

# MESAS TEMÁTICAS. PROCESO DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

---

SEPTIEMBRE 21 a 23 y 27 a 30 de 2010

**OCTUBRE DE 2010**

Este documento reúne las ayudas de memoria y las síntesis que cada uno de los coordinadores de las 12 mesas temáticas presentó como resultado del proceso de discusión en sus respectivas mesas.

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Mesa de Aseguramiento.....</b>	<b>6</b>
Introducción .....	6
Relatorías entregadas por los participantes de las mesas .....	8
Ayuda de memoria .....	23
Documento adicionales entregados por las mesas .....	47
Propuesta Secretario de Salud de Barranquilla .....	47
<b>2. Mesa de Atención Primaria en Salud .....</b>	<b>62</b>
Resumen de los Planteamientos .....	62
Relatoría .....	63
<b>3. Mesa de Evaluación de Tecnología Médica.....</b>	<b>91</b>
Resumen de los Planteamientos .....	91
Relatoría .....	95
<b>Asistentes: .....</b>	<b>109</b>
<b>4. Mesa de Financiamiento .....</b>	<b>117</b>
Resumen de los Planteamientos .....	117
Relatoría .....	125
<b>5. Inspección, vigilancia y control.....</b>	<b>153</b>
Resumen de los Planteamientos .....	153
Relatoría .....	175
<b>6. Mesa de Política Farmacéutica.....</b>	<b>209</b>
Resumen de de los Planteamientos.....	209
<b>7. Prestación de Servicios de Salud.....</b>	<b>229</b>
Resumen de los Planteamientos y Relatoría.....	229
<b>8. Mesa de Promoción.....</b>	<b>240</b>
Resumen de los Planteamientos .....	240
Relatoría .....	242
<b>9. Rectoría y Estructura .....</b>	<b>252</b>

Resumen de los Planteamientos .....	252
<b>10. Salud Pública .....</b>	<b>265</b>
Resumen de los Planteamientos .....	265
<b>11. Mesa de Talento Humano .....</b>	<b>274</b>
Resumen de los Planteamientos .....	274
<b>12. Mesa de Usuarios del Sistema .....</b>	<b>284</b>
Relatoría .....	287
Resumen de los Planteamientos .....	311

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de la Protección Social y las Comisiones VII Constitucionales Permanentes del Congreso de la República generaron un espacio de discusión técnica sobre doce temas centrales de la reforma a la salud en Colombia. En este espacio los actores del sector presentaron sus planteamientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reformas que deberían llevarse a cabo.

Se establecieron doce mesas técnicas, una por cada tema, las cuales se llevaron a cabo entre los días 21 y 30 de septiembre en el Centro de Convenciones de Compensar ubicado en la ciudad de Bogotá D.C. Se propuso que cada mesa tuviera como mínimo tres sesiones de todo el día. La moderación de cada mesa estuvo a cargo de un coordinador del alto nivel quien contó con el apoyo de un secretario técnico. Los coordinadores y secretarios técnicos tuvieron la responsabilidad de moderar la discusión de sus respectivas mesas y consolidar en relatorías o resúmenes ejecutivos las intervenciones y planteamientos de los asistentes.

Los temas de las 12 mesas fueron:

1. Aseguramiento
2. Atención Primaria en Salud
3. Evaluación de Tecnologías
4. Financiamiento
5. Inspección, vigilancia y control
6. Política farmacéutica
7. Promoción de la salud
8. Prestación de servicios
9. Rectoría y estructura
10. Salud Pública
11. Talento Humano en salud.
12. Usuarios del Sistema

A las mesas temáticas asistieron presencialmente expertos en los diferentes temas, actores del sistema, representantes del Congreso de la República, representantes de los Ministerios y de entidades de control, representantes de los usuarios, miembros de la academia, representantes de usuarios y representantes de entidades territoriales, entre otros. En total se contó con 513 asistentes en los seis días (no incluye asistentes del Ministerio de la Protección Social) y 1255 registros de entrada a las mesas (un asistente podía participar en más de una mesa).

Con el ánimo de difundir las sesiones de trabajo, se habilitó la transmisión directa vía Internet de todas las sesiones de las 12 mesas temáticas. Esta transmisión contó con 3.451.238 ingresos durante los seis días y los videos están disponibles para su consulta en la página web del Ministerio de la Protección Social.

El producto de estas sesiones, el cual se presenta a continuación, consiste en un documento por mesa que recoge las recomendaciones para el sector salud de acuerdo con las discusiones y los análisis de los actores del sistema participantes. Por lo tanto, en este documento se encuentran planteamientos diversos e incluso opuestos dado que recogen las síntesis y relatorías tal y como fueron enviados al Ministerio de la Protección Social por parte de los coordinadores y los secretarios técnicos de cada una de las mesas temáticas, sin cambios en su estructura ni en sus contenidos.

Es muy importante resaltar que este documento contiene el resultado de las discusiones generadas en las mesas y no la posición del Ministerio de la Protección Social en cada uno de los temas tratados. Sin embargo, el Ministerio considera importante que la ciudadanía conozca estos valiosos aportes para la reforma al sistema de salud.

## 1. Mesa de Aseguramiento

Coordinadores: Diana Pinto (Profesora Investigadora Universidad Javeriana) y Ramiro Guerrero (Director PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud)  
Secretario técnico: Jose Luis Ortiz Hoyos (Asesor Ministerio de la Protección Social)

### Introducción

En la primera sesión los coordinadores presentaron una propuesta de diez posibles dominios sobre aseguramiento en salud en Colombia para discutir en la mesa de trabajo. Se propuso como dinámica de trabajo los siguientes pasos:

1. **Validación por parte de los asistentes de los dominios a discutir** (El documento completo presentado por los coordinadores se puede consultar en los anexos de la mesa)
2. **Abordaje dominio por dominio de los siguientes puntos:**
  - a) Síntesis de la situación ideal (el qué).
  - b) Síntesis de cómo llegar a la situación ideal (el cómo).
  - c) Evaluación de las propuestas de orden legislativo actualmente en discusión.
  - d) Enumeración de propuestas de cambio. Clasificarlas según si son de orden legal, reglamentario u operativo (gestión). No todas las iniciativas de cambio deben recaer en el Estado, si bien cabe esperar que la mayoría sea de su responsabilidad.
- **Los dominios de discusión validados por las submesas fueron:**
  1. Qué debe ser objeto de aseguramiento (incluyendo cuál es el alcance del aseguramiento)
  2. Aseguramiento suplementario (incluyendo reaseguros país)
  3. Modelo de provisión del No POS
  4. Portabilidad y movilidad
  5. Incentivos (incluye incentivos para la prevención)
  6. Selección de riesgos
  7. Información (resaltando el enlace entre información y aseguramiento de calidad, los diferentes dominios de información -afiliación, prestación, etc.-, la información sobre resultados en salud y la libre elección informada)
  8. Administración del aseguramiento
  9. Relación entre los aseguradores/administradores y prestadores (incluye integración vertical, tarifas, riesgos profesionales y SOAT)
  10. Gobernabilidad y rendición de cuentas al usuario de aseguradores administradoras
  11. Temas de otras submesas: roles y competencias; usuarios del sistema; inspección, vigilancia y control; salud pública, aseguramiento de la calidad y evaluación de tecnologías
  12. Riesgos profesionales y SOAT (a discreción de la respectiva submesa si lo trata de manera transversal o como una dimensión independiente)

Los asistentes se organizaron según sus preferencias en cinco sub-mesas y abordaron en las sesiones las dimensiones según las preguntas propuestas por los coordinadores (el qué, el

cómo, la discusión de las propuestas legislativas y la elaboración de propuestas de cambio). En cada una de las sesiones las sub-mesas trabajaron internamente para luego presentar en plenaria los resultados de las discusiones internas. Cabe anotar que debido al extenso número de dominios, las sub-mesas no abordaron en su totalidad los dominios propuestos.

Para registrar los aportes de las sub-mesas, el secretario técnico de la mesa realizó una ayuda de memoria sobre las plenarios y se sugirió que, si lo consideraban adecuado, cada una de las sub-mesas podía entregar al coordinador un documento de relatoría que reuniera los principales puntos tratados por la respectiva sub-mesa. Esto último con el objetivo de que las discusiones y propuestas de las sub-mesas se consiguieran en este documento de manera literal.

Este documento se divide en cuatro secciones de las cuales esta introducción es la primera. La segunda sección reúne los documentos entregados por las sub-mesas. En total tres de cinco sub-mesas entregaron documento de relatoría. En la tercera sección se presentan las ayudas de memoria construidas por el secretario técnico para cada una de las sesiones. Finalmente, la cuarta sección presenta documentos adicionales y presentaciones entregados por parte de los asistentes a las mesas.

## Relatorías entregadas por los participantes de las mesas

### Submesa No 1. Relator: Juan Manuel Días-Granados

INFORME No 1  
DE MESA DE ASEGURAMIENTO  
RELATOR JUAN MANUEL DIAZ-GRANADOS  
SITUACIÓN IDEAL

#### PREMISA

En Colombia se estableció un sistema de seguridad social con varios esquemas de aseguramiento

#### ALCANCE DEL ASEGURAMIENTO SOCIAL

- Protección financiera
- Caracterización de la población y manejo de la afiliación
- Gestión de riesgo en salud y manejo de la afiliación – actividades de prevención individual en algunas colectivas
- Gestión de las redes de prestación para la provisión de servicios
- Gestión de costos
- Representación del usuario – agente frente al sistema

#### DOMINIOS DE DISCUSIÓN

##### Qué debe ser objeto de aseguramiento

- No todo porque se parte de la premisa que los recursos económicos, físicos y humanos son limitados. En consecuencia hay que priorizar
- Servicios preventivos y curativos  
Acciones en 4 componentes: Prevención, Promoción, Atención-prestación y Rehabilitación
- Todas las patologías
- No preexistencias
- Servicios que deben ser incluidos en el aseguramiento
  - Servicios de alto impacto para enfrentar la carga de enfermedad
  - Servicios que eviten la ruina de las familias y que sean costo efectivo
- Servicios de cobertura especial que no es aseguramiento – improbable ocurrencia y alto costo

Medidas complementarias:

- PLANES CLAROS en su alcance

- USO DE GUÍAS actualizados periódicamente

### **Modelo de provisión de lo NO POS**

- Debe ser separado del POS mediante un sistema especial con priorización y listados explícitos. Los límites deben ser respetados.
- Debe preverse un mecanismo de aclaración con una metodología predefinida
- Transición hasta la unificación de planes
- Un solo sistema después de 5 años
- Fuentes de financiación independiente (POS especial)
- Mecanismo de coordinación de los especial

### **Aseguramiento suplementario**

Se debe permitir para todos los Servicios de salud:

- Los previstos en el POS
- Los previstos en el mecanismo especial
- Los no garantizados

### **Sistema de afiliación y movilidad**

- Debe existir un sistema único de afiliación
- Creación de un fondo común para todo el sistema
- Transición creando primero un fondo común para el subsidiado – un solo sistema
- En la transición debe haber un mecanismo de traslado inter-régimen eliminando incentivos negativos.
- Cobertura en el sistema como en el contributivo (portabilidad)
- Que los criterios de elegibilidad (punto de corte) del Sisben por salud no imponga barreras territoriales (punto de corte)
- Cotizar según su capacidad de pago
- Las prestaciones económicas pueden establecerse para todos en función de la cotización
- Afiliación solo para residentes en el territorio nacional

### **Incentivos**

- Un buen POS
- Eliminar los incentivos nefastos que inducen al uso irracional del sistema
- Incentivos a la entrega de información completa y de calidad (y multas)
- Incentivos positivos para quien lo haga bien y sanciones para quien lo haga mal
  - Aseguradores – incluida la prevención cambio 412
  - Prestadores
  - Usuarios
- Control y evaluación , de nueva tecnología y medicamentos para ingreso al país e inclusión en el POS
- Control al uso diferente a los indicados en el registro
- Control a la obsolescencia
- No permitir ingreso de tecnología experimental

### **Selección de riesgos**

- La UPC debe ser suficiente por cada grupo de edad y sexo, sitio y otros
- Mecanismo de ajuste de riesgo – CAC con complemento de incentivos de prevención. La inclusión de servicios debe obedecer a estudios técnicos que lo soporten

### **Información**

- Debe ser Pública, Estandarizada y Obligatoria
- Obtener la información base
- RIPS obligatorios
- SISMED
- SIVIGILA
- Establecer los indicadores alineados con los resultados buscados

### **Integración vertical**

- Debe permitirse con regulación

### **INFORME No 2**

#### **DE MESA DE ASEGURAMIENTO**

#### **RELATOR JUAN MANUEL DIAZ-GRANADOS**

### **COMENTARIOS A LOS PROYECTOS DE LEY**

#### **Generales**

- Son proyectos contradictorios
- Si bien dicen mantener el modelo de aseguramiento el desarrollo no es consistente con el mismo ni con el papel del asegurador.
- Libertad de elección de IPS vs contratación obligatoria
- Libertad de elección de EPS – IPS. Los modelos de libertad de IPS han sido negativos (casos ISS y USA)
- Modelo de gestión de riesgo no es comprobable con red abierta
- Si el asegurador debe dar resultados en salud eso no se puede con red abierta
- Muchos de los temas tratados no requieren Ley
- La regulación tan detallada a nivel de Ley resta margen de maniobra del Ministerio y los entes reguladores. El país tiene muchas diferencias que deben ser tenidas en cuenta.
- Los proyectos no presentan estudios técnicos y no calculan el impacto en el sistema

#### **LEY ESTATUTARIA**

- Auto cuidado – dudas sobre el efecto del incumplimiento
- La salud es más que la seguridad social – ¿determinantes de la salud?
- Intersectorialidad
- Rompe el principio de aseguramiento y es contradictorio

- Obligación o deber de financiación – ¿limitado a cotización impuestos?
- La Ley ordinaria debería definir el mecanismo específico

### **LEY RESIDENTES EN EL EXTERIOR**

- La prestación de servicios es territorial en el país
- Esto sería abrir la red a nivel internacional
- No se puede hacer gestión de riesgo y dar resultados en salud
- No tiene ninguna base técnica ni cálculo de impacto
- Se incluirían actividades adicionales como lo de investigación

### **LEY ELIMINACIÓN BARRERAS**

- Este no es un asunto general y abstracto
- Depende de los casos:
  - situación económica
  - situaciones de salud
  - grupos poblacionales
- Tiempos de espera - se debe fijar por reglamento - situación de cada región  
- situación de cada especialidad

### **PROPUESTAS**

#### **1. LEY ESTATUTARIA**

- Derechos y deberes en materia de salud
- Definir los principios generales y mecanismos mediante los cuales se garantiza el derecho a la salud de la población residente en Colombia, tales como:
- Debe referirse a los distintos mecanismos
  - P y P
  - Salud pública
- Planes de beneficios (régimenes)
- Definir las metodologías para la elaboración de los planes y sus procesos
- Los límites procederán de la garantía de los derechos en un marco
- Faltan principios - finitud - articulación
- Prever que la Ley podrá establecer mecanismos adicionales pero sin garantía
- Regular los criterios de la capacidad de pago

#### **2. LEY ORDINARIA**

- reforzar el aseguramiento (unificación de régimen luego de la unificación de planes)
- bolsa única para subsidiado
- actualización del POS calidad – habilitación IPS y adopción de guías
- P y P
- Control férreo evasión y elusión
- Integración vertical – opiniones - eliminar la restricción- conciliar
- Control nueva tecnología (al país)
- Política de medicamentos

## Submesa 2. Relator: César Burgos

### MESA DE ASEGURAMIENTO: PRESENTACIÓN DE PROPUESTA, SECTOR MEDICO Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Se establece que cada uno de los sectores representados en esta “Submesa de Aseguramiento” expondrá y dejará constancia escrita de sus posiciones y sus propios puntos de vista, los que quedarán reflejados textualmente en la relatoría final, puesto que cada uno tiene sus propias apreciaciones que no necesariamente quedarían reflejadas en una síntesis definida por un único relator.

Sobre esta base metodológica que le da transparencia a la Mesa y respeta las diferentes posiciones se presenta el presente escrito para que se incluya integralmente en la relatoría final, así como los de los demás sectores que participan.

#### DOMINIOS (EL QUÉ)

1. ¿Cuál debe ser el objeto del Aseguramiento (y su alcance)?

En primer lugar, se dejó constancia y diferencia de opinión, sobre el marco preestablecido en este Dominio. Expresamos que en el escenario de una Reforma estructural, así presentada por el mismo Gobierno Central, no podría limitarse el tema al universo del Aseguramiento Clásico. Caben otras opciones válidas, como la de un Sistema Nacional de Salud, que ha sido expuesto por la Academia Nacional de Medicina, por ejemplo. O un Sistema de Seguridad Social, sin el tradicional Modelo de Aseguramiento Privado, que se sintetiza en nuestra propuesta.

Se plantea la discusión de si lo que existe actualmente es un sistema de aseguramiento comercial o de aseguramiento social, puesto que sus características legales, financieras, de vigilancia y control, de responsabilidades, cubrimientos y limitaciones son bien diferentes.

Con respecto a la pregunta, el precepto constitucional que define a **la salud como un derecho fundamental**, autónomo, constituye el norte conceptual de la propuesta de los médicos aquí representados. Vemos viable su cumplimiento sólo si se garantiza, en un contexto conceptual de “Bienestar”, la intervención de los determinantes de la salud. Así que se parte de la base de un Sistema de Seguridad Social en Salud, de carácter obligatorio, único, y de protección social de contingencias, financieras de las personas, así como de la Gestión de Riesgos en Salud, administrado y dirigido por un Ente Público, bajo la Rectoría del Ministerio de la Salud.

Como consecuencia de lo anterior, las prestaciones asistenciales se concretan en **un plan de beneficios según necesidades**, actualizado con criterios de eficiencia y calidad tecnológica. Y por otra parte, en **un Plan Nacional de Salud Pública**, sustentado en políticas, objetivos, prioridades, acciones individuales y colectivas, de responsabilidad del Estado, a través de programas verticales, asociados a los programas de Promoción y Prevención.

La Atención Primaria en Salud sería el instrumento operativo de intervención sobre los determinantes en Salud, concretado en programas inter y transectoriales que compromete las esferas responsables de cada área, puesto que el abordaje del tema de la Salud no solo le corresponde al Sector que atiende directamente la Salud.

Disenso: Los representantes de la Cepal, y de Fasecolda, proponen mantener el modelo actual de aseguramiento, dándole prioridad a la atención de la enfermedad, con competencia regulada y libertad de elección.

2. ¿Cómo será la participación del Aseguramiento suplementario (inclusive en los reaseguros)?

En nuestra propuesta se diferencian el acceso a los servicios de atención en salud a todo aquel que lo requiera, del proceso de afiliación al Sistema. Así que la iniciativa privada se concreta en ofrecer los planes complementarios ó los de medicina prepagada, formalizados en seguros privados que ofrecen ingreso y acceso directo a prestaciones asistenciales diferenciadas por hotelería, sin apelar a los canales del sistema. También podrán vender pólizas de seguros comerciales de salud con diferentes coberturas para quienes las deseen adquirir voluntariamente.

Consideramos los reaseguros como una opción que pueda facilitar la cobertura en las enfermedades de Alto Costo y enfermedades huérfanas y bajo ninguna circunstancia se puede trasladar la función de riesgo o gestión a los propios prestadores.

3.Cuál es la propuesta de provisión NO POS

No compartimos el modelo POS por discriminatorio y limitado per se, aún en sus mejores escenarios, pues conducirá siempre a zonas grises y a niveles altos de incertidumbre, discusión estéril y omisiones en las responsabilidades que tienen que ser subsanadas por los jueces. En consecuencia, descartamos el NO POS.

Proponemos la prestación de servicios según necesidades bajo la razonabilidad e idoneidad profesionales sustentados en la autorregulación institucional y profesional, con un claro régimen de inhabilidades y conflicto de intereses.

La diatriba POS y NO POS ha conducido a incentivos perversos para diferentes actores y dispara los costos y gastos en salud, por lo que consideramos que volver al mismo tema es retomar modelos que han sido muy deteriorantes para el conjunto del Sistema y ha afectado profundamente las relaciones de los pacientes con los médicos y las instituciones.

Disenso: Fasecolda propone continuar con el modelo POS con reglas claras. Opción: POS con exclusiones

4. Portabilidad y movilidad

Proceso progresivo hacia la prestación de servicios según necesidades, sin barreras geográficas ni administrativas para el acceso. La condición de habitante del territorio nacional será la única justificación de los servicios. No existirán barreras documentales o de identificación.

La condición de cotizante estará signada por el contrato de trabajo decente y estable. Mientras no exista estabilidad laboral, la evasión y la elusión serán constantes afectaciones y la movilidad de las personas un incierto e intrincado escenario. A su vez, la evasión al Sistema se ha convertido en un instrumento de la flexibilización laboral.

## 5. Prevención

El concepto de prestaciones para la salud y el bienestar debe sustentarse en Promoción y Prevención, asumida por los entes territoriales. La regulación del gasto y la calidad de la atención están ligadas y determinadas por una política de P y P de responsabilidad estatal.

## 6. Incentivos

Orientados por indicadores de salud. No en la producción y contabilidad de eventos y acciones, sino por resultados en salud. Tales como el mejoramiento progresivo de la morbilidad y la mortalidad evitables.

Los incentivos financieros precipitan el control de costos con cuotas de participación por procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se deteriora la calidad e irrumpen los problemas éticos.

