Colciencias en el segundo semestre de 2009.

Dentro de los impactos esperados luego de la implementación de las GAI se encuentran:

- La mejoría a mediano y largo plazo de los desenlaces en salud para los diferentes grupos de población de acuerdo a lo que muestra la evidencia científica.
- Establecer líneas de base para la medición periódica de resultados en salud.
- 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 servicios¹⁵.
- Medir la eficiencia comparativa entre las diferentes opciones (preventivas, diagnósticas, terapéuticas) que recomiende el componente clínico de la GAI e identificar cuáles de las tecnologías que procuran el uso eficiente de los recursos en salud y que están disponibles en el país, son aceptadas socialmente y permiten la sostenibilidad financiera del sistema.
- Actualizar los contenidos del POS con base en instrumentos que no sólo permitan mejoramiento de calidad sino también de priorización del gasto en salud.
- La obtención de 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.
- 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.

¹⁵ 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



3. 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:

3.1. Análisis de la Carga de enfermedad

El concepto de Carga de Enfermedad^{16,17,18}, 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)¹⁹, el estudio de Carga de Enfermedad Colombia 2005²⁰, con estimación del indicador Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISAS) para un listado de 139 causas según grupos y subgrupos de causas.

¹⁶ Murray CJL, Lopez AD (1996) The Global Burden of Disease. Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.

¹⁷ 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.

¹⁸ Murray CJ, Acharya AK (1997) Understanding DALYs. Journal of Health Economics, 16:703–730.

¹⁹ Rodríguez J, Ruíz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Encuesta Nacional de Salud. Resultados Nacionales. 1ª Edición. Bogotá, enero de 2009.

²⁰ 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.

Tabla 3. Grupos y subgrupos de las 139 causas de enfermedad estudiados en el Estudio de Carga de Enfermedad 2005.

<p>Grupo 1- Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades infecciosas. • Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. • Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores. • Enfermedades parasitarias. • Infecciones respiratorias. • Condiciones materna. • Condiciones que aparecen en el periodo perinatal. • Deficiencia de la nutrición. 	<p>Grupo 2- Enfermedades no transmisibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Grupo 3 - Lesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones no intencionales. • Lesiones intencionales. 	<p>Grupo 4 - Factores de riesgo para la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos y estilos de vida. • Estados fisiológicos. • Factores sociales y del ambiente.

Fuente: Tomado y adaptado del documento 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.

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)²¹.

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.

²¹ 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”.

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

AVISAS (x 1000 personas) por edad y sexo	Hombres								Total
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	
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								Total
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	
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								Total
	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80 +	
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 medios²².

²² Global Burden of Disease and Risk Factors. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. 2006.



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 2007²³), 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.

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.

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.

²³ Decreto 3039 de 2007, mediante el cual se adopta el Plan Nacional de salud Pública. Ministerio de la Protección Social. 2007.



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.

En conclusión, los resultados del Estudio de Carga de Enfermedad 2005 de Colombia permitieron enfocar la priorización de temas para el desarrollo de GAI de la siguiente manera:

- 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.).

3.2. 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.

3.2.1. Análisis a partir de los resultados de la 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.

Morbilidad en menores de 6 años

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.

Morbilidad en personas entre 18 y 69 años

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.



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.

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.



3.2.2. Análisis de información epidemiológica para la identificación de necesidades en salud a partir de los 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.

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 no hacen parte de las primeras causas de atención en el POS. 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.
- 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, sí son situaciones que requieren de la prestación de servicios de salud.

3.3. Análisis de los medicamentos más recobrados durante el 2008 por frecuencia y por valor

En diferentes estudios técnicos del Ministerio de la protección Social ^{24, 25, 26}, y como es sabido por todos los actores del sistema, los recobros por medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y por Fallos de tutelas, es uno de los problemas que impacta financieramente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aunque se han venido tomado medidas gubernamentales de control (Resoluciones 2948 y 2949 de 2003, 3797 de 2004, 3615 de 2005 y 2933 de 2006) y se han hecho inclusiones al plan de beneficios de Plan Obligatorio de Salud, los recobros han tenido una tendencia creciente en el tiempo.

Por esta razón, se considera que al tener en cuenta el impacto financiero en el sistema de los recobros y tutelas de medicamentos no POS, como un criterio para la selección de temas para la realización de GAI, se puede analizar bajo una metodología unificada, robusta, consultada y consensuada, la pertinencia clínica de éste grupo de medicamentos

²⁴ Análisis médico y epidemiológico descriptivo de los recobros por tutelas y medicamentos no pos presentados al FOSYGA entre los años 2002 a 2007. Eugenio Ferro Rodríguez, Consultor de la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud. Bogotá. Febrero de 2008.

²⁵ Evaluación Clínica y Económica de los Recobros realizados al FOSYGA por Tutelas, periodo 2005-2006. Libardo Chavez Guerrero, Consultor de la Dirección de Gestión de la Demanda-MPS. Bogotá. Abril de 2007.