El comportamiento rentista que caracteriza el actual Sistema incuba, también, en todos los actores del Sistema, enlentecimiento de los flujos de fondos y de los pagos, retención de recursos, fenómenos perniciosos de bancarización prolongada, apalancamiento del déficit con recursos ajenos, distorsiones contables sobre las causaciones. Basta señalar como ejemplo el Fosyga, que apalanca en enorme proporción el déficit fiscal de la Nación y traslada fondos para la utilización de la Banca privada mientras el Sistema de Salud requiere de esos fondos para su natural curso financiero.

## 7. Selección de Riesgos

El Sistema de Seguridad Social es de carácter obligatorio. Por lo tanto, no se presenta el riesgo de selección adversa, tal como se describe en la Teoría Administrativa. Lo que sí se ha observado es el proceso de “descrime” y competencia desleal, menos evidente a partir de la extinción del seguro social, que respondía por los sectores más vulnerables y por mayor volumen de enfermedades de alto costo.

## 8. Información

La ausencia de Información técnica, homologable, con lenguaje unificado, afecta todos los niveles del sistema: rectoría, administración, atención, financiamiento, salud pública etc. El Sistema Único de Información es la única alternativa viable para darle viabilidad integral al Sistema

## 9. Administración

Proponemos un Ente estatal que cumpla funciones de Afiliación para los procesos financieros, mas no para el acceso a los servicios de salud. Este Ente debe administrar contingencias, y en una Bolsa Única Centralizada recaudar cotizaciones, realizar transferencias, captar las rentas cedidas, etc. Se sustenta en los conceptos de progresividad de los recursos y estabilidad financiera. Ejerce la función de Pagador. Desarrolla los sistemas de contratación de servicios, a través de Redes privadas, públicas, mixtas, de sector solidario y otros.

Con la constitución de subcuentas maneja por separado los ingresos ECAT (SOAT) y los aportes parafiscales del Sistema de Riesgos Profesionales. De esta manera se elimina la costosa intermediación y las desviaciones de recursos parafiscales a fines diferentes de los que señala la ley.

El Ministerio de la Salud desarrolla los planes verticales prioritarios de Salud Pública y coordina las acciones colectivas e individuales de P y P, por conducto de los Entes Territoriales.

#### 10. Gobernabilidad y Rendición de cuentas de Aseguradores/Administradores

Toda la información que maneja el Sistema debe ser de acceso público y disponible a petición del interesado. La rendición de cuentas se da por parte del Estado hacia la comunidad, con la difusión periódica de indicadores de salud y resultados cualitativos de mejoramiento progresivo. No sólo resultados financieros.

#### 11. Verticalización

Las Administradoras de Planes de Beneficios (EPS, EPSS y ARP) por medio de la intermediación de los recursos públicos parafiscales y fiscales, han traspasado la función social determinada por la Ley y con la permisividad del ente rector del Sistema de Salud y la laxa vigilancia de parte de las Superintendencias (SUPERSALUD, SUPERFINANCIERA y de INDUSTRIA Y COMERCIO), se han convertido en entes que ejercen acciones como monopolios sobre algunos sectores específicos y como oligopolios sobre el conjunto de sus respectivos sistemas, ejerciendo una clara posición dominante sobre el conjunto del Sistema, los prestadores y sobre las industrias anexas.

Bajo ninguna modalidad pueden las administradoras de planes de beneficios trascender las funciones determinadas por la ley y deberá restringirse la posición dominante de sus propietarios sobre otros sectores de la economía, para que se respeten los principios constitucionales. Sin embargo, en cualquier caso, es preferible que se busquen otros mecanismos para que la administración de los recursos de la salud no la ejerzan particulares que derivan su propio beneficio de los recursos parafiscales que constitucionalmente tienen destinación específica.

#### 12. El Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP

El SGRP se constituye financieramente sobre la base del aporte en dinero que obligatoriamente paga el empleador, como ***prestación social del trabajador*** que se ve afectado por la enfermedad profesional o el accidente de trabajo, con destinación específica. Sin embargo las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP - han venido desconociendo la categoría de recurso parafiscal con destinación específica que tienen esos dineros, y vienen destinando una enorme proporción del mismo en actividades por fuera de lo que la ley les permite, asimilando estos recursos como si correspondiera a patrimonio propio de las ARP.

Es así que una inmensa cantidad de ese dinero que significa un costo social enorme para el productor colombiano, se está derivando en gastos ajenos a su propósito constitucional y legal y han convertido las reclamaciones por ATEP en un proceso muy dificultoso para los trabajadores afectados. Adicionalmente, las EPS enfrentan innumerables conflictos en la identificación de la Enfermedad Profesional y el Accidente de Trabajo, y en el reconocimiento de las contingencias de salud por parte de las ARP.

Hasta la fecha, el SGRP ha captado de los empleadores **una suma superior a los 7 billones de pesos**. Por estas circunstancias es que **el margen bruto de utilidad de las ARP se**

**encuentra en una cifra cercana al 60 %** del aporte obligatorio que pagan los empleadores, convirtiendo esta figura en una de las más onerosas para el Sistema de Seguridad Social y que afecta en mayor proporción la competitividad del productor colombiano y los derechos del trabajador afectado.

Las anomalías en la destinación de los recursos públicos parafiscales, además de otras que implican evasión de IVA y otros impuestos conexos, han sido puestas en conocimiento de los diferentes organismos competentes.

Así que proponemos que el aporte para el SGRP, se unifique en el Ente Estatal que cumpla la función de cubrir todas las contingencias en salud de los afectados por ATEP y que simultáneamente cubra las contingencias económicas definidas en la ley. Con lo cual se terminan las litis frente al reconocimiento del ATEP y se cubre a los trabajadores afectados con el conjunto de sus beneficios laborales, sin esguinces, recortes, ni burlas. Con esta modificación estructural se eliminan los parásitos financieros que usufructúan los beneficios de los trabajadores inválidos o enfermos con ocasión o a causa del trabajo.

### **Dominios (EL CÓMO)**

1. Ente Administrativo Público que desarrolla las funciones de:

.-**Afiliación**, como instrumento financiero y no de acceso a los servicios. Bajo la condición de habitante.

Instrumentos: Base de Datos Única apoyada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

.-**Administración** del riesgo financiero de las personas y Gestión del riesgo en salud en dos instancias: a.- la pública, de responsabilidad del estado sobre las políticas, los planes, las acciones individuales y colectivas tanto de Salud Pública como de P y P

.-**Recaudo** de las transferencias, rentas cedidas, solidaridad (cotizaciones), Cajas y otros, en la perspectiva de mantener fuentes, centralizar todos los recursos en una sola Bolsa y con la premisa de que los Recursos no son finitos pero sí suficientes, según los cálculos de diferentes fuentes.

.-**Pagador** de los proveedores con los mecanismos de facturación y auditoría concurrente.

**Gestión del Riesgo** de los proveedores en los procesos de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. El Ministerio de la Salud evaluará los resultados de gestión de riesgos en salud de las dos instancias.

También desarrollará la Gestión de Riesgos Profesionales y operará en la administración de las contingencias prestacionales y asistenciales de las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo u ocupación.

Los hospitales, clínicas y prestadores independientes (microempresarios) serán entidades públicas y privadas, que cumplirán con la gestión de riesgos en salud, en las responsabilidades concernientes a su función, ya sea de diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación.

Los hospitales públicos deberán cumplir con las metas en salud en todos los niveles de atención, y se privilegiará su responsabilidad social y el cumplimiento de los logros en salud.

Los prestadores se regirán con un modelo de gestión Hospitalaria supervisado por la Supersalud. Cada institución tendrá un **Comité de Pertinencia Científica** auditado interna y externamente, e integrado por representantes de la Supersalud, del mismo Ente Estatal, del

personal científico y de los usuarios.

El control administrativo se desarrollará estableciendo topes de gasto administrativo e incentivos a la gestión, así como sanciones y castigos fiscales, como operan actualmente en los entes territoriales.

## **Submesa No 5. Relator: Carlos Felipe Muñoz**

### **QUE DEBER SER OBJETO DE ASEGURAMIENTO**

Consideramos que el país debe profundizar su modelo de aseguramiento entendido en los términos de la ley 1122 de 2007, y con los siguientes criterios:

1. El sistema de Seguridad Social en Salud continuara con el modelo de aseguramiento impulsado por la Ley 100 de 1993, que deberá cumplir con por lo menos los siguientes preceptos:
  - a. Universalidad de las coberturas
  - b. Equidad en sus protecciones, aspecto que trae como consecuencia la abolición de los regímenes exceptuados.
  - c. Equilibrio en las primas que compran la canasta de beneficios
  - d. Los contenidos del plan de Salud estarán expresamente definidos
2. La medición de los resultados del sistema, se efectuara contra resultados en el mejoramiento de los indicadores de vida y de bienestar de los ciudadanos colombianos, y tendrán en cuenta los determinantes de la salud
3. Se hace indispensable un fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud, que detecte y evite desviaciones de las políticas establecidas, acompañe los ajustes requeridos y evalúe los resultados mediante la implantación de un robusto sistema de información de seguridad social, que debe estar a cargo de una sola entidad, en línea, y de fácil acceso a los actores que ejecutan las estrategias.
4. La reglamentación debe consolidarse a través de la formulación y aprobación de un código de salud, en el cual se sintetice la operación del sistema, haciéndola entendible, aplicable, replicable y de fácil evaluación y de alto impacto social.
5. El sistema de salud a sabiendas de la limitación de sus recursos financieros, debe priorizar los contenidos incluidos en el plan de beneficios, y definir la ruta de progresividad de sus ajustes y las metodologías a utilizar; Este plan de beneficios será único, y formara parte del derecho fundamental a la salud que tienen los colombianos. El Plan de Beneficios será actualizado periódicamente, y como mínimo cada dos años teniendo en cuenta criterios demográficos, epidemiológicos, la morbi-mortalidad nacional y la evolución tecnológica.
6. Dentro de la definición de aseguramiento debe incluirse el agenciamiento del afiliado, entendido como la representación de este ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
7. La gran mayoría de los ajustes que requiere el sistema en su etapa actual, no son más que vacíos de aplicación de reglamentos vigentes y de falta de rectoría y vigilancia y control.
8. La Prima de seguro de salud (UPC), será única, y estará ligada al plan de salud, garantizando la compra de la canasta de beneficios bajo escenarios de riesgo evaluados por comportamientos epidemiológicos, cambios demográficos y tecnológicos y necesidades sentidas y detectadas por la sociedad, y tendrá un

ponderador por grupo etario; Esta prima podrá ser ajustada por ponderadores que se derivarán del perfil epidemiológico municipal.

### **COMO PUEDEN LOGRARSE ESTOS OBJETIVOS**

1. *Fortalecer el sistema de protección social integral, que involucra los recursos financieros, logísticos, técnicos y humanos de otros subsectores que hacen convergencia en la focalización de subsidios y apoyos sociales.*
2. *Igualación de los planes de beneficios, como un paso fundamental para cerrar la brecha de los servicios NO POS, generando equidad al interior de los regímenes.*
3. *Operación entre regímenes homologada, que busca la simplificación de actuaciones y la eficiencia de un modelo nacional.*
4. *Simplificación de la afiliación y de la cotización o subsidio con base en los ingresos y la capacidad de aporte de los ciudadanos*
5. *El ajuste debe establecer que el sistema de salud en Colombia, garantizara sus ejecutorias a través de aseguradoras y no de administradoras, para garantizar la mejor oferta de servicios a los ciudadanos, a través de la compra inteligente de servicios, y permitiendo una nueva calibración de los subsidios de oferta que deben permanecer para sostener la red pública deficitaria que sea necesaria socialmente en el ente territorial en donde constituyen la única fuente de servicios de salud en donde podrán los entes territoriales entrar en concurrencia financiera*
6. *Respecto del manejo de recursos de aseguramiento en el RS la submesa tiene dos posturas:*
  - a. *En la primera continuará en poder de los municipios, hasta que se documente el incumplimiento de los giros en oportunidad y cantidad, caso en el cual se habilitara el giro sin situación de fondos y se avalara el giro directo a los aseguradores.*
  - b. *En la segunda se propone la centralización del manejo de los recursos en un gran fondo nacional, lo cual implica ajustes legislativos*
7. *Cuando los aseguradores no cumplan con los pagos oportunos a las IPS a pesar de haber recibido los recursos, perderán su calidad de aseguradoras en todo el país.*
8. *La Contratación de los servicios de salud entre los prestadores y aseguradores, estará mediada especialmente por indicadores de desempeño y resultados, evitando posiciones dominantes o restrictivas privadas y/o públicas.*
9. *El gobierno nacional estudiara y establecerá un indicador mínimo de población que debe afiliarse un asegurador por municipio, para garantizar que el modelo sea altamente eficiente.*
10. *La afiliación de las poblaciones flotantes y de los trabajadores independientes al sistema de salud, merecerá especial cuidado para estimular la formalidad del empleo y garantizar la movilidad entre regímenes teniendo en cuenta la capacidad de aporte de los ciudadanos.*
11. *El gobierno concertara una verdadera Política de salud pública, que impacte positivamente sobre los indicadores epidemiológicos, las enfermedades emergentes y de notificación obligatoria, y promueva gestiones intersectoriales para transformar y mejorar los condicionantes de la salud en un plan de desarrollo de largo plazo.*
12. *Se incentivará el desarrollo continuado y priorizado de Guías de medicina basada en evidencia, para regular y establecer referentes de manejo en Colombia para las patologías de mayor impacto social y económico.*

## **MODELO DE PROVISIÓN DE LO NO POS**

### **QUÉ**

1. Los contenidos NO POS estarán claramente identificados y su uso dentro del sistema de salud colombiano, estará perfectamente reglado, lo mismo que las exclusiones del sistema.
2. La prestación de los servicios NO POS, tendrán un responsable por fuera de los aseguradores y contará con financiación independiente.

### **CÓMO**

1. Fuente de financiamiento diferente a los recursos del aseguramiento POS: Ley 1963 de 2010, regalías, ECAT, IVA Social, etc. (ESTATUTARIO)
2. La responsabilidad estará a cargo del Estado. (ESTATUTARIO)
3. Se contratará una red para su prestación oportuna. (ESTATUTARIO)
4. Tendrá un manual tarifario de referencia con precios máximos. (ESTATUTARIO)
5. Jurisdicción especial en salud para los jueces. (ESTATUTARIO)

## **ASEGURAMIENTO SUPLEMENTARIO**

1. Se estudio la posibilidad de generar un Micro seguro universal para atender las prestaciones NO POS, pero no se culmino la idea.

## **AFILIACIÓN Y MOVILIDAD**

1. El sistema incorporara el concepto de portabilidad del derecho y movilidad entre regímenes entendidos el primero como la posibilidad que tiene todo ciudadano de ser atendido en cualquier región del país cuando solicite un servicio incluido en el plan de salud, con cargo a los recursos que maneja su empresa aseguradora; Este beneficio pleno se activa, luego que el núcleo familiar o el afiliado que ha cambiado su residencia, reportado ante la dirección territorial su nueva ubicación. Se exceptúan la atención de las urgencias vitales; y la movilidad entre regímenes como la automaticidad necesaria para que los ciudadanos continúen disfrutando su aseguramiento, de manera independiente de su condición laboral, lo que exige la transformación de los aseguradores en empresas de protección social nacional que pueden y deben actuar en ambos regímenes. (LEY ORDINARIA)
2. Es necesario que los grupos familiares queden adscritas a un prestador de manera formal, que oficie como puerta de entrada al sistema, y permita la canalización de todos los recursos sectoriales para la protección de los planes básicos. (REGLAMENTARIO)

## **PREVENCIÓN**

1. El Estado establecerá liderara y articulara la política nacional de promoción de la salud en armonía con los demás actores del sistema de la protección social integral. (LEY ORDINARIA)

## **INCENTIVOS**

1. A la cotización para los ciudadanos cuyos ingresos variables ameriten este apoyo temporal.
2. A la calidad a través de ranking oficiales, priorización para selección y contratación de red e incluso tarifarios diferenciales para las entidades certificadas o acreditadas que mantengan esta condición.
3. El cumplimiento de las metas de protección básica definidas para los núcleos familiares, abre la puerta a niveles superiores de bienestar y apoyo Estatal: créditos de vivienda, etc.

## **SELECCIÓN DE RIESGOS**

1. Se estudiaron las siguientes posibilidades:
  - a. Redistribución de afiliados de alto costo entre todas las EPS
  - b. Cuenta de alto costo con bolsa común por regímenes, teniendo en cuenta sus particularidades actuales , con el punto de mira en la unificación luego de equilibrar los ponderadores e incluir variables como la prima de salud
  - c. Reaseguro nacional universal
  - d. Establecimiento de una prima diferencial producto del análisis de incidencia y perfil epidemiológico, controlado por prevalencia

## **INFORMACIÓN**

1. Unificación de la BDU de afiliados del sistema, que incluya salud Riesgos profesionales, pensión, SOAT, Sisben, etc.
2. Tendrá como responsable único al MPS
3. Se profundizará la estrategia de gobierno en línea
4. La información tendrá carácter público y se difundirá ampliamente con la periodicidad que establezca el gobierno.

## **ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO**

1. Debe construirse un puente operacional entre la gestión de las EPS, las ARP y el SOAT e integrar esos sistemas de información.
2. Exigir la acreditación de prestadores y aseguradores en un proceso gradual.

## **GOBERNABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS**

1. La rendición de cuentas
2. Se reglamentara la entrada al país y al plan de salud de nuevas moléculas y tecnologías.
3. El nombramiento de interventores dejara de estar a cargo de los municipios y pasara a la superintendencia nacional de salud.
4. Se definirán criterios y controles para garantizar la razonabilidad profesional y el autocontrol que debe existir en el sistema de salud.
5. Se eliminaran todas las barreras de acceso

Las IPS tendrán la financiación residual que necesitan para sostener niveles de calidad en los servicios de salud, evitando la confrontación los aseguradores por la supervivencia, y concentrándose en el ciudadano

#### **Submesa No. 4 Relator: Luz Helena Rodríguez Gonzales**

En la submesa se abordó el literal b (es decir “el cómo”), de todos los dominios de manera integral. Salvo una persona, todos los demás estamos de acuerdo que “el cómo” sería a través de aseguramiento. Igualmente todos estamos de acuerdo en que no se debe volver al sistema asistencialista anterior a la ley 100. Se propone:

Una reforma estructural que implique la centralización en el giro de los recursos, para así mejorar el flujo de los dineros de entes territoriales a EPS y de EPS a IPS, lo anterior, en consideración a que la mayor parte de los recursos de salud son de destinación específica y por tanto los entes territoriales no tienen margen de maniobra con estos recursos. Sin embargo, habría que considerar excepciones en la norma para entidades Territoriales con buen comportamiento en flujo de recursos como Bogotá.

Si bien es cierto existen mesas independientes para Inspección, vigilancia y control, así como para Financiamiento, los integrantes de la submesa consideran que este es un aspecto que se debe reforzar para lograr el adecuado funcionamiento del aseguramiento por lo cual se propone: Descentralizar con autonomía la Superintendencia Nacional de salud, redefinir los roles particulares de cada entidad, dar herramientas de IVC a las entidades territoriales para fortalecer su papel rector, Velar por la disminución de la evasión y la elusión del sistema.

Regulación del precio de los medicamentos e insumos. Ya que estos son los que han afectado en gran medida las necesidades NO POS.

Propender por un cambio de cultura en el usuario y en los médicos.

Validez nacional de la encuesta SISBEN y la expedición de un carnet único Nacional.

El traslado Automático de Régimen Contributivo a subsidiado y viceversa cuando cambien las condiciones del usuario (Desempleado, empleado, independiente, desplazado), lo cual solo es posible con un sistema de información veraz oportuno (en línea).

Estructuración de redes de información y vigilancia que permitan mejorar el sistema de información tanto de usuarios como de flujo y estado de los recursos.

Implementar mecanismos oportunos que permitan el agotamiento de la vía gubernativa antes de que el usuario llegue a interponer acciones de tutela, pues si bien es cierto existe el comité técnico científico y de farmacia y terapéutica parecen lo estar dando respuesta oportuna y satisfactoria a los usuarios.

Fortalecer la red pública distrital (ESE), reestructurarla, reorganizarla y proporcionarle herramientas normativas y un régimen que permitan que las ESE sean competitivas con las

IPS privadas haciendo los procesos más ágiles, oportunos eficientes pero también controlando posibles temas de corrupción.

También alternativamente se propuso que el Estado (Gobierno) sea quien recaude y contrate

## Ayuda de memoria

### Sesión 21 de septiembre

Hora de inicio: 2:00 p.m.

Hora final: 5:30 p.m.

Coordinadores: Ramiro Guerrero y Diana Pinto. Esta sesión contó con la coordinación de Ramiro Guerrero

Secretario técnico: Jose Luis Ortiz

Asistentes:

Apellidos	Nombres	Entidad
Chávez	Witney	Cut
Currea Tavera	Juan Pablo	Acemi
Díaz-Granados Ortiz	Juan Manuel	Acemi
Bedoya	Fernando	Achc
González Gálvez	Aycardo	Anpiss
Correa Ramírez	Hernán	Cámara De Representantes
Barrera Rueda	Lina María	Cámara De Representantes
Romero	Rafael	Cámara De Representantes
Covalada Salas	Alfonso Andrés	Congreso
Caicedo Lozada	Carlos	Congreso De La República
Robledo	Ángela María	Congreso De La República
Oyola	Gabriel José	Senado De La República
Ahumada Rodríguez	Erika	Senado De La República
Arroyave	Diana	Senado De La República
Cubides Salazar	Nelson Enrique	Senado De La República
García Hurtado	Jaime	Senado De La República
Giraldo	Esperanza	Comisión De Regulación En Salud CRES
Vargas	José Dionisio	Caprecom
García	Pulina Nahir	Colsubsidio
Esteves	Carlos Alfredo	Nueva EPS
Giraldo	Héctor Fabio	Trasmedica SA
Rincón	Julio Alberto	Federación Colombiana De Municipios
García	Amalia Del Pilar	Asocajas
Posada	Ma. Isabel	Fasecolda
Hernández	Nurys	Fedecajas
Acosta	Álvaro	Gestarsalud
Muñoz	Carlos Felipe	Gestarsalud
Parra	Ángela	Ministerio De Hacienda
Bonilla	Janeth	Ministerio De La Protección Social
Cabrera	Ana María	Ministerio De La Protección Social
Cáceres Gómez	María Fernanda	Ministerio De La Protección Social
Castillón	Johanna	Ministerio De La Protección Social
Gracia	Orlando	Ministerio De La Protección Social
Hurtado Cárdenas	Jovanny	Ministerio De La Protección Social
Londoño	Ruth Nancy	Ministerio De La Protección Social
Prada Moreno	María Carolina	Ministerio De La Protección Social
Ramírez	Carlos Mario	Ministerio De La Protección Social
Robles Olarte	Josue	Ministerio De La Protección Social
Rubiano Benavides	Luis Carlos	Ministerio De La Protección Social
Sánchez	Jorge Enrique	Ministerio De La Protección Social
Ramírez	Juan Carlos	Oficina Cepal En Colombia
Sterling	Sandra	Departamento de Planeación Nacional
Guerrero	Ramiro	Independiente
Pastor Durango	María Del Pilar	Secretaría De Salud De Medellín
Benavides	Floresmiro	Secretaría De Salud De Cundinamarca
Varela	Alejandro	Secretaría De Salud Pública Municipal
Rodríguez	Luz Helena	Secretaría Distrital De Salud

#### **A. Actividad 1:**

- Presentación de coordinador, el secretario técnico y de cada uno de los asistentes a la mesa de aseguramiento.
- El coordinador presenta una propuesta de dimensiones de discusión y metodología de trabajo.

#### **B. Actividad 2:**

- Cada una de las submesas discutió internamente las dimensiones propuestas por el coordinador y dio sus comentarios:
  - Mesa 1. Relator: Juan Manuel Díaz-Granados
    - Discutir sobre alcance del aseguramiento: gestión de los riesgos en salud, gestión de calidad
  - Mesa 2. Relator: César Burgos
    - Plantearon que no existe un sistema de aseguramiento sino un sistema de distribución de beneficios.
    - No existe participación de los usuarios.
    - Deficiencias en la información e IVC.
    - Se propone integración de todos los actores del sistema especialmente los usuarios
    - Como dominio de discusión nuevo se propone discutir las relaciones EPS, IPS y modalidades de contratación
  - Mesa 3.
    - Sugiere aseguramiento de la calidad incluye tecnologías, servicios y tarifas
    - Dominio de redefinición de roles de los actores incluyendo jueces
    - Aclarar el dominio sobre afiliación y movilidad
    - Aclarar el dominio sobre información para ampliarlo y hablar de una nueva base de datos única
  - Mesa 4.
    - Hasta qué punto es pertinente trabajar sobre un ideal y mejor trabajar sobre lo que tenemos y que podríamos tener
    - Definición de aseguramiento y relación con planes de aseguramiento
    - La salud pública debería ser un dominio
    - Los sistemas de información articulado con el sistema de información de garantía de calidad
  - Mesa 5
    - Aseguramiento suplementario entendernos como reaseguro país. Alternativas de seguro
    - Prevención
    - Información cuya salida sea resultados finales. No solamente la libre elección sino que sea informada.

- En gobernabilidad la rendición de cuentas debe estar asociada con resultados en salud
- Comentarios del coordinador a los comentario de las submesas:
  - La integración vertical y la transferencia del riesgo de las EPS a los prestadores puede incluirse como tema de discusión.
  - De acuerdo con mesa 1 sobre alcance de aseguramiento.
  - Precisiones sobre el dominio de información a lugar.
  - Distinción entre movilidad y portabilidad de acuerdo.
  - Roles y competencias hace parte de la mesa de estructura.
  - Temas transversales como planes de beneficios, salud pública e inspección, vigilancia y control, aseguramiento de la calidad y las tecnologías.

### **C. Actividad 3:**

El coordinador realizó ajustes a los dominios de discusión propuestos y los presentó a todos los asistentes a las mesas. A través de un proceso de discusión en el que participaron los asistentes a las submesas y el coordinador se definieron las siguientes dimensiones de trabajo que tratará de abordar la mesa:

1. Qué debe ser objeto de aseguramiento (incluyendo cuál es el alcance del aseguramiento)
2. Aseguramiento suplementario (incluyendo reaseguros país)
3. Modelo de provisión del No POS
4. Portabilidad y movilidad
5. Incentivos (incluye incentivos para la prevención)
6. Selección de riesgos
7. Información (hacer el enlace entre información y aseguramiento de calidad, diferencias dominios de información y procesos (afiliación, prestación, etc.) información sobre resultados en salud y libre elección informada)
8. Administración del aseguramiento
9. Relación entre los aseguradores/administradores y prestadores (incluye integración vertical, tarifas, riesgos profesionales y SOAT)
10. Gobernabilidad y rendición de cuentas al usuario de aseguradores administradoras
11. Temas de otras mesas: Roles y competencias; usuarios del sistema; Inspección, vigilancia y control; salud pública, aseguramiento de la calidad y evaluación de tecnologías
12. Riesgos profesionales y SOAT (a discreción de la respectiva mesa si lo trata de manera transversal o como una dimensión independiente)

## Sesión 22 de septiembre

Hora de inicio: 9:00 a.m.

Hora final: 5:00 p.m.

Coordinadores: Ramiro Guerrero y Diana Pinto. Esta sesión contó con la coordinación de Diana Pinto.

Asistentes:

Apellidos	Nombres	Entidad
Quiroga	Angélica María	Cendex
Ruiz Gómez	Fernando	Cendex
Chávez	Witney	Cut
Currea Tavera	Juan Pablo	Acemi
Bedoya	Fernando	Ahc
González Gálvez	Aycardo	Anpiss
Burgos Alarcón	Cesar Augusto	Asociación Colombiana De Sociedades Científicas
Díaz Ortiz	Gloria Stella	Cámara De Representantes
Robledo	Ángela María	Congreso De La República
Ahumada Rodríguez	Erika	Senado De La República
Arroyave	Diana	Senado De La República
Cubides Salazar	Nelson Enrique	Senado De La República
García Hurtado	Jaime	Senado De La República
Benitez	Eduardo	Superintendencia Nacional De Salud
Vargas	José Dionisio	Caprecom
García Ardila	Nahir Paulina	Colsubsidio
Esteves	Carlos Alfredo	Nueva EPS
Roa Pérez	Luis Orlando	Salud Total
Giraldo	Héctor Fabio	Trasmedica SA
Moscoso Osorio	Luis Alexander	Secretaría de Salud de Barranquilla
Rincón	Julio Alberto	Federación Colombiana De Municipios
García	Amalia Del Pilar	Asocajas
Laverde	Mariana	Fasecolda
Hernández	Nurys	Fedecajas
Hernández Espitia	Nurys	Fedecajas
Muñoz	Carlos Felipe	Gestarsalud
Cáceres Gómez	María Fernanda	Ministerio De La Protección Social
Gracia	Orlando	Ministerio De La Protección Social
Londoño	Ruth Nancy	Ministerio De La Protección Social
Prada Moreno	María Carolina	Ministerio De La Protección Social
Ramírez	Carlos Mario	Ministerio De La Protección Social
Robles Olarte	Josue	Ministerio De La Protección Social
Rubiano Benavides	Luis Carlos	Ministerio De La Protección Social
Olaya Rodríguez	Héctor	Fundación Cardiovascular Niño De Risaralda
Pastor Durango	María Del Pilar	Secretaria De Salud De Medellín
Benavides	Floresmiro	Secretaria De Salud De Cundinamarca
Paz Bastidas	Silvia Adriana	Secretaria De Salud De Pasto
Cárdenas Herrera	Harold	Secretaria Distrital De Salud
Rodríguez	Luz Helena	Secretaria Distrital De Salud
Villamil	Jose	Veeduría Nacional

### A. Actividad 1:

Cada una de las cinco mesas de trabajo retomó la discusión sobre el escenario ideal en las dimensiones discutidas en la sesión anterior.

### B. Actividad 2:

Plenaria en la que los relatores de cada mesa expusieron el escenario ideal en las dimensiones que alcanzaron a cubrir. Estos son algunos de los puntos anotados por las submesas de trabajo:

## Submesa 1:

- Expusieron algunos elementos previos a la discusión sobre los escenarios ideales:
  - Posibilidad de pensar en un solo aseguramiento que incluye salud, riegos.
  - Existen diferentes esquemas de aseguramiento en salud el POS no es el único esquema.
  - El aseguramiento social debe tener seis principios:
    - Protección Financiera
    - Caracterización de la población **CONFIRMAR CON VIDEO**
    - Gestión del riesgo en salud
    - Gestión prestadores
    - Gestión costos
    - Asegurador como agente del usuario ante el sistema
- Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:
  - No todo puede ser objeto de garantía en un escenario de recursos limitados (recursos económicos, infraestructura, recursos humanos)
  - Es necesario priorizar y adoptar guías para lo que se considere prioritario
  - Preventivos y curativos con distintas intensidades. La promoción es una política pública en el que el asegurador ayuda.
  - No se pueden excluir patologías dependiendo del listado de prestaciones
  - No se pueden aplicar preexistencias
  - Servicios de alto impacto
  - Pensar en servicios que eviten la ruina de las familias y que sean costo efectivos
  - Se necesita un esquema especial para atender lo “raro”. Este esquema debe incluir mecanismos de priorización y administración.
  - Cuando se unifiquen los planes se debe unificar un solo sistema bajo un solo mecanismo con una fuente independiente. Fuente para lo del pos y fuente para lo especial.
  - Listados positivos
  - ¿Qué queda excluido de la garantía? Los servicios que no están cubiertos ni por aseguramiento ni por el esquema especial. Estos servicios no serían garantizados por el estado.
  - Hasta que se unifiquen los planes se debe hacer una transición. Revisar ley tributaria. ¿Cómo manejar esto en el régimen contributivo?
  - Aseguramiento suplementario es voluntario y se debe permitir para todos los servicios

## Submesa 2:

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- El objeto es el habitante
- Pensar en un sistema de seguridad social público. Derecho a la salud. Sentencia 760
- El estado como asegurador de contingencias

- Se deben aplicar los mecanismo de autorregulación médica (el criterio médico como forma de regulación del sistema)
- Las finanzas estarían centralizadas en el Estado que recauda y paga.
- La intermediación es negativa
- La iniciativa privada se restringiría a servicios complementario o adicionales
- El Estado debe garantizar los servicios no solo asegurarlos

#### Dimensión 2. Aseguramiento suplementario:

- La iniciativa privada debe concentrarse en los suplementario

#### Dimensión 3. Modelo de provisión del No-POS:

- No existiría POS ni tampoco no POS
- La prestación de servicios se hacen bajo necesidad con base en la autorregulación médica
- El criterio científico debe primar en la tutela

#### Dimensión 4. Portabilidad y Movilidad:

- Sin estabilidad laboral no es posible cantoral la evasión.

#### Dimensión 5. Incentivos:

- Promoción y prevención a cargo del Estado
- Incentivos:
  - Los indicadores de salud deben primar sobre el “concepto rentista”

#### Dimensión 6. Selección de riesgos:

- En el esquema de seguridad social pública no hay selección de riesgos.

#### Dimensión 7. Información:

- Sistema único de información en el que primen los indicadores de resultados en salud

#### Dimensión 8. Administración del aseguramiento:

- Una administración por parte del estado regido por la estabilidad y la progresividad.
- Eliminar intermediación

#### Dimensión 10. Gobernabilidad y rendición de cuentas al usuario de aseguradores administradoras

- Rendición de cuentas del Estado a los ciudadanos con base en indicadores de salud

#### Dimensión 12. Riesgos profesionales:

- Por la ausencia de vigilancia de la Superfinanciera y el Ministerio de Protección Social los recursos de los afiliados se tratan como recursos propios de las ARP.
- El sistema de salud debe analizar y la destinación de recursos sobre las ARP.

### **Submesa 3:**

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- Todo lo que propenda por la salud
- Llamado a la inversión e intersectorial
- Establecer límites con base a perfiles epidemiológicos y comportamiento de salud de la población. Limitar como atacar esas patologías (insumos, recursos, tecnologías) pero no el cubrimiento de patologías.
- Se debe definir si las EPS son administradoras entonces reciben una cuota por su trabajo como administradoras pero si se consideran que son aseguradoras entonces se debe definir una prima y dejarlos gestionar el riesgo. Sobre este punto hubo diferencias en la mesa.
- Mecanismos de aseguramiento simultáneos. Reaseguro país que sea como un fondo global que sirve para cubrir las enfermedades raras y huérfanas. Sí a la cuenta de alto costo pero sin concentración del riesgo.
- Pensar en primas diferenciales para nuevas patologías
- Establecer un modelo de salud estandarizado
- Los recursos son limitados luego se debe contar con costo beneficio por cada intervención.

Dimensión 6. Selección de riesgos:

- Qué mecanismo pueden aplicarse diluir el riesgo. Grandes números como opción. Hay EPS grandes que gestionan bien pero otras que no.

Dimensión 7. Información:

- Los resultados de salud son el indicador clave para medir desempeño de las aseguradoras

### **Submesa 4.**

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- De acuerdo con la aplicación de un seguro de salud que debe estar asociado a los determinantes de salud
- Definición del aseguramiento: ley 1122. Agregarle el tema del aseguramiento individual y colectivo (**definir esto último**). Coinciden que el asegurador representante al usuario ante todos los actores.
- Prima del aseguramiento. Se entiende como prima única establecida según grupo etario. Esa prima debería ajustarse según el perfil epidemiológico de los municipios

- El POS debe ser actualizado periódicamente según criterios demográficos y epidemiológicos
- No hay consenso si en las zonas dispersas aplica el modelo de aseguramiento

#### Dimensión 3. Modelo de provisión del No-POS:

- Debe definirse claramente qué es una prestación excepcional y qué estaría por fuera de la provisión del estado y por fuera de los aseguradores.
- Existe limitación de recursos y por tanto es necesaria la priorización

#### Dimensión 7. Información:

- Problemas con los sistemas de información

#### Dimensión 11. Temas de otras mesas

- Hay problemas en la rectoría del sistema que inciden directamente en el aseguramiento
- En el sistema es necesario una simplificación normativa

#### **Submesa 5:**

##### Aspectos preliminares:

- Tres modelos de prestación
  - El estado asume la prestación con instituciones propias
  - Contratación pública en la que el estado contrata a otras instituciones públicas o privadas
  - Mixta. Instituciones públicas y privadas son los responsables son directos e indirectos de los servicios de salud
  - Al modelo de aseguramiento sí. Debemos trabajar cómo se perfecciona el modelo de aseguramiento porque es la forma más práctica de producir el acceso a los servicios de salud.

#### Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- El objeto debe ser todo lo que se halla que hacer para que la gente goce de una buena salud. Que los servicios satisfagan las condiciones de salud.
- Los municipios son responsables de la salud pública colectiva e individual. El paso que se dio de darles a las EPS de promoción y prevención no ha funcionado. La mesa considera que el gobierno nacional debe asumir la responsabilidad directa de la salud pública colectiva que el gobierno los organice y los ejecute directamente o a través de privados. Hay discusión en la mesa sobre si en vez de este cambio es mejor dar más tiempo y tratar de ajustar el esquema actual.
- Un participante de la mesa anota que lo No Pos debe ser asumido directamente por el Estado. Todo está garantizado.

## Dimensión 2. Aseguramiento suplementario

- Lo suplementario es lo que está por fuera del POS o que está en el POS pero que se presta por fuera. Lo suplementario debería concentrarse en el no POS. Es decir, un aseguramiento especial pero porque la gente puede asumir esa posibilidad.

## Dimensión 8. Administración del aseguramiento

- Centralizar los recursos para que el gobierno asuma la responsabilidad de la financiación del sistema. Centralizar los recursos del régimen subsidiado en una cuenta pero que el giro sea directo pero que se omitan algunas instituciones (las alcaldías no deben ser un paso). Centralización de los recursos.

### Otros temas:

- Solicitan instrumento de integración entre las diferentes mesas.
- Solicita ver la relación entre las recomendaciones de las mesas y las iniciativas legislativas.

### **C. Actividad 3:**

Síntesis por parte de la coordinadora y el secretario técnico de las exposiciones realizadas en cada mesa. Los asistentes solicitaron que sus comentarios fueran tenidos en cuenta en su totalidad por lo que se abrió la posibilidad para que las mesas entreguen documentos para que sean incluidos por el coordinador en la relatoría de las sesiones.

### **D. Actividad 4:**

Definición de la agenda para el resto de la sesión y para la última jornada:

#### **Agenda**

##### **22 de septiembre de 2010**

2:00 a 3:30 Trabajo de las mesas sobre cómo llegar a la situación ideal (el cómo)  
3:30 a 4:30 Plenaria sobre el cómo llegar a la situación ideal por cada uno de los dominios (10 minutos por mesa)  
4:30 a 5:00 Refrigerio Trabajo sobre puntos el ideal y cómo de las dimensiones que las mesas no hayan abordado.

#### **Agenda**

##### **29 de septiembre de 2010**

8:00 a 9:00 Relatoría de los temas pendientes  
9:00 a 10:00 Trabajo de las mesas sobre evaluación de los proyectos de ley en relación a los temas de la mesa de aseguramiento  
10:00 a 11:00 Plenaria sobre proyectos de ley  
11:00 a 11:30 Refrigerio  
11:30 a 1:00 Trabajo de las mesas en propuestas y recomendaciones  
1:00 a 2:00 Almuerzo  
2:00 a 3:30 Trabajo de las mesas en propuestas y recomendaciones

3:30 a 5:00 Plenaria sobre propuestas y recomendaciones

**E. Actividad 5:**

Trabajo de cada una de las cinco mesas en el cómo alcanzar el escenario ideal propuesto para las dimensiones.

**F. Actividad 6:**

Plenaria en la que los relatores de cada mesa expusieron el cómo alcanzar el escenario ideal definido en las dimensiones que alcanzaron a cubrir. Estos son algunos de los puntos anotados por las mesas de trabajo:

**Submesa 5:**

- Se confirma apoyo al sistema de aseguramiento pero se espera una verdadera voluntad política para hacer una reestructuración del sistema de aseguramiento actual
- El problema en el régimen subsidiado es la falta de inspección, vigilancia y control. IVC debe ser descentralizado o desconcentrado con la garantía de que en las regiones se haga un efectivo control. Para controlar las IPS se necesita una supervisión muy drástica
- Es necesario focalizar mejor. Reorganizar mejor el SISBEN para que incluya a los que debe incluir.
- Mejorar los flujos de recursos del régimen subsidiado especialmente en Fosyga.
- Focalizar mejor promoción y prevención
- Reforma estructural para medicamentos.
- Carnetización nacional en el régimen subsidiado para una cobertura
- Igualación de planes y beneficios

**Submesa 4:**

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- El POS incluiría lo que hay, las cosas No POS que deberían ser POS y cosas preventivas
- Para la provisión hay dos esquemas:
  - Opción 1: Operación a través de un asegurador responsable de todo el plan de beneficios que puede valerse de operadores públicos o privados. Toma la experiencia de Barranquilla. Los aseguradores pueden ser los entes territoriales.
  - Opción 2: Esquema actual fraccionado en el que cada uno (sector público y privado) tiene sus respectivas responsabilidades
- Aclaración importante: Recordar que los recursos en salud no solucionan todo el tema de salud. El sector salud es el principal convocador pero no único pagador en los temas de salud. Hay recursos por fuera del sector que tiene como objetivo la

promoción (por ejemplo saneamiento básico, medio ambiente, etc.). Por eso son importantes las sinergias interinstitucionales.

- Rescatar experiencias de la emergencia social en la que la aseguradora se encarga de cubrir todo el siniestro.
- Definición del plan. Un parte la cubriría la EPS y otra parte el Estado mediante el FOSYGA impuestos. Plan con base en estudio epidemiológico, frecuencia y sostenibilidad.

Dimensión 4. Portabilidad y movilidad:

- Portabilidad. Base de datos única en línea en la que directamente cuando la gente quede sin empleo se vaya al subsidiado.
- Para la población sándwich una UPC subsidiada por el estado

### **Submesa 2:**

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento:

- En vez de aseguramiento un modelo de seguridad social en el que las funciones de un ente público serían:
  - La afiliación de los habitantes. No incluye los extranjeros.
  - Cubre el riesgo financiero, riesgo en salud, aborda salud pública y prevención y promoción.
  - Este ente sería responsable de los riesgos profesionales
  - Se regula a través de los tribunales de ética y la autoregulación
  - Este ente centralizaría los recursos. Los recursos no son infinitos pero si puede ser suficiente. Dividido entre los habitantes
- Operativamente se necesita una base única de datos con apoyo de la registraduría. Eso permitiría realizar los pagos en el sistema.
- Para evitar el desborde del gasto se utilizaría un comité de pertinencia científica, el ente público propuesto en el punto anterior y la Supersalud. También incluye un proceso regulación administradora.
- La posición dominante de los intermediarios debe ser regulada de manera muy rígida por la Superintendencia de Industria y Comercio. Con el modelo que proponen los intermediarios se vuelven prestadores.
- Crítica fuerte a las EPS que se consideran intermediarias y no aseguradoras

### **Submesa 1**

- Aclaraciones de Juan Manuel Díaz Granados: Las clínicas sí son intermediarios. Los márgenes son los de las clínicas. El sistema actual es más eficiente y volver a un ente público puede generar serias ineficiencias. El ISS antes tenía 50% de gastos administrativos y la UPC tiene el 15%.