²⁶ Análisis descriptivo de los recobros en el sistema general de seguridad social en salud, 2002 a 2005. Leonardo Cubillos, Asesor de la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud. Miembro del Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías. Bogotá. Agosto de 2006.



y su posible contribución en el mejoramiento de la atención en salud y en la obtención de mejores resultados tanto en calidad como en el uso eficiente de los recursos en salud.

Por esta razón se revisaron los medicamentos más recobrados tanto en frecuencia, como en valor unitario y acumulado y se compararon con las condiciones de salud seleccionadas para la adaptación o el desarrollo del primer grupo de GAI. Se obtuvo como resultado que en una proporción considerable con los medicamentos recobrados hacen parte del manejo integral de los temas seleccionados.

Es probable que el uso de varios de estos medicamentos se concrete en una recomendación basada en la evidencia para la práctica clínica de los profesionales de la salud del país. Si además, teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones económicas que se adelanten para estas recomendaciones y las condiciones financieras del SGSSS luego de realizar los estudios de impacto actuarial en la UPC, el organismo decisor considera que estos medicamentos deben ser parte de la actualización del POS, bien sea por sustitución o por inclusión; se reduciría en parte la presión de estos recobros en la viabilidad financiera del sistema.

Si el grupo de medicamentos que en la actualidad están documentados como de mayor recobro, resultan no ser medicamentos de primera línea con base en la evidencia y no son objetivo de la actualización del POS, al menos se establecen criterios claros de formulación que permitan un uso racional de los mismos.

Esta es solo una aproximación al problema, lo cual implica la aplicación de otras estrategias desde diferentes frentes para el control de la situación.

En las Tablas 5, 6 y 7, se presentan los resultados de esta comparación entre los medicamentos de mayor recobro y los temas seleccionados para el desarrollo del primer grupo de GAI para la actualización del POS.

Tabla 5. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor frecuencia de recobro durante 2008.

GAI Priorizadas	Medicamentos Recobrados	Frecuencia de Recobro	Porcentaje dentro del grupo de medicamentos revisado
Dislipidemia, Cardiopatía Hipertensiva, Eventos cerebrovasculares, Enfermedad Isquémica Cardiovascular, Insuficiencia Cardíaca	Atorvastatina	66.774	56%
	Clopidogrel	38.356	
	Quinalapril + Hidroclorotiazida	22.512	
Epilepsia	Pregabalina	9.682	8%
	Levetiracetam	8.961	
Diabetes Mellitus Tipo 1	Insulina Glargina	12.691	6%
Neumonía (cefalosporina de 4o generación más usado en neumonía, pero puede ser usado en cualquier patología infecciosa intrahospitalaria)	Cefepime	6.302	3%
Total			72%

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la información suministrada por la dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social sobre medicamentos recobrados durante 2008.

Al comparar los temas con los medicamentos con mayor frecuencia de recobro se encuentra que el 74% de los medicamentos analizados, hacen parte del manejo farmacológico de patologías cardiovasculares crónicas, de la epilepsia, de la diabetes mellitus tipo 1 y de la neumonía. Se debe aclarar que el grupo de medicamentos analizado corresponde a los de mayo frecuencia de recobro, pero es el universo de medicamentos que tienen al menos un recobro.

Tabla 6. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor valor de recobrado por unidad durante 2008.

GAI Priorizadas	Medicamento Recobrado	Frecuencia de Recobro	Valor Unitario Recobro	Porcentaje dentro del grupo de medicamentos revisado
Leucemia Linfoide Aguda, Leucemia mieloide Aguda, Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin), Tumores del Sistema Nervioso Central	Ibritumomab Tiuxetan	1	\$ 43.500.000,00	54%
	Dasatinib	2	\$ 13.020.000,00	
	Nilotinib Tassigna	1	\$ 12.185.600,00	
	Imatinib	1.009	\$ 11.600.000,00	
	Rituximab	34	\$ 9.188.980,00	
	Temozolamida	25	\$ 8.727.790,00	
Cáncer de seno	Trastuzumab	75	\$13.050.000	
	Doxorrubicina Liposomal	12	\$ 2.766.920,00	
Cáncer de estómago y colorrectal	Sunitinib Malato	23	\$ 10.100.720,00	
	Bevacizumab	8	\$ 5.997.300,00	
	Cetuximab	9	\$ 1.189.840,00	
Cáncer de próstata	Acetato de Leuprolide	1.513	\$ 3.663.640,00	
Eventos cerebrovasculares, Enfermedad isquémica cardiovascular	Activador Tisular del Plasminógeno Humano Recombinante	21	\$ 9.471.340,00	
Artritis reumatoidea	Adalimumab	1.080	\$ 1.827.000,00	

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la información suministrada por la dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social sobre medicamentos recobrados durante 2008.

Al comparar los temas con los medicamentos con mayor valor recobrado por unidad se encuentra que el 54% de los medicamentos analizados, hacen parte del manejo farmacológico de patologías oncológicas del sistema linfático y hematopoyético, del cáncer de seno, de colon y recto y de próstata, y de eventos trombóticos agudos cerebrales y cardiovasculares. Se debe aclarar que el grupo de medicamentos analizado corresponde a los de mayor frecuencia de recobro, pero es el universo de medicamentos que tienen al menos un recobro.