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento

- Sólo cubrir a los nacionales residentes. No nacionales afuera

#### Dimensión 2. Aseguramiento suplementario

- El reaseguro no es la vía técnicamente adecuada. Lo mejor es el ajuste de riesgo inter aseguradoras como la cuenta de alto costo

#### Dimensión 3. Modelo de provisión del No POS

- Control al ingreso al país de nuevas tecnologías y no solo al POS
- Controlar la obsolescencia.
- No permitir el ingreso de tecnologías experimentales

#### Dimensión 4. Movilidad y portabilidad

- Extender el sistema de portabilidad del contributivo al subsidiado
- Con SISBEN 3 definir claramente el punto de corte sin barreras de acceso regional.

#### Dimensión 5. Incentivos:

- Incentivo negativo a la formalización. Activación o desactivación automática si la gente cambia su situación laboral.
- Suprimir el todo o nada. Cada quien cotice según su capacidad de pago y las prestaciones serían de acuerdo con su capacidad económica.
- POS racional y actualizado. Eliminar los incentivos negativos para todo el sistema
- Incentivos positivos para la entrega de información
- Incentivos para los usuarios

#### Dimensión 7. Información:

- Indicadores alineados con los resultados esperados.

#### Dimensión 8. Administración del aseguramiento:

- Afiliación única al sistema
- Fondo común para todo el sistema en el escenario de unificación
- Crear en la transición un fondo común para el subsidiado

#### Dimensión 9. Relación entre los aseguradores/administradores y prestadores (incluye integración vertical, tarifas, riesgos profesionales y SOAT):

- Integración vertical: apoya la integración con una regulación. Sobre este punto no se pronuncian los funcionarios públicos que hacen parte de la mesa

#### Dimensión 10. Temas otros temas:

### **Submesa 3**

Aclaración representante IPS: Las IPS no son intermediarios. No existe margen de intermediación con las tarifas que pagan las EPS.

Dimensión 1. Qué debe ser objeto de aseguramiento

- Plan único sin exclusiones preferentes

Dimensión 3. Modelo de Provisión del NO POS

- Definir bien que queda por fuera del plan de beneficios. El NO pos debe tener un responsable por fuera de los aseguradores actuales

Dimensión 4. Movilidad y portabilidad

- La familias debe ser la unidad de afiliación
- Qué hacer con trabajadores informales e independientes

Dimensión 8. Administración del aseguramiento:

- Integrar el aseguramiento (ARP, EPS) porque genera duplicidades y
- Exigir acreditación de EPS y prestadoras de manera gradual
  - Operación entre los regímenes deben homologarse
- Oportunidad de los giros. La sanción a los entes que no hagan la tarea entrena a giro directo y deben entrar a un proceso de re certificación
- Intersectorialidad
- Reglas más claras y sencillas
- EPS que puedan operar en ambos regímenes

Dimensión 5. Incentivos:

- La cotización debe hacerse con base en la capacidad de pago
- Incentivo temporal a la cotización que tiene ingresos variables, incentivos de calidad (ranking, tarifarios diferenciales). Disenso: la calidad no se garantiza con incentivos sino con las normas.
- El Estado debe liderar, coordinar la política de promoción y prevención en todo los sectores

Dimensión 6. Selección de riegos no hay consenso:

- Redistribución de afiliados que se intentó en el contributivo sin éxito
- Cuenta de alto costo genera más inequidad (CONFIRMAR VIDEO)
- Establecimiento de una prima diferencial según perfil epidemiológico controlado por la prevalencia

Dimensión 7. Información:

- Base única al sistema de seguridad social en cabeza del estado sin ninguna otra intermediación

#### Dimensión 9. Relación entre los aseguradores/administradores y prestadores

- Compra inteligente de servicios
- Competencia entre los entes territoriales.
- Los aseguradores deben perder su posición de asegurador si incumplen los pagos
- La contratación debe definirse en el entorno del desempeño de los actores

Anotaciones de un integrante de esta mesa en disenso con las conclusiones:

- Salud en manos del estado
- Ver en la próxima sesión caso de Barranquilla

#### **G. Actividad 7: Fin de la sesión**

## Sesión 29 de septiembre

Hora de inicio: 8:45 a.m.

Hora final: 5:00 p.m.

Coordinadores: Ramiro Guerrero y Diana Pinto. Esta sesión contó con la coordinación de Ramiro Guerrero.

Secretario técnico: José Luis Ortiz

Asistentes:

Apellidos	Nombres	Empresa
Zarruk Rivera	Armando	Fasecolda
Chávez	Witney	Cut
Díaz Granados	Juan Manuel	Acemi
Currea Tavera	Juan Pablo	Acemi
Bedoya	Fernando	Achc
González Gálvez	Aycardo	Anpiss
Burgos Alarcón	Cesar Augusto	Asociación Colombiana De Sociedades Científicas
Valencia De Gudiño	Janethe	Cámara De Representantes
De Gudiño	Janette	Cámara De Representantes
Ochoa	Luis Fernando	Cámara De Representantes
Valdés Barcha	Juan Manuel	Congreso De La República
Rodríguez Guerrero	Henry Manuel	Congreso De La República
Lara Piedrahita	Jaime	Congreso De La República
Leiton Campiño	Jimmy Alejandro	Congreso De La República
Gil Pérez	Hugo	Congreso De La República
Rojas Maestre	Karina Icela	Congreso De La República
Hernández Bedoya	Karen Lorena	Senado De La República
Galindo Salas	Silvia Patricia	Senado De La República
Giraldo Muñoz	Esperanza	Comisión De Regulación En Salud CRES
García	Amalia	Cafam
García Ardila	Nahir Paulina	Colsubsidio
Estevez Galindo	Carlos Alfredo	Nueva EPS
Gómez Vásquez	Gustavo Alonso	Saludvida
Giraldo Duque	Héctor Fabio	Trasmedica SA
Velandia	Edgar	Fasecolda
Gaviria Fajardo	Ricardo	Fasecolda
Muñoz Paredes	Carlos Felipe	Gestarsalud
Acosta	Álvaro	Gestarsalud
Rocha	Sandra Rocío	Hospital La Samaritana
Prada Moreno	María Carolina	Ministerio De La Protección Social
Cáceres Gómez	María Fernanda	Ministerio De La Protección Social
García	Juan Fernando	Ministerio De La Protección Social
Gelves Rangel	Rafael Eduardo	Contraloría General De La República
Pastor Durango	María Del Pilar	Secretaría De Salud De Medellín
Fernández Cabrera	Germán	Secretaría Distrital De Salud
Rodríguez López	Amelia	Secretaría Distrital De Salud
Cárdenas Herrera	Harold	Secretaría Distrital De Salud
Villamil	José	Veeduría Nacional
Sterling	Sandra	Departamento de Planeación Nacional

### A. Actividad 1:

El coordinador de la mesa propuso hacer una modificación a la agenda en la que se tenía programado de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. la plenaria sobre temas que hayan quedado pendientes y propuso en cambio aprovechar el tiempo disponible para que las mesas se concentraran en el análisis de los proyectos de ley para luego a las 10:30 a.m. Hacer una plenaria sobre este tema.

## **B. Actividad 2:**

Cada una de las mesas presentó en plenaria sus principales consideraciones sobre los proyectos de ley que hace curso en el Congreso de la República. La síntesis de los principales puntos discutidos es la siguiente:

### **Submesa 4. Relator: Harold Cárdenas.**

1. Considera que el Proyecto 01 de 2010 abre las puertas para el NO POS y para que el sistema judicial siga tomando decisiones que afectan todo el sistema.
2. El Proyecto 01 de 2010 también contempla la utilización de primas adicionales por alto costo pero la mesa recuerda que estas primas ya operan y hay que revisar su efectividad.
3. La mesa resalta la posibilidad de pensar en un reaseguro en la que el asegurador cubre la primera capa que incluye el plan de beneficios y en la segunda capa se cubre lo que está por fuera que paga una prima cada vez que se presta el servicio. También apoyan reaseguro automático de buena fe.
4. En cambio el Proyecto 01 de 2010 plantea la entrega de un anticipo que en el futuro sería ajustado. La mesa considera que este mecanismo no soluciona el problema. En cambio, si se parte de un plan actualizado las compuertas para el No Pos deben reducirse. La mesa recuerda que los derechos pueden limitarse como se hace con en el sector educativo donde aunque la educación es un derecho el Estado garantiza el acceso hasta cierto nivel educativo.
5. El Proyecto 01 de 2010 incluye como forma de identificar las condiciones económicas de las personas y su capacidad de pago el estrato socioeconómico pero la mesa considera que es un error y debe tenerse en cuenta el SISBEN como método de focalización.
6. La mesa considera que no es adecuado poner a los afiliados al Régimen Subsidiado a pagar prestaciones económicas. Más bien si una persona del Régimen Subsidiado quiere prestaciones entonces se le pide un copago y la EPS contributivo responde.

### **Submesa 5. Relator: Carlos Felipe Muñoz**

1. El relator hace una corta descripción del diagnóstico del sector y de los objetivos del Proyecto 01 de 2010 que son:
2. El Proyecto 01 presenta los siguientes objetivos:
  - a. Atención Primaria en Salud
  - b. Fortalecimiento de la rectoría
  - c. Acción responsable con todos los actores del sistema
  - d. Universalización de las coberturas, con calidad, movilidad
  - e. Fortalecimiento IVC
3. La mesa está de acuerdo con los objetivos del proyecto de ley pero considera que tiene muchos elementos que por su naturaleza deberían tratarse en decretos o reglamentos y no en una ley de carácter ordinario.

4. También consideran que la estructura del proyecto es demasiada amplia y por esta razón no va a ser fácil poner de acuerdo a los Congresista, la discusión va a dispersarse y va a ser desgastante.
5. Recomiendan simplificar el articulado y consideran que, aunque los asuntos o propósitos del proyecto estén bien especificados, muchos de los contenidos no son adecuados.

### **Submesa 1. Relator: Juan Manuel Diaz-Granados**

1. Consideraron que los proyectos presentados al Congreso no son consistentes con la definición de aseguramiento. Sostuvieron que existe un seguro cuando el asegurado asume el riesgo a cambio de una prima.

La prima en el sistema de salud debe calcularse como cualquier otra prima, es decir, como el costo esperado de las prestaciones, los gastos más un componente actuarial. Pero el seguro más atomizado es el de salud y por eso hay que tener en cuenta la estadística de ocurrencia para poder definir la prima. La metodología en Colombia ha mejorado pero todavía faltan ajustes. Esa metodología calcula una prima para el sector que tiene grupo etario y factor regional. Si la siniestralidad es mayor entonces el costo lo asume el asegurador y si es menor es ganancia para las aseguradoras.

En este contexto las EPS no son sólo un tercero pagador. En Estados Unidos era así y eso terminó en un aumento de los costos y del gasto. La EPS no es solo un protector financiero sino también realiza gestión del riesgo.

2. En los proyectos de ley el rol del asegurador está afectado porque proponen libertad de elección de IPS. En ese modelo el asegurador no puede hacer gestión del riesgo, no hay control del costo y no puede gestionar la red.
3. Resaltan que en ninguno de los proyectos presentados cuenta con una exposición de motivos basada en estudios técnicos.
4. Comentarios sobre el borrador del proyecto de Ley estatutaria:
  - a. Una Ley estatutaria debe regular el derecho a la salud y la salud es más que el sistema de salud. Los determinantes de la salud deben incluirse en la ley así como la intersectorialidad.
  - b. El artículo cuarto del borrador de ley estatutaria presentado por el MPS rompe el principio de aseguramiento. El artículo abre el espacio para el No POS.
  - c. El tratamiento de los que queda por fuera del POS debe ser por fuera del aseguramiento y no como está planteado en borrador del proyecto de ley estatutaria.
  - d. Es correcto la inclusión del auto cuidado pero sobre cuáles son los efectos de incumplir el auto cuidado hay dos versiones en la mesa:
    - i. Efectos directos económicos y barreras de acceso
    - ii. Ningún efecto económico ni de acceso al sistema de salud

- e. En el aspecto de financiación de la estatutaria solo habla de cotizaciones debe hablarse también de impuestos. Debe dejarse abierto la posibilidad de que otras fuentes, distintas a las cotizaciones, financien el sistema.
- 5. Comentarios sobre el proyecto de Ley que propone las prestaciones en el exterior:
  - a. Rechazada de entrada. Es inviable administrativamente y financieramente.
- 6. Comentarios sobre el proyecto de ley que busca eliminar las barreras de acceso:
  - a. Los copagos deben quedar a discreción del regulador. Depende de situaciones de salud y condiciones de los grupos poblacionales vulnerables.
  - b. Los tiempos de espera deben ser reguladas por el regulador con base en estudios técnicos que tengan en cuenta los estándares internacionales y los recursos (físicos, de capital humano y económicos) disponibles.
- 7. Comentarios sobre el proyecto de Ley 01 de 2000.
  - a. Consideran necesario simplificarlo y concentrarse en lo esencial
  - b. Definir un marco lógico para saber qué es lo vigente y que permita hacer el estatuto único de la salud

## **Submesa 2. Relator: César Burgos**

1. Comentarios sobre el proyecto de ley 01 de 2010:
  - a. Consideraron que el proyecto no es una reforma a la Ley 100 sino que es una “colcha de retazos”. También sostienen que hay unos principios en los que se está de acuerdo pero el problema está en la aplicación de esos principios.
  - b. No hay coherencia entre los principios planteados en el proyecto de ley y su aplicación en los articulados.
  - c. En la rectoría el tema debe ser el papel y las competencias del Ministerio de Salud. No es objetivo de la rectoría hacer observatorios como lo plantea el proyecto de ley.
  - d. En el proyecto de ley la CRES tiene un rango menor al que tiene hoy. Es necesario que se aclare muy bien cuáles son sus funciones. Consideraron que sería adecuado para el sector contar con un consejo representativo, como el anterior Consejo de Seguridad Social, y más si se va a adoptar en el sector la estrategia de Atención Primaria en Salud.
  - e. Consideraron que las IPS deben reportar al Estado y no a las EPS la información sobre sus actividades.
  - f. Plantean el rechazo bajo cualquier circunstancia a la adopción obligatoria de las guías médicas.
  - g. Consideraron que se está legislando pensando en cinco años y no en el largo plazo como debería hacerlo una reforma.
  - h. La mesa expresó su acuerdo con la APS pero bajo el concepto de los determinantes de la salud. Los determinantes de la salud deben ser tratados intersectorialmente
  - i. Consideran que es en la relación médico –paciente en donde se determina lo prioritario, es decir lo que se presta con necesidad. Para controlar el gasto se utilizaría la gestión hospitalaria y los mecanismos expuestos en las sesiones

anteriores en las que la mesa planteó un sistema de seguridad social en cabeza del Estado.

- j. En los consejos propuestos por el Proyecto de Ley 01 de 2010 (como el consejo de APS) no aparecen los prestadores y es difusa la participación de los usuarios.
- k. Anotaron que las EPS indígenas no se han tocado en la discusión y son un serio problema sobre el cual no hacen referencia los proyectos de ley.
- l. Plantearon algunas diferencias entre el seguro comercial y seguridad social:
  - o La seguridad social es pública, los pagos se hacen por parte del Estado
  - o El estado trabaja con parafiscalidad y no como recursos propios como lo hacen las aseguradoras.
  - o Hay una destinación específica de los recursos.
  - o Es obligatoria la afiliación
  - o La eficiencia es un principio

Comentarios de otros participantes:

- Comentarios Witney Chávez (CUT):
  - o Los proyectos no recogen los planteamientos de la corte:
    - Unificación de planes
    - Los servicios deben ser prestados según sean requeridos
  - o En el proyecto de ley estatutaria el derecho a la salud no fue regulado lo que fue regulado fue la prestación de servicios de salud.
  - o En el proyecto de ley estatutaria el Estado no aparece en ningún lado como responsable de garantizar el derecho a la salud.
  - o El proyecto de ley estatutaria busca eliminar la tutela y el mecanismo propuesto a través de la Superintendencia de Salud no es expedito.
  - o La Superintendencia de Salud quedaría absorbida por las quejas de los usuarios.

**Álvaro Acosta (asesor GestarSalud) y Carlos Felipe Muñoz exponen algunos comentarios sobre el borrador del proyecto de ley estatutaria presentada por el gobierno y exponen un articulado alternativo:**

- La Corte no va a aceptar que el derecho a la salud coincide o se expresa en el POS.
- La ley estatutaria debe partir de la Constitución y de la responsabilidad del Estado frente al derecho a la salud y no del POS.
- El POS no define todo el derecho a la salud. El aseguramiento no cubre todo el derecho a la salud porque el derecho a la salud es mucho más amplio. Esto significa que Las EPS no pueden responder por todo el derecho a la salud.
- Los problemas del sistema no son sólo legislativos hay muchos elementos que ya están en las leyes pero no se cumplen por lo que es necesario definir muy bien qué elementos son de carácter estatutario.
- Propuestas:
  - o Se debe regular el derecho a la salud y no el POS o la prestación de servicios

- No a los regímenes especiales. Único plan para todos.
- Los aseguradores cubren el POS actualizado y con fuentes de definición específicos. Las EPS responden por el POS con su propia fuente de financiación. Pero lo que está por fuera debe quedar a cargo del Estado con fuentes de financiación específicas.
- Los servicios que no estén definidos en el POS los financia el Estado por fuera del sistema de aseguramiento.
- Para lo no incluido en el POS se hace un fondo cuenta que sigue los lineamientos del sector privado. Sería administrado por el Ministerio de la Protección Social y vigilado por la Supersalud. El fondo contratará con la red pública y privada con base en unos techos tarifarios.
- Los usuarios acceden a estos servicios NO POS vía CTC y según capacidad de pago. Es decir las personas que pueden pagar deben cubrir los servicios excepcionales.
- La propuesta alternativa al borrador presentado por el gobierno incluye un listado reglas para la operación del régimen contributivo y subsidiado entre las que están:
  - Si las EPS no prestan un servicio del POS entonces pierden la UPC de la persona y grupo familiar por seis meses.
  - Un solo fondo para el régimen subsidiado
  - Manejo de información
  - Supresión de los contratos del régimen subsidiado
  - No carnetización
  - Mejoras en flujo de recursos

### **C. Actividad 3:**

Almuerzo de 1:00 p.m. a 2:00 p.m.

### **D. Actividad 4:**

Cada mesa presenta propuestas concretas sobre las reformas al sistema de salud. El coordinador propone que las propuestas se clasifiquen según el alcance de la propuesta en reforma estatutaria, reforma ordinaria, decreto o resolución. El coordinador también reconoce que las propuestas pueden variar en su nivel de avance y concreción pero de todas maneras el idea es contar con propuestas lo más concretas posible.

**Submesa 4. Relator:** Luis Fernando Moscoso (secretario de salud de Barranquilla). El Dr. Moscoso presentó una propuesta y anexó una presentación y un documento que se incluye en los aportes que hicieron las mesas.

- La propuesta busca alcanzar un aseguramiento universal con Modelo de Atención Integral en el que:
  - Existan pocas EPS. No más de veinte.

- EPS únicas (la gente se moviliza de subsidiado a contributivo dentro de una misma EPS)
- Las personas que no estén afiliados deben estar en una asegurada pública
- Un operador financiero único que haga toda la gestión financiero y que administre una base de datos única. Esta entidad recauda todo, dispersa, cobra la cartera y autoriza el giro a las EPS.
- Se le quitan a las EPS las cuestiones no misionales (cobro de cartera, etc.) para que pueda concentrarse en la administración del riesgo en salud.
- Las EPS hacen acciones individuales y colectivas extramurales
- Existe un Fondo único de reaseguro (alto costo, huérfanas costosas) este fondo de alimenta de la UPC y recursos del estado.
- Los municipios son interventores y cercanos a la comunidad.
- Las prestaciones excepcionales se incluyen progresivamente en el POS con criterios técnicos.
- Sí a Giro directo a los prestadores con autorización previa del asegurador.
- Limitación más estricta a la integración vertical. No se comparte la integración vertical
- Exista un fondo de reaseguro para las prestaciones excepcionales

#### **Submesa. 5.**

- La ampliación, unificación y universalización debe ser inmediata 2011. 2015 es muy lejos. Supersalud debe dedicarse exclusivamente a la IVC no puede hacer parte porque pierde su carácter de fiscalizador
- No a que las personas paguen sus prestaciones no pos con su patrimonio. Aclaración: se debe garantizar es que, el que pueda más, aporte.

#### **Submesa 1. Relator: Juan Manuel Díaz-Granados**

- **Propuestas para la estatutaria:**
  - La ley estatutaria debe definir criterios generales para garantizar el derecho a la salud en el territorio colombiano y la propuesta del gobierno no los define.
  - Tres instrumentos para garantizar el derecho a la salud: promoción, salud pública y planes beneficios. El borrador de la ley sólo trata éste último.
  - No solo debe incluirse régimen subsidiado y régimen contributivo sino también los regímenes especiales
  - Pregunta sobre qué hacer con los regímenes especiales. Mantenerlos va contra la igualdad y la eficiencia
  - La ley debe dejar claro la metodología para que los planes de beneficios sean legítimos y respetados. Esto significaría que solo cuando se siga la metodología se pueden incluir prestaciones al Plan de Beneficios. Esto frenaría la inclusión vía legislativa de prestaciones en el POS

- En el borrador presentado por el gobierno faltan dos principios: finitud de los recursos (económicos y humanos) y articulación dentro del sistema y con los otros sectores que afectan o tiene incidencia en salud ( ejemplo SOAT, ARP)
- La Corte Constitucional dice que lo no pos se presta bajo necesidad (capacidad de pago). Hay que regular este criterio y la ley no lo hace
- Cuál es el tema de los límites y restricciones al respectivo derecho. Cuáles son los límites al derecho a la salud y cómo establecerlos de manera racional. No se plantean límites en la estatutaria.

Ley ordinaria:

- Bolsa única de recursos para el Régimen Subsidiado
- La bolsa común dependerá del tránsito de unificación
- Qué es calidad y cómo mejorar. Una parte es revisar la acreditación de las IPS
- El régimen contributivo debe ser autosuficiente. Los esfuerzos fiscales que se hagan deben ser para el subsidiado tal y como lo ha dicho la Corte Constitucional. Si se logra recaudar lo que corresponde al régimen contributivo se lograría contar con entre 500 mil millones y un billón adicional.
- Integración vertical: miembros del gobierno no opinan. Algunos creen que toca regular otros no. No hay visión unificada.
- En control de tecnologías se debe controlar el ingreso al país no sólo al POS. Dejar que entren al país es un incentivo para disparar el gasto. No se puede tener tecnología para pocos y mejor ubicados con los recursos de la seguridad social.
- Política de medicamentos. El gasto No POS está concentrado en medicamentos. El proyecto 01 supera ese problema?. Revisar la política de medicamentos a la luz de la nueva situación.

### **Submesa 2. Relator: César Burgos.**

- Estatutaria:
  - Aseguramiento público es la única alternativa para evitar la intermediación
  - Se propone un ente administrativo público que:
    - Afilie a las personas para lo que utilizaría una Base de datos única con apoyo de la registraduría
    - Se encargue de la administración del riesgo financiero y de la gestión hospitalaria
    - Constituya y administre una bolsa única para los recursos
  - Los recursos del sistema de salud son suficientes se deben utilizar mejor.
- Ordinaria:
  - Definir los recursos para la APS. No es claro de dónde van a salir estos recursos.
  - Intersectorialidad debe regir pero el coordinador debe ser ente público superior.

- No a las guías obligatorias. Crítica que se usen cuantiosos recursos para la definición de guías que no se actualizan.
- No a la integración vertical ni a la capitación
- Enfatizar el sistema de evaluación. Se necesita una evaluación por resultados y no solo por acciones.
- Consejo de APS propuesto por el proyecto de ley 01 de 2010 debe incluir al sector médico y a los entes territoriales.
- Se debe revisar la situación de las EPS indígenas.

#### **Submesa 5. Relator: Carlos Felipe Muñoz**

- Profundizar el aseguramiento como lo definió la 1122
- Eliminar regímenes especiales
- Buscar equilibrio en la UPS
- Contar con un Plan de beneficios expresamente definido
- Evaluación con base en resultados de salud
- Reglamentación: hacer un código de salud para que sea entendible y replicable
- Plan de beneficios único y que hace parte del derecho a la salud
- Incluir el agenciamiento como principio del aseguramiento
- Lo que falta es aplicar lo que hay
- Fortalecer el sistema de seguridad social integral. Convergencia.
- Homologar la operación entre regímenes
- Giro directo o centralización de los recursos
- Que los aseguradores sino pagan pierdan calidad de aseguradores
- Mínimo de población por EPS para buscar eficiencia

#### **E. Actividad 5: Comentarios de cierre de algunos asistentes**

- CUT:
  - Derecho garantizado totalmente,
  - Reforma a las transferencias le quito plata a la salud y es lo que tiene
  - La ley estatutaria no es para limitar el derecho
- Fernando Bedoya (ACHC):
  - No Integración vertical.
  - Sí a la libre competencia de IPS como forma de exigir calidad.
  - Más que falta de camas hay exceso de pacientes.
- José Villamil (Representante usuarios):
  - Sí a la libre elección de IPS.
  - No hay una comisión de evaluación de tecnologías en el país que informe a los usuarios sobre las tecnologías disponibles.
  - En las partes de difícil acceso está el sector público porque no el privado
  - Entre los más grandes deudores con las IPS públicas está CAPRECOM.
- Secretaria salud Medellín:
  - Fortalecer las competencias de los entes territoriales en salud antes de pensar en transferirlas a otros niveles de gobierno
- Carlos Felipe Muñoz:
  - Pide que haya una retroalimentación por parte del Ministerio

- Álvaro Acosta
  - Los proyectos no tocan los temas fundamentales
- Ramiro Guerrero:
  - Planteó que si bien el gobierno tiene mucho por hacer también hay muchas cosas que los actores pueden hacer sin tener que esperar al gobierno. Por ejemplo, la autoregulación médica es una política que para su aplicación no se necesita una ley.

#### **F. Actividad 6.**

El coordinador dio por cerrada la discusión de la mesa de aseguramiento agradeciendo el trabajo intenso de los participantes y los aportes de cada uno a la discusión.

## Documento adicionales entregados por las mesas

### Propuesta Secretario de Salud de Barranquilla

#### PROPUESTA DE MODIFICACIÓN AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO

Para que exista un programa que impacte la salud de las personas debe haber un responsable, que piense en la salud de los usuarios, sus determinantes, y con base en esta información proponga acciones para generar un mejor estado de salud.

En esta podemos establecer tres responsabilidades;

- Las de todos, las de la sociedad y la comunidad, de innegable responsabilidad del estado.
- La segunda la que impacta sobre las personas en forma directa, el modelo colombiano le dio esta responsabilidad a los aseguradores, quienes a su vez son los responsables del riesgo económico derivado del riesgo en salud de los ciudadanos
- Pero los aseguradores si bien tienen la responsabilidad integral, hay procesos especializados que implican a todos los ciudadanos, que tienden a ser más eficientes si son ejecutados por operadores únicos especializados de procesos

#### LA PROPUESTA

La política de la propuesta es dar elementos de discusión de una visión alterna del actual sistema, y como podría ser su funcionalidad y los cambios que se consideran deben darse.

La conceptualización de la propuesta pretende alcanzar:

#### COBERTURA UNIVERSAL DE PERSONAS Y SERVICIOS:

- Todo colombiano estará afiliado a una Empresa Promotora de Salud (EPS), independiente de su condición socioeconómica, y dependiendo de esta podrá estar en algunos de los planes comerciales del sistema, en un sistema único; donde el usuario está afiliado independiente de su capacidad de pago; al asegurador se le reconoce una UPC según el riesgo y el plan comercial que obste:
  - Contributivo; Que exonera de copagos a los cotizantes, cobra cuotas moderadoras y copagos para atenciones diferibles, según los ingresos, cubre prestaciones económicas y permite tener servicios complementarios o pólizas de seguros, a él deben estar inscritos todos los ciudadanos con empleos formales y pensionados, los independientes con capacidad de pago (más de 2 smmlv), y los independientes sin capacidad de pago que deseen estar afiliados (con pago mínimo sobre 1 smmlv) y podrán afiliarse voluntariamente los independientes del Sisben 1, 2, 3, y 4 sin capacidad de pago con pago de cotizaciones subsidiadas, en todo caso las prestaciones económicas se darán en virtud del aporte, estos cotizantes deben estar afiliados mínimo a pensiones y riesgos profesionales.

- Subsidiado: dirigido a los usuarios identificados con niveles 1, 2 y 3 del Sisben sin relación laboral formal o sin capacidad de pago, con cobro de copagos y cuotas moderadoras según nivel de Sisben para atenciones diferibles
- Urgencias (cubre urgencias integrales y actividades prioritarias): para las personas no sisbenizados o sisbenizados de los niveles 4, 5 y 6, que cubre los eventos de urgencia y sus derivados y actividades no diferibles, con el pago de copagos según ingresos previos o predeterminados para los eventos distintos a las atenciones iniciales de urgencia.

Tendrán el derecho al resto de plan de beneficios único estos usuarios con el previo pago de las cotizaciones correspondientes o mediante el pago directo del evento, en virtud de su capacidad de pago, estos usuarios no podrán tener planes complementarios o pólizas de seguros.

- Las personas que demanden un servicio y no se encuentren en ningún plan, quedaran automáticamente afiliadas a la EPS pública y a ella se le reconocerán las UPC-Urgencias hasta por tres meses, prorrogables por igual periodo, tiempo en que debe garantizar su afiliación regular o el retiro definitivo, las personas con Sisben territorial tendrán una afiliación transitoria por 6 meses, al cabo si la afiliación es validada por planeación nacional, entraran en la base de datos en forma definitiva, en caso que se comprueba de estos usuarios doble afiliación se le descontara a la EPS el valor de la UPC de urgencia pagada a la EPS pública.

#### PLAN DE BENEFICIOS ÚNICO:

- Existirá un plan de beneficios claro definido, que se actualizaría en forma permanente de acuerdo a los requerimientos y modernidades del sistema de salud, privilegiara las acciones costo efectivas.
- El Plan de beneficios Único tendrán derecho todos los habitantes del territorio, independiente que ostenten un plan comercial del contributivo o subsidiado,
- En caso de pérdida del derecho de los usuario con capacidad de pago o mientras se determina la incapacidad de pago del que no la tenga, el usuario debe permanecer afiliado a la EPS que venía o mientras se determina condiciones de afiliación en caso de no estarlo se inscribirá en la EPS pública, a través de un plan transitorio de urgencia y eventos no diferibles, que dará atención a eventos vitales y dará continuidad a los eventos crónicos o agudos en tratamiento, mientras el usuario retoma el derecho pleno o realiza la afiliación definitiva, durante este periodo pagara pagos compartidos para eventos distintos a la atención inicial de urgencia según su capacidad de pago.
- Por el aseguramiento del plan único de beneficios se reconocerá a los aseguradores una UPC que tendrá en cuenta ponderadores como mínimo por; grupo etario, zona geográfica y población, concentración de riesgo, y que se liquidara según el plan comercial que se elaborare en que tendrá en cuenta las condiciones de riesgo, siniestralidad (usos y costos) y de gestión que tengan:
  - Contributivo

- Subsidiado : inicialmente la UPC-S a reconocer será distinta, ajustada a la menor; siniestralidad actual y gastos de gestión, según en el porcentaje que se determine y que se ajusta según siniestralidad cada año en forma progresiva hasta hacerla igual en un periodo de 10 años, si las siniestralidad fueran iguales, conservara en todo caso un 5 % menor de diferencia en virtud de menores gastos de gestión y por corresponder a un servicio sin ánimo de lucro de naturaleza social compensada)
- Urgencias; del 25 % de la UPC del plan comercial del subsidiado; se recibe mientras el usuario no esté afiliado o con derecho activo, y cobre atención de urgencias, sus derivados, actividades crónicas y de alto costo previamente diagnosticadas, con el pago de cuotas de recuperación según su nivel de ingreso si lo tiene o el máximo si no lo tiene para eventos distintos a la atención inicial de urgencias.
- No existirán periodos de carencia, ni semanas mínimas de cotización, y los ciudadanos (a excepción de los cotizantes y las personas con niveles I de Sisben) pagaran según reglamentación cuotas moderadoras y copagos según su capacidad de pago evaluada según nivel socioeconómico para el plan subsidiado y de ingresos para el plan contributivo, los copagos en el plan transitorio de urgencia corresponderán al de ingresos mayores.

#### ESPECIALIZACIÓN DE FUNCIONES:

Los diferentes actores tendrán funciones específicas, tanto en el estado como en el sector privado:

El estado estará representado por:

- Nación; Ministerio Protección Social (MPS), Superintendencia Nacional de Salud(SNS), Superintendencia del Sector Financiero, el instituto de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Salud (INS), y otros institutos con funciones específicas
- Departamentos; gobernaciones y secretarías o institutos de Salud, las redes públicas departamentales.
- Municipios; Alcaldías y secretarías o institutos que ejercen las funciones de salud, las redes públicas distritales

#### LA FUNCIÓN DEL ESTADO:

Ser el rector del sistema, su diseño, implementación, reglamentación, control, mas no de su operación, que debe delegarla en actores especializados, bajo su supervisión.

El estado tiene varios componentes:

NACIÓN: la proyección es que continúe ejerciendo las siguientes acciones rectoras macro;

El Ministerio Salud (MS): ente rector, que diseña la política nacional, emite las instrumentaciones técnicas de todo el sector salud.

La Superintendencia Nacional de Salud; responsable del cumplimiento de las normas emitidas en salud, instrumenta la vigilancia del sector salud en la parte prestacional a cargo de los aseguradores y atendida por los prestadores, es última instancia de la inspección, vigilancia y control y tiene control preferente si así lo determina.

Superintendencia de Sector Financiero; es el responsable del cumplimiento por parte de los aseguradoras de las normas técnicas financieras y le corresponde la instrumentación de esta inspección vigilancia y control.

Superintendencias de sectores especializados; serán competentes sobre la dinámicas de sus vigilados en el tema empresarial, en los temas de salud y financiero del sistema la competencia la tienen las superintendencia de salud y financiera.

El Invima; Apoya al MPS como referente técnico en los temas de medicamentos y alimentos y ejecuta las labores de Inspección, Vigilancia y Control en estos temas en compañía de actores territoriales

Instituto Nacional de Salud; apoya al MPS como referente técnico – científico y de vigilancia en temas de salud

ICBF, SENA, y otros referentes sectoriales en temas específicos que apoyan las labores técnicas del MPS y complementan con acciones directas en los sectores de su competencia

CRES; comisión reguladora del sector salud, órgano independiente encargado de las evaluaciones técnicas de aspectos económicos del sector salud

ENTES TERRITORIALES:

DEPARTAMENTOS:

Dentro de la propuesta los departamentos ejercerían de rectores territoriales, diseñadores de políticas departamentales con base en los derroteros nacionales, las labores de inspección, vigilancia y control como primera instancia del cumplimiento normativo en temas de salud, ejercerán en conjunto con los municipios las funciones de IVC sanitario, tendrán a su cargo:

- Los centros reguladores cuya función es conocer la capacidad instalada y disponibilidad de servicios de urgencias y prioritarios, apoyar el proceso de referencia a las EPS, regular el servicios de ambulancias, ser un punto de contacto de los usuarios, los prestadores, los aseguradores y los municipios, adelantar acciones vigilancia epidemiológica inmediata, ser responsables de la red de bancos de sangre y trasplantes, apoyar las emergencias, garantizar en estos procesos que las IPS, EPS, ET asuman sus responsabilidades, hacer IVC de estos proceso garantizando el mejor servicio.
- La habilitación de los prestadores de servicios de salud y acciones de IVC sobre la red territorial.

- IVC de los aseguradores, dando especial énfasis en los temas de conformación de red de servicios, cartera y glosas y todos los demás temas normativos.
- IVC Sanitario que adelantara en conjunto con los municipios
- Laboratorio de Salud Publica
- La reglamentación establecerá los procesos y los temas en los cuales la SNS y la SNF serán última instancia.
- Cofinanciaran con rentas cedidas los aportes para los usuarios identificados en los niveles III y IV de Sisben, de la diferencia entre la UPC del plan comercial del subsidiado, la de urgencia asumida por las cuentas del subsidiado y el valor de aporte complementario o cuota de recuperación establecida a cargo del Usuario, los valores que se determinen serán girados por los recaudadores directamente al FOSYGA

## MUNICIPIOS

Dentro de la propuesta los municipios ejercerían de rectores locales, diseñadores de políticas locales con base en los derroteros departamentales y nacionales, las labores de detección y análisis de la operación local y coloca en la primera instancia los hechos sujetos de revisión e inicio de procesos sancionatorios a la primera instancia del cumplimiento normativo los departamentos.

Tendrán a su cargo procesos como:

- Ser responsable del contacto y las relaciones con los usuarios, los ciudadanos y los organizaciones que los representan, igualmente ser su representante ante las EPS, IPS, cuando estas no han presuntamente asumido sus competencias adelantando las acciones necesarias para garantizar la atención, remitiendo a las instancias correspondientes para inicio de acciones sancionatorias los proceso que se establezcan
- Ser el responsable en primera estación de la inspección de calidad en el aseguramiento y la prestación de servicios y la salud pública, iniciando los procesos de mejora y sanción que se determinen remitiendo para su culminación a la estaciona sancionatoria correspondiente
- Ser los interventores locales del Aseguramiento, la salud pública, y la prestación
- Los municipios categoría 1 y 2 harán IVC sanitario en forma directa, los 3,4,5, Y 6 será asumido por los departamentos
- Los municipios categoría especial, 1 y 2 cofinanciaran según lo determine el reglamento un % del costo del aseguramiento de sus usuarios, con base en la ejecución del año inmediatamente anterior, esta se descontara directamente de los recursos del SGP de propósito general.

## ENTES ESPECIALIZADOS:

Son entes encargados de una función específica en el sistema, su naturaleza puede ser pública, privada, o mixta, según lo determine el reglamento, y su objetivo realizar una función en forma consolidada, que en otro caso sería ejercida por varios actores y operarios, haciéndola más compleja y costosa, tanto en valor como en costo de oportunidad y en eficiencia.

FOSYGA: Operador financiero del sistema, cumpliría igual función, de manejo de los recursos del sistema.

#### OPERADOR TÉCNICO DEL SISTEMA:

El sistema ha venido siendo manejado por varios actores en relación al recaudo de los recursos donde se involucran EPS-C, operadores de pila, entes territoriales, Fosyga entre otros, donde son claros los recursos, las fuentes y usos, pero esta dispersión de actores y la fragmentación encarecen este proceso, y traslada a actores cuya función misional no es la de recaudar en las EPS, la de dispersar recursos en los entes territoriales, al igual que otros procesos como son el de la compensación, dispersión, el cobro de cartera, pago entre otros, funciones que consideramos pueden ser ejecutados por un operador técnico del sistema único, que tendría las siguientes funciones:

- Ser el administrador de la Base de datos del sistema; base de datos que se conformara única, en ella se incluirán todos los colombianos, independientes de su condición de aseguramiento, se agruparan en grupos familiares según los grupos de la normatividad legal, se validaran sus datos de identificación, se registrara su condición socioeconómica con base en los Sisben (territorial y validado por DNP y los locales como transición), sus ingresos con base en la información de DIAN y Ministerio de Hacienda y las de aportes, se le asignara una referencia municipal y departamental, y se le incluirán variables especiales y complementarias.
- Se establecerá según los lineamientos que más adelante se describen, el plan comercial al cual está afiliado cada colombiano (contributivo, subsidiado, urgencias)
- Establecerá las fuentes de financiación de cada plan comercial; contributivo (cotizaciones, intereses de mora, rendimientos, etc.), del subsidiado (Sistema General de Participaciones-SGP, Rentas Cedidas, Regalías, Aportes de recursos propios, Fosyga, rendimientos financieros, aportes de la nación, aportes por desplazados, aportes de solidaridad, otros.), urgencias (aportes especiales).
- A cada usuario le cargara su asegurador en el sistema y creara una cuenta individual de cotizante, beneficiario, con su asociación de empleador o ente territorial, con su histórico
- Realizara el cargue de los usuarios según su plan comercial, y registrara las novedades que aporten los empleadores, los entes territoriales y los aseguradores en la base de datos única.
- Aportara un portal en línea donde los diferentes actores previa autorización; empleadores, entes territoriales, aseguradores, registraran las novedades del usuario y su plan comercial.
- Tendrá control del recaudo de cada fuente; incluye liquidación de aportes de empleadores, entes territoriales, nación, etc.
- Registrara los aportes de los empleadores en las cuentas de empresas y cotizantes y las de beneficiarios adicionales, con base en la planilla única del sistema
- Registrara los aportes de cada actor del sistema,
- Liquidara los aportes de las diferentes fuentes que no ingresen y efectuara el proceso de cobro de cartera de cada uno de ellos, incluyendo la de los empleadores que se hará con

base en las pre liquidación efectuadas con la información de la afiliación de los a portantes y las novedades registradas, igualmente que los aportes territoriales y nacionales, los complementarios de los ciudadanos.

- El cobro de cartera será único a cada deudor, más allá que tenga varias sucursales o agencias.
- Se cobrara mora de acuerdo a la reglamentación legal
- Con base en la información cargada en el sistema y el estado del plan comercial que obstante el usuario en determinado momento liquidara el valor a reconocer, por ciudadano, grupo familiar asociado, y por asegurador, la cual remitirá al Fosyga y el asegurador, para su revisión, validación, aprobación y giro,
- los aseguradores de los a valores a reconocer, autorizaran al operador a girar en su nombre directamente a las IPS según la reglamentación, e informaran a asegurador y prestador del giro realizado, la responsabilidad de la imputación de los pagos será exclusiva de la relación asegurador prestador.
- Los pagos a los aseguradores serán mensuales, mes anticipado, pagaderos dentro de los 10 primeros días de cada mes.
- Las cuentas del sistema serán independientes según lo determine el reglamento, pero harán unidad de caja al interior de cada una, y se podrán autorizar prestamos entre cuentas de manera transitoria, reconociendo los interese comerciales a cada una de ellas, que se pagaran contra los intereses de mora que pagan los actores que han retrasado su aporte, el operador podrá ejecutar por todas las vías jurídicas a los deudores morosos y podrá reportarlos a las diferentes centrales de riesgo y boletines del estado, igualmente podrá tener para atender los compromisos del sistema prestamos con el sistema financiero si así lo requiere.
- El pago por las acciones del operador se pagaran por un valor fijo por usuario que determinara el gobierno nacional, según el plan comercial, este valor se pagaran de los rendimientos financieros y los de recaudo de mora por cartera, además se le reconocerá un % de la cartera recuperada como compensación por esta labor, podrán aportarse recursos de las cuentas del Fosyga para costear los gasto del operador, o cobrar a las EPS el valor por usuario por la función.
- Las relaciones con los empleadores y los entes territoriales será con el operador.
- El operador tendrá oficinas regionales donde maneje las relaciones con los actores y deberá tener convenio con entidades financieras y/o corresponsales no bancarios, para su representación en municipios y otras áreas. Las oficinas regionales podrán ser en las instalaciones de asociados.
- El reconocimiento de las prestaciones económicas corresponde al operador
- El operador dará la información en línea de la entidad que debe asumir los eventos en los casos de urgencia y eventos no diferibles
- Un operador único del sistema que administre la base de datos de los usuarios del sistema de seguridad social, se encargue de disponer una plataforma de afiliación y novedades, registre los recaudos, tanto de salud como pensiones, riesgos profesionales, parafiscales, cobre la cartera por todos estos aportes, registre los traslados de la nación y los entes territoriales al fondo que se determine y realice las gestiones para garantizar

estos aportes y cobrar la cartera, solicitara los aportes compensatorios y de cierre al Fosyga, liquide los reconocimientos a las EPS, disperse a las IPS cuando el asegurador lo determine.