Los resultados fueron similares al comparar los temas seleccionados con los medicamentos con mayor valor recobrado acumulado, incluyéndose los temas trasplante de órganos y tumores del Sistema Nervioso Central.

Tabla 7. Comparación entre los temas priorizados para las GAI y los medicamentos con mayor valor de recobrado por unidad durante 2008.

GAI Priorizadas	Medicamento Recobrado	Frecuencia de Recobro	Valor Σ Factura	Porcentaje dentro del grupo de medicamentos revisado
Leucemia Linfoide Aguda, Leucemia mieloide Aguda, Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin), Tumores del Sistema Nervioso Central	Rituximab	3.397	\$ 37.075.985.339,85	31%
	Imatinib	1.057	\$ 21.339.131.803,80	
Artritis Reumatoidea	Infliximab	1.066	\$ 10.928.819.163,00	14%
	Etanercept	1.000	\$ 7.631.855.856,20	
	Adalimumab	1.080	\$ 7.533.568.117,00	
Cáncer de seno	Trastuzumab	1.691	\$ 24.178.448.248,00	13%
Cáncer colorrectal	Bevacizumab	495	\$ 8.511.161.944,00	7%
	Oxalipaltino	1.205	\$ 4.607.580.694,00	
Transplante de órganos	Micofenolato de Mofetilo	2.184	\$ 6.964.008.089,00	6%
	Tacrolimus	1.247	\$ 4.944.540.472,10	
Tumores de Sistema Nervioso Central	Temozolamida	375	\$ 7.453.194.042,50	4%
Dislipidemia	Atorvastatina	27.090	\$ 5.449.578.167,00	3%
Total				79%

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la información suministrada por la dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social sobre medicamentos recobrados durante 2008.



4. Los resultados de las consultas ciudadanas presenciales y virtual para la discusión de criterios generales para la actualización del POS y la selección de temas para GAI

El ejercicio de definir prioridades en salud se ha visto como 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. Para Colombia la necesidad de establecer prioridades en salud va más allá de la optimización de los recursos; la priorización aplicada a los procesos de precisión y actualización del Plan Obligatorio de Salud (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.

Este concepto se ve reforzado por las afirmaciones de diferentes autores y expertos que consideran que el ejercicio de definir prioridades en salud es una necesidad para optimizar el uso de recursos^{27, 28, 29, 30, 31} que además de ser escasos, deben procurar mejoras en el estado de salud de toda la población.

Lo importante es definir 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 no son transables y que por lo tanto deben ser respetados por los tomadores de decisiones en los diferentes niveles mencionados anteriormente.

Por lo tanto, también es un objetivo en un ejercicio de priorización el conocer que tipo de riesgos considera la gente que debe cubrir el plan de salud y cuáles son los criterios que

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ Gress S, et al. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care. A comparative perspective. *Health Policy*. 2005; 73(1): 78-91.

³⁰ 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.

³¹ Segal L, Mortimer D. Cost Effectiveness and resource allocation. This article is available from: <http://www.resource-allocation.com/content/4/1/6>.



deben constituirse como los orientadores para la definición del plan de beneficios en los diferentes procesos de revisión, actualización y ajuste que se hagan del mismo.

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.

Por esto entre julio y agosto de 2009 se realizaron 2 consultas ciudadanas presenciales y una consulta ciudadana virtual para la discusión y opinión sobre los principios generales que están establecidos en el SGSSS para la definición y actualización del POS.

El propósito principal de la consulta con ciudadanos y actores fue 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 la consulta virtual se recogieron 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.

Los principales resultados de las consultas, coinciden con los criterios bajo los cuales se seleccionaron los temas para el primer grupo de GAI: atención integral de la enfermedad con énfasis en la prevención, atención a niños y niñas, atención a mujeres en embarazo y la protección financiera de las familias (relacionado con la atención de enfermedades de alto costo).

En la consulta también se confirmó por parte de los colombianos que participaron en la consultas, que en el POS no deben prestarse procedimientos y medicamentos cuya seguridad y efectividad no estén comprobadas (81.7% y 79.6% respectivamente) y aquellos cuyos propósitos sean cosméticos, estéticos o de embellecimiento (77.1%).



5. Convocatoria para desarrollar Guías de Atención Integral - GAI

En Agosto de 2009 Colciencias abrirá la convocatoria para la realización de las 14 Categorías de Guías de Atención Integral -GAI- señaladas previamente, que deben incluir los componentes de Práctica Clínica, evaluaciones económicas y actuariales; siguiendo los lineamientos de la Guía Metodológica para la actualización de los planes de beneficio POS-C y POS-S del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, realizada para el Ministerio de la Protección Social por el CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La convocatoria está dirigida a Universidades, Grupos de investigación vinculados a universidades, Centros de investigación, Sociedades Científicas y demás Organizaciones del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología con idoneidad, experiencia, capacidad técnica y logística y gerencial para realizar las actividades requeridas para éste propósito. Permanecerá abierta durante 3 semanas, y en los términos de referencia que se publiquen en la página web de Colciencias, se especificarán los cronogramas de presentación de propuestas, de evaluación y de publicación de resultados.