- Se relacionara con el empleador para las prestaciones económicas
- Con las EPS para los efectos de dar autorización y clave a la fuerza comercial para interactuar según los perfiles con el sistema y hacer las averiguaciones en línea y el proceso de afiliación, y los efectos de reconocimientos.
- Con los entes territoriales a quien facilitara el acceso para información y vigilancia y control
- Con el centro regulador a quien permitirá el acceso en línea para indicar los responsables y las afiliaciones a la EPS publica en caso de no existencia
- Con los usuarios, informara sobre su historial
- Tendrá oficinas mínimos en capitales de departamento, que podrá ser en instalaciones de asociados, línea nacional 24 horas y representación municipal a través de corresponsales bancarios y no bancarios
- Los pagos se harán al sistema, pero quien liquida los reconocimientos es el operador, solicita la dispersión, quien gira es el Fosyga
- Dispondrá de un sistema robusto que permita ejecutar todas las operaciones en tiempo real y garantizara como máximo en tres días el registro de aportes

#### LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

Que características debe tener un asegurador dentro del sistema:

- Patrimonio suficiente que cubra los riesgos
- Base suficiente de población para dispersar el riesgo
- Permanencia del usuario para que sea valido las inversiones en programas que minimicen el riesgo futuro
- Sistema de información que le permita administrar el riesgo
- Especialización y Políticas hacia la administración de los riesgos, de corto, mediano y largo plazo
- Ingresos importante que permitan que el costo de la gestión sea bajo para privilegiar la inversión en el aseguramiento
- Programa integral que permita tomar todas las acciones para compensar esta riesgo
- Flujo de caja adecuada que le permita cubrir los siniestros

Hoy no ocurre en la mayoría de estas características no son tenidas en cuenta por nuestros aseguradores

- Patrimonios bajos en relación al volumen de recursos que manejan, lo que genera apalancamiento financiero a base de terceros.
- Provisiones inadecuadas.
- Poca población, dispersa.

- Baja permanencia y rotación, por diferentes causas mora, traslados, perdida derecho etc.
- Sistema de información en su mayoría deficiente, muchos enfocados a los costos y no a los riesgos.
- Deficiencia en programas de riesgo en salud y políticas más guiadas a los costos, riegos que no depende de sus acciones y sin posibilidad de intervenirlas.
- Ingresos en muchos casos insuficientes para obtener unos bajos costos de la gestión, causados por bajas poblaciones, dispersión, gasto mercadeo, sistemas informáticos inadecuados entre otros.
- Aseguramiento parcial, por sistemas sin aseguramiento integral, perdida de continuidad, tiempo insuficiente para impacto programas, etc.....
- Flujos de cajas inadecuadas, compensaciones, cartera de los contratantes, no pos, etc.

Por lo anterior la propuesta es un sistema de aseguramiento organizado en forma distinta:

#### Aseguradoras Adecuadas

- Poblaciones que permitan dispersar el riesgo en salud y los costos de la gestión
- Patrimonios que permitan un apalancamiento con base en las reservas técnicas y el patrimonio y menos en los proveedores
- Movilidad reducida, con permanencias mínimas y autorizaciones de movilidades excepcionales, la no perdida de los derechos en los programas de riegos con continuidad y permanencia de coberturas
- Sistemas de información que permitan información en tiempo real de información; epidemiológica, de usos y costos y con capacidades técnicas de análisis y toma de decisiones.
- Especializadas en funciones de riegos y no administrativas, como son las funciones de registro, recaudo, cobro de cartera entre otros.
- Mecanismos de reaseguro de eventos costosos (enfermedades alto costo, eventos de alto costo, enfermedades huérfanas, etc...), con primas asociadas que privilegien las acciones de minimizar los riesgos, y con castigo a la imputabilidad.
- Existencia de planes definidos, que se complementen en casos necesarios, quitando subsidios cruzados y riegos de acciones perversas

Que se propone.

#### Empresas Promotoras de Salud

- Que tengan activos un mínimo de 1.500.000 personas (entre 15 y 25 EPS).
- Con coberturas nacionales y convenios con EPS en regiones donde no estén, mientras se traslada la afiliación.
- Patrimonio mínimo del 10 % de los ingresos del año anterior.
- Reserva técnica equivalente a la diferencia entre los costos registrados y el 90 % del ingresos del mes, ajustable todos los meses, que se libera al año si los valores de costos

definitivos son inferiores y tiene paz y salvo de la red prestadora contratada por esos periodos.

- Gastos de gestión no superiores al 8 % (10 % plan contributivo, 5 % plan subsidiado y de urgencias)
- Aseguren un plan de beneficios único definido en lo referente a prestaciones en salud, que según la necesidad pueda ser complementado con prestaciones excepcionales debidamente reglamentadas, las prestaciones son de dos tipos; diferibles y no diferibles.
- Operen un sistema único: donde el usuarios está afiliado independiente de su capacidad de pago; al asegurador se le reconoce una UPC según el riesgo y el plan comercial que obstante; contributivo, subsidiado, urgencias
- El reconocimiento lo efectúa un operador único nacional, quien es el responsable de mantener un sistema único de registro en línea, de recaudo de las cotizaciones, del cobro único de cartera, de la compensación, del cobro a los entes territoriales por los recursos propios, de verificar los ingresos de fuentes como SGP, rentas cedidas, regalías, Fosyga y otros según reglamentación, la liquidación de la UPC y del reconocimiento a las EPS, la autorización de giro oportuno y demás acciones tendientes a tener debidamente identificados los usuarios, y hacer los reconocimientos correspondientes, los cuales en todo momento estarán como mínimo en UPC de urgencias y actividades prioritarias, el pago será con los recursos del sistema o podrán las EPS podrán aportar para lo cual reconocerán por esta labor; según el plan comercial, el 1 % por el plan contributivo, el 0,1 % por el subsidiado y no tendrá costo el de urgencias, los ingresos por intereses de mora le corresponden el 50 % al operador y el 50 % al sistema.
- Las relaciones con los empleadores la tendrá el operador, a quien el empleador realizara las afiliaciones en línea, donde solo tendrá que reportar bases laborales, cada empleador dispondrá de una clave de acceso y reporte, en caso de afiliación de independientes o sisbenizados los podrán hacer los asesores comerciales de la EPS, para lo cual utilizaran mecanismos en línea y con identificación biométrica.
- Las personas que demanden un servicio y no se encuentren en ningún plan, quedaran automáticamente afiliadas a las EPS pública y a ella se le reconocerán las UPC-urgencias hasta por tres meses, prorrogables por igual periodo, tiempo en que debe garantizar su afiliación regular o el retiro definitivo.
- Las personas afiliadas por Sisben territorial, tendrán una afiliación transitoria por 6 meses mientras es validadas por DNP, pero el Sisben territorial tendrá validaciones que eviten dobles coberturas.
- El registro lo harán las EPS, los empleadores, los usuarios, directamente sobre un sistema único del estado, manejado por el operador, todos los registros serán en línea, para lo cual las EPS y los empleadores deberán organizar las adecuaciones correspondientes.
- El operador será una entidad o conjunto de entidades del sector financiero o de cajas de compensación y será único para todo el sistema, tendrá oficinas regionales en todas las capitales de departamento como mínimo, consultas en línea, una línea nacional gratuita, y podrá contratar con los municipios y/o el sistema financiero la representación local
- Todas Las EPS contratarán con un único operador de central de llamado, regulación y autorización de urgencia; el sistema de reporte y autorización de urgencia, podrán

utilizarse mecanismos automáticos, el sistema de referencia y autorización de eventos subsiguientes de la urgencia y sus derivados hasta el día hábil siguiente o hasta que el asegurador se haga responsable, este operador dispondrá de un mecanismo en línea donde acudirá toda la red prestadora para solicitar confirmación, información, autorización de eventos urgentes, referencia de la urgencia o los eventos subsiguientes mientras la EPS se hace cargo, este operador deberá referir de preferencia a la red del asegurador, en caso de no lograrlo dejara la anotación correspondiente y referirá a la entidad que disponga del servicio, este operador contara en todas las capitales con un centro regular local, el cual podrá contratar con el ente territorial o con una empresa distinta, en todo caso en todas las capitales de departamento se contara con un único centro regulador, por los servicios autorizados si hay contrato la EPS reconocerá a la IPS las tarifas pactadas, de no haberlo se reconocerán a tarifas SOAT, las autorizaciones dadas se reportaran en línea al asegurador, a quien le corresponde la gestión correspondiente, en caso que el asegurador no se haga cargo se reportara al ente territorial para el proceso de investigación correspondiente, el pago se hará de acuerdo a tarifas reguladas y tendrá derecho el operador previo cumplimiento de sus obligaciones, la escogencia de este operador y las tarifas serán de escogencia y regulación por el gobierno nacional.

- Las EPS será responsables de la administración de riesgo en salud de sus afiliados y de asumir las contingencias económicas derivados de este riesgo.
- Esta obligación incluye las actividades individuales y colectivas a las personas, en la fase extramural : por lo cual contrataran con un operador único regional en la fase extramural bajo el modelo de atención primaria comunitaria, quien se encargara en el hogar de cada ciudadano de caracterizar los riesgos, hacer un plan de intervenciones que incluyen acciones directas, educación en salud, algunas actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, demanda inducida, acciones complementarias entre otros acciones que busque estilos de vida saludable, factores protectores, y que minimicen los riesgos, , las cuales cancelaran con base en tarifas de determinaciones por el gobierno nacional, que se liquidaran asociadas a logros de coberturas y resultados según la normatividad, las actividades de gestión del ambiente serán contratados por los entes territoriales con este mismo operador y el ente cancelara igualmente según lineamientos nacionales por coberturas y resultados, esto incluirán indicadores de proceso y resultado, este operador será responsable de las acciones unificadas de información y educación complementarias masivas, para lo cual operara un plan de difusión cuyo contenido técnico será responsabilidad del concejo territorial de salud, igualmente el plan de intervenciones metas y demás serán reguladas por la nación pero ajustadas por los concejos territoriales de salud
- El plan a cargo del asegurador incluirá actividades colectivas brindadas a los individuos en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y formación en salud, que se hará en la red prestadora del asegurador, según las metas y definiciones de la reglamentación.
- Las metas de programas de promoción y prevención, serán por cobertura por persona, no por numero, y por tanto se tendrá en cuenta para su cumplimiento las actividades extramurales y las de las prestadoras, los incumplimientos de estas metas causa de plan de mejoramiento, intervención y retiro de la licencia de funcionamiento, por lo cual la EPS

será la responsable de la interventoría y el cumplimiento del operador extramural y su red prestadora y aplicará a los mismos los mecanismos de sanción que se deben proveer en las mismas normas legales.

- Las EPS contratarán servicios básicos en los municipios de residencia o de elección del usuario, estos estarán en forma cercana a los usuarios según su capacidad económica, de acuerdo a los planes concertados con los entes territoriales, los prestadores de niveles básicos contarán como mínimo en el mismo sitio de servicios o en uno cercano de Md general, Od general, toma exámenes de laboratorio, suministro de medicamentos, centro capacitaciones y talleres, y de acuerdo con la disponibilidad de recursos de servicios primarios; pediatría, ginecología, Md interna, nutrición, psicología, terapias (física, lenguaje, respiratoria, ocupacional), trabajo social, estos servicios podrán ser contratados por evento, paquete o cápita, pero según el sistema de contratación se adoptarán según el reglamento los indicadores de gestión y de resultado base para el pago, para estos servicios en la IPS asignada no se necesitarán autorizaciones y los soportes de atención serán registros individuales de prestación.
- Tendrá un plan organizado de fácil acceso y organizado por núcleos de acceso medio para servicios secundarios; hospitalarios de baja complejidad; urgencias, observación, parto sin riesgo, procedimientos menores, cirugía programada de bajo riesgo, hospitalización de baja complejidad, estos no se podrán contratar por cápita, se podrán utilizar mecanismos de eventos o paquetes, los de urgencias se autorizarán por el operador del centro de regulación, los servicios ambulatorios y de diagnóstico; radiología, Ecografía, Monitoreo, Erg, centro de Rehabilitación, Md especializada secundaria (urología, Orl, oftalmología, psiquiatría, etc.), podrán contratarse por cápita, evento, paquete u otras formas, los pacientes no podrán ser referidos sin los estudios diagnósticos previos según las guías y la reglamentación. los demás serán sujetos de autorización en línea y solo requerirán el envío de formularios según la normatividad, la autorización se dará dentro de los parámetros de la reglamentación
- Tendrá un plan de organización por núcleos de referencia para los servicios hospitalarios y quirúrgicos de mediana y alta complejidad, los ambulatorios subespecializados y los de diagnósticos especializados, que serán sujetos de autorización en línea y solo requerirán el envío de formularios según la normatividad, la autorización se dará dentro de los parámetros de la reglamentación
- Un plan de atenciones para enfermedades crónicas, de interés en salud pública y de alto costo, que involucren todas sus fases.
- Como mínimo dispondrá de este plan organizado, pero podrá optar por mecanismos alternos de administración de riesgo, que en todo caso no podrán significar barrera de acceso, problemas de oportunidad o alteren las variables de calidad, y serán con base mínima en lo descrito en los ítems anteriores.
- Los sistemas de información permitirán para atenciones distintas a la urgencia un sistema de autorizaciones con tiempos máximos, información que estará disponible para los entes territoriales según su competencia, que serán responsables de su vigilancia, al igual que garantizar el cumplimiento de criterios de oportunidad, ajustando a las capacidades regionales

- Las EPS y sus socios, podrán participar en las Ips en su capital, sin que puedan tener el sector asegurador más del 40 % del capital total, excepto condiciones excepcionales debidamente autorizadas ante la imposibilidad de encontrar socios estratégicos y de participación del estado.
- Los usuarios permanecerán afiliados por tiempo indefinido a la misma EPS y se podrán trasladar o cambiar de EPS libremente después de 5 años de afiliación, o en cualquier momento si demuestra efectos de mal servicio, para lo cual si no es autorizado en forma directa por el asegurador podrá solicitarlo ante el ente territorial, quien podrá autorizar siguiendo los lineamientos de la normatividad, quien adicionalmente podrá aplicar medidas sancionatorias de encontrarlo pertinente.

#### OPERADOR DE LAS LABORES DE ATENCIÓN PRIMARIA, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EXTRAMURALES

- Serán operadores únicos por distrito y departamentos, atenderán las áreas urbanas y rurales
- Tendrán un sistema de información en línea con el operador técnico del sistema, con las EPS, con la IPS básica del usuario y la información estar disponible para todos los actores en línea.
- Realizarían actividades individuales y colectivas a las personas, las familias, el hogar, la comunidad y el ambiente, según la reglamentación.
- Habrá un responsable por cada hogar, de su caracterización, plan de intervenciones, acciones directas, educación incidental, demanda inducida, acciones complementarias y control.
- Estará en contacto directo con las Ips de servicios básicos del usuario a quien remitirán la información e interrelacionaran para lograr proceso de citas de demanda inducida y control de las coberturas
- Estarán en línea con el ente territorial para las actividades de control del ambiente y resultado de sus actividades generales y las de demanda inducida.
- Las EPS y los entes territoriales contrataran con este operador, a las formas y tarifas que determine el gobierno nacional, los pagos se sujetaran al cumplimiento de metas, según determinación del reglamento.
- El operador será responsable del cumplimiento de metas de personas y tendrá el registro de estas actividades y las de demanda inducida.
- En caso de problemas con las Ips reportara al asegurador y al ente territorial
- El registro será en línea, back o digitados, de todas las acciones y estarán disponibles oportunamente
- La escogencia será territorial en conjunto de las EPS y el ente territorial a través del concejo territorial de salud
- Las acciones serán las descritas en los planes naciones ajustados a las necesidades regionales en el concejo territorial.

- Las acciones información y educación y comunicación serán ejecutados por este operador en representación del ente territorial y las EPS, e informara dentro de las metas su ejecución.
- La interventoria de las acciones las realizara las EPS el ente territorial departamental y distrital y en especial el ente municipales quienes presentaran un informe integral de las acciones y del resultado del impacto y conocimiento de los usuarios.
- La política será territorial y deberá ejercer cobertura de toda la población, pero el pago será diferencial, según concentración territorial, lo cual se tendrá en cuenta en la reglamentación, pero para la EPS y el ente territorial será un valor fijo, que reconocerá la nación a cada uno para la contratación.
- Desarrollaran actividades de ambiente (vectores, zoonosis, ambiente, alimentos, medicamentos) promoción y prevención (vacunación, infantil, adolescencia, gestación, adicciones, salud mental nutrición, crónicas, transmisión sexual, lepra y Tbc, cáncer) transversales (capacitación, actividad física, alimentación, estrés etc...), las acciones serán de caracterización, educación, intervención directa, inducción al uso, acciones complementarias y control.
- Las EPS y los entes territoriales impondrán planes de mejora, sanciones, multas, glosas por incumplimientos de los operadores, ya que ellos estos son los responsables de la acción y los operadores son ejecutores.
- Se dará por licitación o contrato interadministrativo en caso que se determine un público, Los contratos serán de renovación anual, si se considera el cumplimiento y no requerirá de licitación, previo concepto del concejo territorial,
- Los operadores podrán ser asociación de Ips de primer nivel público y privado, sociedades de otra naturaleza, cajas de compensación, universidades, asociación de EPS con Ips, en este caso las primeras no podrán tener más del 40 % de la participación de capital,
- LA asignación de familias será de acuerdo a la concentración familiar y el riesgo de las familias

#### LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- Serán públicas, privadas y mixta
- Trabajarán con un piso tarifario,
- Prestarán servicios individuales como profesionales,
- Como IPS brindaran servicios integrales según el servicio que presten
- Se podrán asociar con actores especializados para brindar esta integralidad
- Para servicios de alta frecuencia estarán en la misma IPS
- Tramitarán los aspectos de autorización, referencia y demás con los asegurares y otros prestadores, sin intervención del usuario
- Las de baja complejidad estarán ubicados cerca de la residencia o lugar de trabajo
- Estarán organizadas por proceso continuos e integrales
- Cumplirán estándares mínimos de calidad en acceso, oportunidad, suficiencia, calidez, racionalidad y pertinencia

- Prestarán solo servicios habilitados
- Contaran con guías de atención mínimo para las 10 primeras causas por servicio
- Ningún asegurador o en conjunto de ellos podrán tener más del 40 % del capital accionario
- Las Públicas
  - Conformadas uno o por diferentes órdenes territoriales
  - Deben buscar asociarse en IPS que brinde servicios más integrales, con economías de escala, menores costos de gestión, mayores coberturas de personas y territorios, mayor poder negociación, más competitivas, organizadas en redes.
  - Tendrán modelos de atención enfocados al usuario
  - El piso tarifario para estas IPS publicas podrá ser mayor que el general en forma transitoria
  - Juntas directivas de sector comercial según la participación de sus accionistas,
  - los sectores políticos de salud, los usuarios, los profesionales, los gremios, conformaran juntas asesoras.
  - Los gerentes serán calificados, con selecciones técnicas, de periodos, con metas de gestión y resultado
  - Tendrán Igual carga tributaria que las privadas, pero no pagaran tributos territoriales ni nacionales, no tendrán retención en la fuente, los servicios públicos serán de institucional subsidiado.
  - El régimen de personal será privado, con esquemas de transición para los actuales
  - El régimen de contratación será privado
  - Los entes territoriales les reconocerán los servicios de Md legal, Servicios Sociales, Acciones colectivas, para lo cual se determinara un marco de servicios y tarifas
  - En caso que se realice docencia esta compensara los costos que acarrea para la IPS
  - En caso de servicios sin equilibrio pero con la obligatoriedad de prestarlos por únicos o necesarios, tendrán tarifas con recargos, que se les reconocerán en la UPC a los aseguradores
  - Podrán asociarse con otros entes territoriales o privados para mejorar el servicio
  - Tendrán un margen preferencial en la contratación de la inversión mínima en salud del 60 % de los recursos del plan comercial del subsidiado y de urgencias y el 10 % del contributivo, que se desmontaran progresivamente según la competitividad que alcancen, el proporción a la participación pública en la IPS
  - El gobierno nacional y territorial podrá invertir en los planes de modernización que incluirán ajustes organizacionales como de plantas y formas de operar, como de mejoramiento de la infraestructura física y de equipamiento
  - Las inversiones que hagan actores públicos o privados podrán ser a tono de préstamos o como contraprestación de participación accionaria recomprarle con los resultados.
  - Continuaran teniendo margen mínimo de mantenimiento y oficinas de control interno y disciplinario.

## 2. Mesa de Atención Primaria en Salud

**Coordinador:** Dillian Francisca Toro (Senadora de la República)

**Secretaría técnica:** Henry Gallardo (Director Gestión Integral Corporativa Fundación Santa Fe de Bogotá)

### Resumen de los Planteamientos

- 1. Organización de los servicios de APS:** La atención de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral se deben organizar en equipos inter y transdisciplinarios organizados desde centros de atención primaria con actividad intra y extramural. Deben tener un enfoque familiar y comunitario de la atención y deben servir como estrategia para garantizar la ampliación progresiva de la cobertura de la APS y la atención integral. El conjunto de los equipos de un territorio de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral pueden operar desde Centros de APS cuya infraestructura, equipamiento y organización corresponda a las necesidades del enfoque **integral**, familiar y comunitario de la atención. Un conjunto de centros de APS puede, a su vez, centralizar los apoyos diagnósticos y de ciertos tratamientos para facilitar economías de escala pero sin afectar la accesibilidad geográfica de la atención.
- 2. Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Integral:** La mesa debatió sobre la unión de varias fuentes para financiar APS incluyendo promoción y prevención, salud pública, parte de la UPC correspondiente al primer nivel de complejidad de atención y rehabilitación, incluso algunos sugirieron incluir parte de los recursos SOAT y de ARP.
- 3. Administración de los recursos:** La mesa concluyó en su mayoría que los alcaldes y sus secretarios deberán dirigir y orientar el sistema local (con fuerte énfasis intersectorial y con información e indicadores de resultado). Hubo un debate amplio sobre quién debe administrar los recursos y sugirieron tres opciones: Gobiernos locales, Nación o actuales empresas promotoras de salud. De todas formas se llegó al consenso que la APS puede ser prestada por el sector privado y público de forma coordinada y organizada en redes de atención que permitan el manejo integral de la población.
- 4. Sistema de información:** Se propuso enfáticamente y como punto fundamental, la organización de un sistema de información que incluya una encuesta de caracterización de individuos por hogares, una historia clínica familiar, una ficha de caracterización de entornos y un instrumento de sondeo participativo. Igualmente, homologar la experiencia del sector bancario para hacer eficientes los procesos de autorización y administrativos para obtener acceso cierto a servicios. Se propuso igualmente la implementación de un Sistema de Información Geográfica alimentado por los instrumentos anteriores. Se sugiere levantar una línea de base con indicadores validados y sensibles a la Atención Primaria de Salud Integral que permita el seguimiento y evaluación periódica de sus resultados a nivel nacional y por territorios.

5. Se propuso garantizar que se desarrolle un **enfoque de gestión clínica integral** que permita una atención ordenada, integral e integrada. Esto soportado por un sistema de información enlazado en red por niveles de atención que alimente y coordine el trabajo de los equipos de los servicios de APS con los equipos interdisciplinarios de atención por condición médica del paciente en los niveles hospitalarios y especializados de atención.
6. **Referencia y contra referencia:** Las mesa concluyó que son fundamentales las actividades de referencia y contra-referencia para garantizar integralidad en la atención. Se sugiere especial cuidado a contra referencia para que los pacientes y ciudadanos regresen a ser atendidos en sus lugares base de APS. Se propuso que se garantice la gestión del proceso de atención continua, coordinada, en red e integral del paciente en cabeza de los centros de servicios de APS y a sus equipos de atención.
7. **Recurso humano:** se sugiere a la mesa temática correspondiente, considerar seriamente el desarrollo de talento con claro enfoque de servicio en atención primaria, con habilidades y capacidades en educación en salud, promoción, actividades en equipo intra y extramurales. Igualmente, considerar una reforma curricular del contenido de la educación de las facultades y carreras del área de la salud, de las ciencias sociales y humanas, así como de los niveles de formación técnica relacionados con el sector, para garantizar las capacidades y habilidades que el recurso humano vinculado a las actividades de la APS integral requiera. Se sugirió aplicar los incentivos correctos para garantizar un talento humano de altas calidades.
8. Se sugiere definir **Plan Nacional de Salud para la Década**, con planes departamentales y locales.
9. Establecer claras **garantías a las prestaciones** tanto de APS (salud pública) como asistenciales.
10. Por consenso se concluyó que las acciones de APS deben ser intersectoriales, con alta promoción de la participación comunitaria y deben ser ejecutadas de acuerdo con Planes de Salud a cargo de las autoridades locales (Alcalde y Secretarios).
11. Respecto a la dirección (rectoría) se propuso la creación de consejos nacionales y territoriales de Atención Primaria en Salud.

## Relatoría

### Aspectos Generales

El primer día de trabajo se inició dando la bienvenida a todos los asistentes y participantes en la mesa temática de atención primaria en salud, acto seguido se procedió a instalar la misma presentando las instrucciones y metodología a seguir durante los 3 días de reunión.

Para introducir el tema se invitó al Dr. Luis Fernando Cruz a realizar una exposición sobre la definición y los conceptos que enmarcan la atención primaria en salud. Esta presentación se encuentra en el anexo 01 de este documento.

Como metodología desde el primer día se solicitó a los asistentes conformar grupos de trabajo los cuales tenían el propósito de analizar los temas en grupos, debatirlos y lograr consensos o identificar desacuerdos, los cuales posteriormente fueron socializados en plenaria para conocimiento de todos los asistentes con el fin de identificar puntos de acuerdo y establecer los asuntos donde se generaba distanciamiento y diferentes posiciones.

En cada día de trabajo se obtuvieron resultados concretos que este documento consigna como conclusiones del día.

### Sesión 1: Septiembre 21 de 2010

El primer día se propuso que los asistentes identificaran dentro de sus grupos los principales problemas y componentes de la APS y establecer una definición de Atención Primaria en Salud a través de los conceptos que la enmarcan, esto se desarrolló mediante la siguiente metodología de trabajo:

1. Cada mesa contaba con su propio relator que será la persona que exponga las principales conclusiones del trabajo adelantado.
2. Una vez la mesa cuente con su relatoría se realizará una plenaria en la cual cada relator contará con 10 minutos para exponer las ideas principales del grupo.
3. Es importante resaltar que no era necesario llegar a consensos, se podían plantear temas en los cuales no se estaba de acuerdo al interior del grupo.

A continuación se presenta la relatoría de cada grupo generó:

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>1</b>	<b>Román Vega</b>	<b>Email:</b>
	La APS es una estrategia de una política	
	Busca mejorar la salud y reducir las inequidades en salud	
	Tiene como objeto el cuidado integral de individuos, familias y comunidades (integra las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del sector salud según la necesidad) e incide en las condiciones y determinantes sociales y ambientales de la salud de individuos, familias y comunidades	
	Valores: 1. La salud como derecho humano fundamental 2. La equidad en términos de actuar sobre los determinantes de las inequidades en salud 3. La solidaridad	
	La atención primaria de salud y sus conceptos claves incluyen: acción intersectorial/trans-sectorial; el desarrollo de programas, planes y políticas públicas saludables a nivel local o nacional. Promueve de forma clave la	

	participación y la movilización comunitaria. Es políticamente decisoria. Integra las acciones colectivas e individuales, siendo la base del sistema de salud, entendido en forma amplia (no solo como atención médica). Busca mejorar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud superando barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
	Enfoques: familiar, individual y comunitario. Por eso debe garantizar un territorio (cobertura) y una adscripción de la población en territorios a los equipos de APS.
	Para operar requiere: 1. Acción estatal clara y es responsabilidad del estado. 2. Recurso humano apropiado y trabajo en equipos interdisciplinarios 3. Tecnologías adecuadas.
	Estrategia excepcional como plataforma para garantizar la interculturalidad.
	El enfoque se construye en la tradición de Alma Ata. No es atención básica, no es selectiva y no es para contener costo.

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>2</b>	<b>Fabiola Rey</b>	<b>Email:</b>
Política pública de estado aplicada en un ámbito territorial en un marco integral para ofrecer atención integral y posible		
Principios: Intersectorialidad, participación, solidaridad, sostenibilidad, calidad, equidad, justicia social,		
Individuo y su familia centro de la política, pero inmersos en una comunidad – equipos básicos en el municipio – enfoque de determinantes sociales e interculturalidad		
Temas de disenso:		
1) ¿Quién debe tener el liderazgo? En el ámbito territorial. ¿El ejecutivo o quién?		
2) ¿Qué mecanismos de intersectorialidad se tendrían?		
3) ¿Cuál sería el concepto de tecnología: Mejor tecnología accesible, tecnología apropiada o tecnología centrada en evidencia?		

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>3</b>	<b>Patricia Caro</b>	<b>Email:</b>
Considerar valores generales (sombrija que protege el desarrollo de APS): democracia, enfoque de derechos y desarrollo humano		
Valores: salud como un derecho, equidad, solidaridad		
Principios: intersectorialidad, determinantes sociales del estado de salud, participación social, integralidad, calidad, integridad, disponibilidad de recurso humano (no solo como personas capacitadas, sino asociado a que el país desde la parte académica tenga una orientación a APS), eje del modelo de organización del sistema, centrado en las personas, tecnología (incluidas por ejemplo las salas de RO), resolutivez en el primer contacto, el concepto de puerta de entrada al sistema se cambia por primer contacto al sistema (reconceptualizar la atención), integrado en redes, enfoque diferencial y pertinencia cultural, sistema de información, interdisciplinario, componente de gestión muy fuerte.		

El enfoque es individual, familiar y comunitario.
Accesible, autorresponsabilidad y auto cuidado, justicia social; evaluación, seguimiento y control. Para concretarla se podría hacer algo similar al plan decenal de educación para tener planeación a largo plazo. No es APS selectiva ni es un nivel de atención. Es una política pública de estado, que es el eje del sistema de salud. ¿Podría el modelo de salud en Colombia responder a esto?

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>4</b>	<b>Mauricio Aponte</b>	<b>Email:</b>
Parten del documento de la OMS/OPS: APS Renovada. Allí observaron: APS, P&P y Salud Pública		
Ven APS como una estrategia posible con carácter de política pública.		
Que tanto la APS tiene que ver con P&P? Que tanto está presente el “ruido” de gestión territorial. ¿Cómo retomar el tema territorial? ¿Qué tanto la APS va a jugarse con entidades que prestan el aseguramiento? Perspectiva de derecho. ¿Cómo se organizan los niveles de complejidad?		
Estrategia intersectorial y participativa que propende por una atención activa e integral de las determinantes de salud, que interviene los entornos y el ámbito: garantiza la calidad de vida de las poblaciones. En los entornos se pueden agrupar distintos aspectos (visión amplia de entorno).		
Es el eje articulador de todo el sistema; género, ciclos vitales, etnias, facilitar el acceso.		

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>5</b>	<b>Emilse Ruiz</b>	<b>Email:</b>
Es una política pública que obedece a una racionalidad política, económica, etc. Tiene muchos componentes intersectoriales; el doliente es el alcalde. En los municipios es donde se lleva a cabo, Componente de gestión, recurso humano, tecnología de información. La realidad cuando se lleva la teoría al municipio es muy difícil.		
Debe implementarse, evaluarse y mirar progresos. Se debe partir de una línea de base.		
Valores: dignidad y justicia social.		
Se debe mirar el entorno: escuela saludable, municipio saludable, espacio público, atención según nivel de complejidad.		

Una vez se presentaron las relatorías de cada mesa en plenaria surgieron los siguientes elementos para ser incluidos y adicionados a los ya identificados y descritos en las relatorías.

1. Agregar medicinas complementarias y alternativas a los conceptos de APS.
2. Para la ejecución de APS se sugiere no hablar de equipos básicos sino de baja complejidad.
3. Discutir el concepto: Individuo, familia y comunidad
4. Establecer la alineación del concepto con el enfoque de derechos

5. Se sugieren establecer las áreas/territorios de acción. La pregunta sugerida es. ¿Cómo se diferencian los entornos y los ámbitos y como se mueven los individuos?
6. Dada la importancia en la ejecución se debe revisar el liderazgo de los alcaldes. Y definir si todos los sectores deben estar en cabeza de los alcaldes. Definir si hay integralidad bajo ese liderazgo. Establecer claramente el papel de los Consejos de gobierno y/o en los de política social.
7. Surgió la inquietud sobre cómo se debe gestionar la intersectorialidad y por lo tanto como se operativiza.
8. Finalmente se planteó si la APS se trata de una estrategia como política pública o es realmente la base del sistema de salud.

La Coordinadora Técnica de la Mesa Sectorial de Atención Primaria en Salud resaltó la disposición de trabajo en equipo, el interés de los participantes, la importancia de la presencia de alcaldes y secretarios de salud y manifestó que existían 4 temas que se podrían plantear a manera de ejes temáticos para continuar el debate. Los temas son:

1. Avanzar en la definición de la Atención Primaria en Salud como una estrategia de una política pública.
2. Resaltar los valores y principios de la APS, tales como: equidad, justicia social, solidaridad, calidad, integralidad, integridad, acceso, interculturalidad, interdisciplinariedad, resolutivez, entre otros.
3. Como requisitos importantes se tiene: el recurso humano, suficiente y entrenado en APS; redes de salud, sociales, educativas y otras, para soportar la APS; tecnologías de información y comunicaciones para facilitar el logro de resultados y la monitorización.
4. El individuo, la familia y la comunidad son componentes fundamentales del modelo y a eso se le suma el entorno local, regional y la necesidad de reforzar el concepto auto cuidado.

### **Conclusiones del primer día de trabajo:**

Durante el primer día de trabajo después de amplias discusiones en grupos y plenaria y usando los elementos identificados y ya descritos en este documento, la mesa temática logró avanzar en la conceptualización de la Atención Primaria, obteniendo una definición por consenso, la cual se transcribe a continuación.

#### Conceptualización de Atención Primaria en Salud

*La Atención Primaria en Salud es una política pública, base fundamental del sistema de salud, enmarcada en un proceso histórico que concibe la salud integralmente, y una estrategia para integrar las acciones del sistema de salud y de otros sectores del Estado y de la sociedad para de forma corresponsable lograr estados óptimos de bienestar, calidad de vida, salud y equidad en salud.*

*Busca reorientar los servicios de salud para garantizar atención integral en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, alcanzar la universalidad, y*

*garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, articular las acciones del sistema de salud con políticas públicas orientadas al desarrollo sostenible económico, social y cultural, y reorientar el liderazgo en salud.*

*Los valores que la fundamentan son el derecho a la salud como un derecho humano fundamental interdependiente de otros derechos sociales, económicos y culturales. Lo anterior lo complementa la dignidad humana, la solidaridad, la justicia y equidad social.*

*Sus elementos constitutivos son la acción intersectorial por la salud; la participación social y comunitaria decisoria; la transparencia, calidad, primer contacto, integralidad, coordinación y continuidad; gestión con resultados y la aplicación de tecnología apropiada, la evidencia científica y la interculturalidad, que incluye entre otros temas los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias; así como talento humano suficiente, trabajando en equipo, inter y transdisciplinario y adecuadamente formado para actividades institucionales y extramurales, y sistemas de información territorializados.*

*Tiene una orientación centrada en los individuos, sus familias y la comunidad, promueve el auto cuidado y actúa en varios entornos tales como los espacios públicos, las escuelas, lugares de trabajo y vecindarios y se configura a partir de redes de servicios, sociales, comunitarias, entre otras.*

*Como estrategia incorpora la dimensión táctica y operacional, lo cual requiere una dimensión territorial con sus diferentes elementos que interactúan.*

## Sesión 2 (día 2 de trabajo): Septiembre 22 de 2010

Durante el segundo día de trabajo la coordinación de la mesa propuso a los asistentes que nuevamente se organizaran en grupos con el objetivo de identificar las fortalezas y debilidades de la Atención Primaria en Salud, de acuerdo con la metodología existentes se extrajo la siguiente relatoría de las mesas:

Formato de Relatoría		
Mesa	Relator	Teléfono:
1	Oswaldo OPS	Email:
	Existe una debilidad en términos de equidad, diferencias entre poblaciones, utilización distinta de recursos.	
	Fortalezas: Red Juntos es un programa focalizado (ejemplo para analizar)	
	Fortaleza: el fondo de solidaridad	
	Se han perdido capacidades a nivel central y territorial para ejercer rectoría	
	Bajos niveles de vigilancia, inspección y control.	
	Se han perdido los espacios de participación.	
	Fortaleza: el tema de gasto pública (porcentaje del PIB).	
	Debilidad: eficiencia en el uso de ese gasto	
	Debilidad: Desequilibrio entre la prestación de los servicios entre lo físico y lo mental.	

Formato de Relatoría		
Mesa	Relator	Teléfono:
2	Margarita Ronderos	Email:
	Fortaleza: Reconocido derecho a la salud y la cantidad de recursos.	
	Debilidad: la ineficiencia en el gasto.	
	Debilidad en la ausencia de sistemas de información	
	Debilidad: Prima la administración de recursos (maquinaria administrativa) y hay ausencia de gobernabilidad clínica y humanitaria	
	Debilidad: Ausencia de una responsabilidad en salud en las agendas de los gobiernos locales.	
	Debilidad: corrupción	
	Ausencia de la cultura de participación social y la ausencia de cultura de escuchar desde los tomadores de decisión.	
	Ausencia de recurso humano calificado y ausencia de investigación operativa.	
	Ausencia de un enfoque que tenga en cuenta la territorialidad e interculturalidad.	
	Presencia de duplicación de actividades y recursos.	

Formato de Relatoría		
Mesa	Relator	Teléfono:
3	Enior Fernando Prieto	Email:
	Debilidades: 1. No es una política pública de estado.	

	<p>2. Se mueve como una política pública reduccionista de reducción de costos (puerta de entrada)</p> <p>3. Débil articulación de la APS con la promoción de la salud y la salud pública</p> <p>4. Ausencia de un sistema de información interoperable.</p> <p>5. Actividad administrativa y operativa en salud mantiene la programación en salud limitándolo a las acciones del sector</p>
	<p>Fortalezas:</p> <p>1. Favorece la garantía de derechos.</p> <p>2. Identifica inequidades.</p> <p>3. Ha mostrado reducción en los indicadores de mortalidad materna - infantil y aumento en la cobertura PAI. 4.</p> <p>Ha ayudado a reducir las barreras de acceso y precisar rutas.</p>

<b>Formato de Relatoría</b>		
<b>Mesa</b>	<b>Relator</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>4</b>	<b>Miyerlandi Torres</b>	<b>Email:</b>
	<p>Debilidades:</p> <p>1. Falta de cultura ciudadana - relacionada con el autocuidado y el deber asociado a la salud.</p> <p>2. Aseguramiento - en el territorio hay diferentes sistemas de seguridad social.</p> <p>3. Las acciones colectivas se han perdido.</p> <p>4. Falta de integralidad.</p> <p>5. APS y Promoción de la salud no están siendo visibilizadas como políticas municipales.</p> <p>6. Desarticulación de los actores del sistema (individuo, EPS, IPS, ET y rectoría).</p> <p>7. Falencias en la gerencia del riesgo en las EPS.</p> <p>8. Desarticulación entre los tres niveles de complejidad - falta de seguimiento, referencia y contrarreferencia.</p> <p>9. Tecnología y sistemas de información. Carecemos de tecnología para tener información en tiempo real.</p> <p>10. Manejo integral de las enfermedades. Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. 11. Ausencia de experiencias claras en trabajo intersectorial.</p> <p>12. Competencias de los alcaldes en el ámbito territorial.</p>	
	<p>Fortalezas:</p> <p>1. Experiencia en Promoción y prevención.</p> <p>2. Búsqueda de impacto en salud pública y no solo la ejecución de actividades.</p> <p>3. Talento humano capacitado en ciertas regiones del país.</p> <p>4. Se cuenta con la caracterización de las poblaciones para la toma de decisiones.</p>	
<b>COMENTARIOS</b>	Contexto de las políticas del país influye en las posibilidades de poner en	

	<p>práctica la APS. Cómo la ley 100 y la 1122 permiten la implementación de APS.</p> <p>Problema estructural de fondo para que el enfoque de APS fluya: Fragmentación de los regímenes, fragmentación de los planes (PIC, POS, PYP...). Desarticulación de las acciones que no dependen directamente de las secretarías de salud.</p> <p>Intereses contradictorios entre los actores (Rentabilidad vs. Resultados en salud).</p> <p>La longitudinalidad se ve afectada por la inestabilidad laboral del personal de salud.</p> <p>La participación comunitaria debe superar la instrumentalización de las instituciones y pasar a ser un derecho que dé fuerza decisoria. Requiere procesos de descentralización de las decisiones aún a nivel municipal.</p> <p>Red pública de hospitales requiere fortalecimiento, para garantizar acceso y acciones intersectoriales.</p>
	<p>Enfoque del régimen contributivo ha construido prestación propia, para la contención de costos.</p> <p>Bajo cumplimiento de las EPS de la promoción de la salud como mecanismo real para mejorar la salud y contener costos.</p> <p>Trabajo en procesos, pero poco trabajo en resultados. Se requieren indicadores trazadores.</p> <p>Descuido de atención primaria.</p> <p>Posibilidad del Estado de retomar el rol.</p> <p>Aplicación de APS tiene como debilidad la formación del recurso humano. Desde los gerentes de IPS de I nivel en los municipios.</p> <p>Reestructuración de las IPS retiraron los promotores de la salud.</p> <p>No se cuenta con médicos con la capacitación suficiente y adecuada para la prestación de servicios en APS. Desde el nivel técnico hasta los niveles medios. (Cantidad y cualificación del personal).</p> <p>Se requiere compromiso de las Universidades y centros de formación para la cualificación del personal.</p>
	<p>Ubicación de los incentivos del sistema general de seguridad social en salud.</p> <p>Dificultades en la conceptualización de APS – necesidad de desaprender los conceptos previos de primer nivel y promoción y prevención.</p> <p>Insuficiencia de los procesos de inspección vigilancia y control en los resultados.</p>

### Conclusiones del segundo día de trabajo:

Cada grupo presentó en plenaria los resultados de su discusión y se procedió entonces a consolidar toda la información presentada. Para esto participaron todos los asistentes a la mesa temática. La información consolidada se presenta en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1. Consolidado de fortalezas y debilidades de la APS en Colombia identificadas por los participantes en la Mesa Temática**

DEBILIDADES	FORTALEZAS
Debilidad en términos de equidad, reconocimiento de diferencias entre	Existencia de programas focalizados para analizar, revisar y eventualmente replicar

poblaciones, utilización diferencial de recursos.	
Se han perdido capacidades a nivel central y territorial para ejercer rectoría.	Existencia de fondo de solidaridad que promueve equidad.
Bajos niveles de vigilancia, inspección y control.	
Se han perdido los espacios de participación.	Proporción del gasto público invertido en salud es alto e importante (inversión como porcentaje del PIB)
Baja eficiencia en el uso de los recursos.	Reconocimiento del derecho a la salud, lo cual se refleja en la cantidad de recursos.
Poco énfasis en la prestación de los servicios en salud mental, comparado con atención en salud física.	La APS favorece la garantía de derechos e identifica inequidades.
Ausencia de un sistema de información integrado e interoperable.	
Prima la administración de recursos (maquinaria administrativa) y hay ausencia de gobernabilidad clínica y humanitaria	Ha mostrado resultados en indicadores de salud por ejemplo en reducción en los indicadores de mortalidad materna – infantil y aumento en la cobertura PAI.
Ausencia de responsabilidad en salud en las agendas de los gobiernos locales.	Ha ayudado a reducir las barreras de acceso y precisar rutas.
Casos de corrupción en el uso de los recursos.	El país tiene una amplia experiencia en Promoción y prevención, elementos que se integran a la APS.
Ausencia de la cultura de participación social y la ausencia de mecanismos para escuchar desde los tomadores de decisión.	Está orientada a impactar la salud pública y no solo la ejecución de actividades.
Ausencia de recurso humano con las competencias adecuadas y ausencia de investigación operativa.	Talento humano capacitado en ciertas regiones del país.
Ausencia de un enfoque que tenga en cuenta la territorialidad e interculturalidad.	Se cuenta con la caracterización de las poblaciones para la toma de decisiones.
Existe duplicación de actividades, funciones y recursos.	
No es una política pública de estado.	
Débil articulación de la APS con la promoción de la salud y la salud pública	
Actividad administrativa y operativa en salud mantiene la programación en salud limitándolo a las acciones del sector	
Falta de cultura ciudadana para el autocuidado y el ejercicio de los deberes en salud.	
Aseguramiento fragmentado en diferentes subsistemas, con esquemas de acceso que desintegran al individuo y lo obligan a realizar trámites administrativos inútiles.	
Enfoque del régimen contributivo ha	

construido prestación propia, para la contención de costos y no orientado a los resultados en salud.	
Poco énfasis de las EPS a la promoción de la salud.	
Trabajo en procesos, pero poco trabajo en resultados (Se requieren indicadores trazadores).	
Descuido de atención primaria por parte del aseguramiento. El rol debe ser controlado desde el Gobierno.	
Las acciones colectivas están descuidadas.	
Falta de integralidad en los procesos de atención.	
APS y Promoción de la salud no están siendo visibilizadas como políticas municipales.	
Desarticulación de los actores del sistema.	

Adicionalmente se realizaron los siguientes comentarios a manera de conclusiones en plenaria al finalizar el ejercicio, sobre los cuales se presentó un consenso amplio.

1. Existe un problema estructural de fondo para que el enfoque de APS fluya debido a la fragmentación de los regímenes, fragmentación de los planes de beneficios (PIC, POS, PYP...) y a la grave desarticulación de las acciones, las cuales no dependen directamente de las secretarías de salud.
2. Hay claros intereses e incentivos contradictorios entre los actores. Con un problema de fondo que contrapone la rentabilidad de las organizaciones a los resultados en salud.
3. Hay acciones, intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que no deben ser asegurables dado que se deben realizar al 100% de la población.
4. La longitudinalidad de las acciones de salud se ve afectada por la inestabilidad laboral del personal de salud. Esto requiere una cuidadosa discusión en la mesa respectiva.
5. La participación comunitaria debe superar la instrumentalización de las instituciones y pasar a ser un derecho que dé fuerza decisoria. Requiere procesos de mandatorios de entrega de información a la población para que con el uso de esta se habilite una participación real.
6. La red pública de hospitales requiere fortalecimiento, para garantizar acceso y acciones intersectoriales.

### **Sesión 3: Septiembre 30 de 2010**

Se inició el día de trabajo a las 8:30 am recordando los avances alcanzados y las actividades realizadas los días 21 y 22 de septiembre. A continuación se ofreció a los grupos de trabajo un espacio de 45 minutos para que completaran y terminaran las recomendaciones concretas para operativizar la APS en Colombia.

Después de este tiempo, los tres grupos asistentes hicieron una exposición de aproximadamente 50 minutos cada uno, en la cual presentaron a la plenaria sus conclusiones y recomendaciones. Las presentaciones se transcriben a continuación.

#### **Presentación Grupo 1:**

##### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL - APSI**

##### **Propuesta de operación**

**Autores: Román Vega Romero, Martha Nelcy Cascavita, Flor Páez, Mauricio Díaz S., Juan Carlos Ávila Morales, Liliana Pinchao, Adriana María Garzón Pinzón, María Graciela Cuervo, Jorge Muñoz y Diana Lancheros.**

La Atención Primaria de Salud Integral es un derecho humano fundamental que debe garantizar el Estado a toda la población de forma integrada y sin discriminaciones, orientada a la atención sanitaria esencial, la acción intersectorial por la salud y la participación individual y colectiva en su planificación y aplicación.

##### **Valores:**

Derecho a la salud como un derecho humano fundamental, interdependiente de otros derechos humanos económicos, sociales y culturales; Solidaridad; Justicia social como equidad

##### **Principios:**

Universalidad; interculturalidad; Igualdad (no discriminación por razones sociales, étnicas, de género, políticas o religiosas) y enfoque diferencial (étnico y de género); atención integral e integrada; acción intersectorial por la salud; participación social, comunitaria y ciudadana decisoria y paritaria; calidad; sostenibilidad; eficiencia; transparencia; progresividad e irreversibilidad.

##### **Elementos operativos:**

Atención integral e integrada de personas, familias y comunidades por ámbitos y territorios; trabajo en equipos inter y transdisciplinarios; empoderamiento individual y colectivo; gestión integral sectorial e intersectorial; participación decisoria comunitaria y ciudadana; acción sobre los determinantes ambientales y sociales de la salud; orientación al logro de resultados en salud y de equidad en salud.

##### **Componentes del Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral**

El Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral estará constituido por tres componentes integrados e interdependientes: los Servicios de salud, la

Acción Intersectorial/Transectorial por la Salud, y la Participación Social, Comunitaria y Ciudadana.

**Los Servicios de Salud** son el conjunto de instituciones, personas, recursos y actividades encargadas de proveer atención integral de salud en materia de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Incluye acciones orientadas al conjunto de enfermedades agudas y crónicas, endémicas y epidémicas, físicas y mentales, y coordina e integra el proceso de atención en todos los niveles de complejidad y atención de la salud, comenzando por los servicios del primer nivel de atención a través de los cuales es el primer contacto del proceso continuo de atención del sistema de atención de salud. En su conjunto, el buen desempeño y calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud se garantiza cuando se cumplen los atributos de accesibilidad y primer contacto; enfoque biopsicosocial centrado en la persona, la familia y la comunidad; integralidad; continuidad y longitudinalidad de la atención; coordinación; participación social; aceptabilidad y competencia cultural.

**La Acción Intersectorial/Transectorial** es el conjunto de actividades orientadas a coordinar e integrar los esfuerzos, saberes, recursos y servicios del sistema de atención de salud con otros sectores del Estado y la sociedad para satisfacer las necesidades de salud y actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. Estas actividades se materializan a través del desarrollo de políticas públicas, planes, programas y proyectos integrales que deben contribuir a crear adecuadas condiciones materiales, sociales y culturales para la obtención del más alto nivel posible de salud individual y colectiva y eliminar o reducir las inequidades sociales y de salud. Requiere del desarrollo de distintos niveles territoriales e institucionales de gestión intersectorial/transectorial y participativa. Entre sus líneas de acción operativa están el contribuir a garantizar acceso a agua potable, alimentación segura y nutritiva, saneamiento ambiental, condiciones de habitabilidad urbano y rural sanas, empleo y condiciones de trabajo adecuadas, educación para todos, bienestar social y sostenibilidad ambiental.

**La participación social, comunitaria y ciudadana** es un medio para mejorar las condiciones de vida y salud de la población y un fin en sí misma que expresa el derecho a la participación en las decisiones que crean las bases para la construcción de los planes de vida y el logro del nivel de salud a que aspira cada individuo y colectividad como requisito de su libertad. Permite a los individuos y comunidades explotadas, dominadas, excluidas y discriminadas empoderarse y movilizarse para hacer realidad sus derechos sociales, la equidad social y profundizar la democracia. Requiere fortalecer los recursos de poder de individuos y comunidades para que puedan efectivamente cuidar de su salud y tomar parte activa en las decisiones públicas relacionadas con la formulación y ejecución de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias saludables. Es también control social orientado a hacer seguimiento de las acciones de las instituciones públicas y del sector privado relacionadas con la salud e incidir en la distribución equitativa y uso eficiente y transparente de los recursos sociales y públicos.

**Funciones:**

La Atención Primaria de Salud Integral tendrá las siguientes funciones:

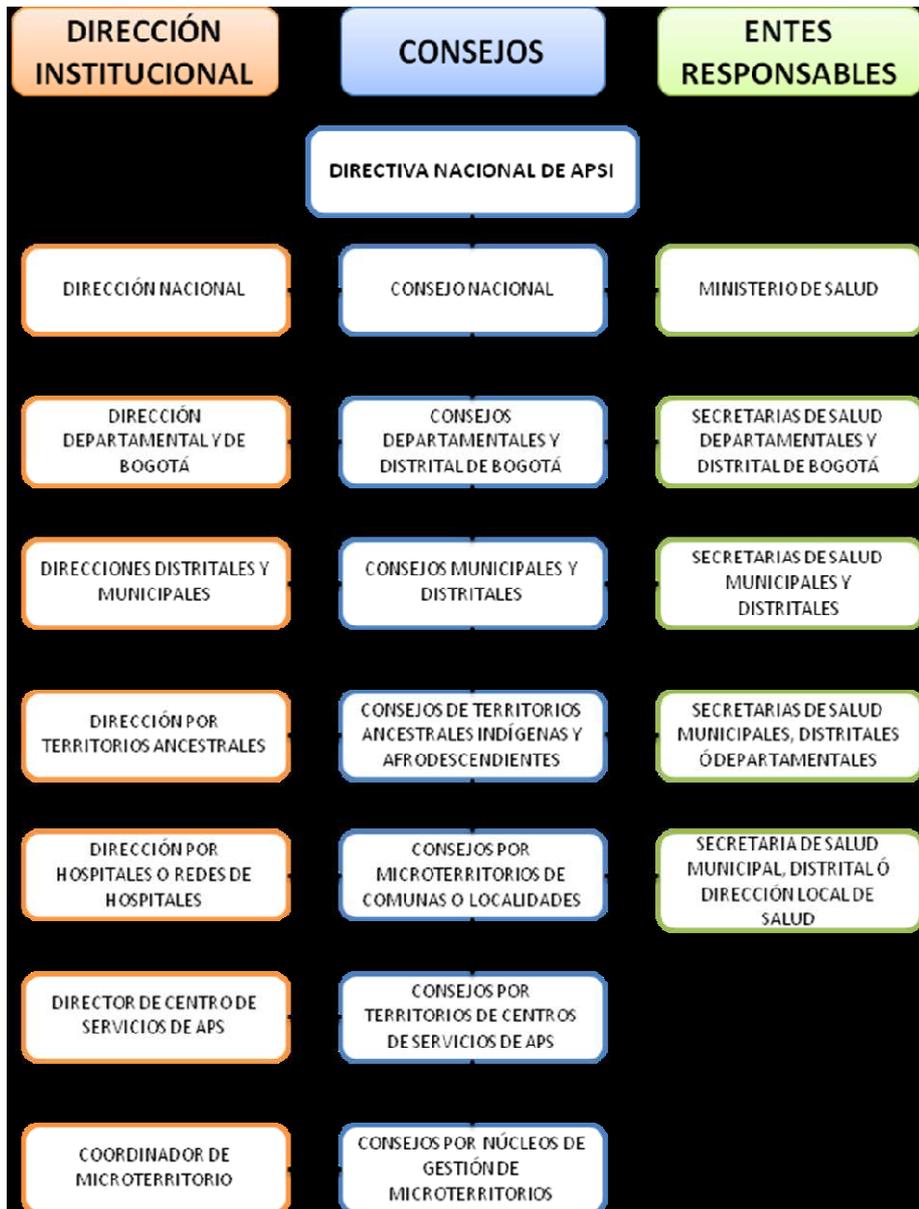
- Promover y facilitar la acción intersectorial por la salud a nivel territorial, familiar y comunitario
- Potenciar el empoderamiento y la acción social de los individuos y de las comunidades
- Conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria
- Posibilitar la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica
- Propiciar el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud
- Articular la atención clínica individual con la acción colectiva y servir de orientadora y coordinadora del acceso a los distintos niveles de atención en salud y a otros servicios sociales
- Ayudar a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación
- Mejorar la prevención y manejo de todas las enfermedades, particularmente de las enfermedades crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayudar a la seguridad alimentaria y nutricional, entre otros
- Mejorar la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud.

**Estructura Directiva**

El Estado será el garante de la realización del derecho humano a la Atención Primaria de Salud Integral y el Ministerio de Salud será la institución nacional del gobierno líder y conductora del Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral. La gestión pública del Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral estará orientada a garantizar la integración, efectividad y eficiencia del conjunto de acciones de atención sanitaria esencial de los individuos, las familias y de las comunidades a través de los Servicios unificados de Atención Primaria de Salud y demás servicios complementarios y de apoyo, la Acción Intersectorial/Transectorial por la salud y la Participación Social, Comunitaria y Ciudadana.

**Organigrama**

La dirección de Atención Primaria de Salud Integral, constituida por los Consejos territoriales, directores y subdirectores de Atención Primaria de Salud Integral, es el órgano encargado de formular, ejecutar y controlar las acciones de la Atención Primaria de Salud Integral, según sus niveles de competencia (ver esquema debajo).



**Los consejos territoriales** de Atención Primaria de Salud Integral son órganos de gestión integral del Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral constituidos paritariamente entre representantes del gobierno y de la sociedad civil. Los representantes del gobierno reflejarán una composición intersectorial y los de la sociedad civil una composición social, étnica y de género equitativa, incluyendo participantes de asociaciones de pacientes y usuarios de los

servicios, discapacitados, entre otros, elegidos democráticamente a través de procesos asambleístas de abajo hacia arriba. Los consejos territoriales, según su nivel de competencias, fijan las políticas de Atención Primaria de Salud Integral, evalúan sus resultados y vigilan su ejecución, asignan y distribuyen los recursos por territorios, fijan las pautas para la contratación de los prestadores de servicios de APS y controlan su manejo y ejecución.

**Las direcciones institucionales de Atención Primaria de Salud Integral** son elegidas por los respectivos consejos territoriales de Atención Primaria de Salud Integral, rinden cuenta a éstos de la ejecución de las políticas por ellos definidas y apoyan su funcionamiento. Cada dirección de Atención Primaria de Salud Integral tendrá un director y tres subdirecciones así: 1) subdirección de servicios de atención primaria de salud integral; 2) subdirección de gestión intersectorial/Transectorial y, 3) subdirección de participación social, comunitaria y ciudadana.

**1. La subdirección de servicios de atención primaria de salud integral** es la responsable de ejecutar las orientaciones de los Consejos territoriales en materia de atención sanitaria esencial. Garantiza el primer contacto con el sistema de salud y la accesibilidad a los servicios según necesidad; responde por la coordinación de la atención, la continuidad y longitudinalidad de la misma; garantiza la orientación familiar y comunitaria de la atención; fomenta el autocuidado de la salud y las acciones de participación social, comunitario y ciudadano en las decisiones de los servicios; promueve el enfoque intercultural y diferencial de la atención, y vela por la calidad de los servicios. Presenta a los Consejos territoriales los planes de desarrollo de infraestructura, equipamiento, sistema de información y de gestión organizacional y clínica de la práctica profesional y de los servicios, y la inclusión y promoción de la innovación tecnológica.

**2. La subdirección de gestión intersectorial/transectorial** se encargará de promover el desarrollo de políticas públicas, planes, programas y proyectos integrales orientados a afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud, integrando las acciones, recursos, y servicios de distintos sectores del gobierno y la sociedad a través de procesos de coordinación, colaboración, alianzas, abogacía, participación y el establecimiento de objetivos y metas compartidas en los distintos niveles territoriales. Promoverá el desarrollo de una cultura de acción intersectorial/transectorial por la salud, su institucionalización en otros sectores del estado y apropiación por los ciudadanos, comunidades y organizaciones sociales, y el desarrollo de sistemas apropiados de información intersectorial.

**3. La subdirección de participación social, comunitaria y ciudadana** promoverá la amplia participación social, comunitaria y ciudadana en las decisiones de políticas públicas, planes, programas y proyectos, como medio de control social y espacio de rendición de cuentas de las instituciones del gobierno, bajo un enfoque de democracia participativa. Promoverá el empoderamiento individual y colectivo para el autocuidado de la salud y la acción sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y de las inequidades en salud. Garantizará el carácter paritario y decisorio de la

participación, respetando la equidad y diversidad de su composición según de condiciones sociales, étnicas y de género. La fomentará desde los micro territorios y se extenderá a los distintos niveles territoriales en un proceso de abajo hacia arriba.

**Organización de los servicios de APS:** La atención de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral se organizará por equipos inter y transdisciplinarios, micro territorios y población asignada. Esta organización de los servicios, y el enfoque familiar y comunitario de la atención, servirán como estrategia para garantizar la ampliación progresiva de la cobertura de la APS y la atención integral. Cada micro territorio estará constituido por 1000 familias en las áreas urbanas y por un número menor en las rurales. Un conjunto 20 mil personas constituirá un territorio de atención de los servicios de APS y en él pueden operar tantos equipos como familias asignadas por equipo. El conjunto de los equipos de un territorio de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral pueden operar desde Centros de APS cuya infraestructura, equipamiento y organización corresponda a las necesidades del enfoque integral, familiar y comunitario de la atención. Un conjunto de centros de APS puede, a su vez, centralizar los apoyos diagnósticos y de ciertos tratamientos para facilitar economías de escala pero sin afectar la accesibilidad geográfica de la atención. Cada equipo de APS se apoyará en un sistema de información que incluya historia clínica familiar, una encuesta de caracterización de hogares, una ficha de caracterización de entornos y un instrumento de sondeo participativo que, con información administrativa demográfica, epidemiológica, social, cultural, ambiental y de dotaciones de equipamientos de los territorios, alimentará un sistema de información geográfica (SIG) de los micro territorios y territorios de servicios de APS. El conjunto de información disponible, y un método de Investigación Acción Participativa de Base Comunitaria, permitirán a los equipos y servicios desarrollar los respectivos Planes de atención individual, familiar y comunitaria por micro territorios y territorios de servicios, y establecer las necesidades, prioridades, objetivos, estrategias y los indicadores de seguimiento y evaluación. Los planes deben establecer las acciones de competencia exclusiva de los servicios de APS y del sistema de atención de salud, identificar la responsabilidad de otros sectores del gobierno y de la sociedad, y trazar las estrategias y procesos para lograr la coordinación, cooperación, unión de recursos y servicios de otros sectores que permitan desarrollar políticas públicas, programas y proyectos orientados a satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de la población a cargo en aras de crear las condiciones para alcanzar el más alto nivel posible de salud de individuos, familias y comunidades. Los planes deben ser desarrollados actuando en coordinación con las subdirecciones y procesos de gestión intersectorial/transsectorial y de participación social, comunitaria y ciudadana. Para desarrollar las actividades de referencia y contra-referencia sectoriales, y la atención en red de los pacientes, se desarrollará un enfoque de gestión clínica integral con un sistema de información enlazado en red por niveles de atención que alimente y coordine el trabajo de los equipos de los servicios de APS con los equipos interdisciplinarios de atención por condición médica del paciente en los niveles hospitalarios y especializados de atención. En todo caso, la responsabilidad de garantizar la gestión del proceso de atención continua,

coordinada, en red e integral del paciente corresponde a los centros de servicios de APS y a sus equipos de atención por micro territorios para lo cual se les otorgarán las competencias y recursos necesarios. La organización del trabajo en equipos interdisciplinarios hospitalarios y especializados según condición médica del paciente requerirá de una transformación de la actual práctica de los profesionales de la salud y una reorganización de la estructura y funcionamiento actual de estos servicios.

**Redes de APS:** se podrán constituir redes de servicios de atención primaria de salud integral por territorios bajo la responsabilidad de los hospitales públicos, con la participación complementaria de prestadores privados, organizaciones sociales, comunitarias y de pacientes.

**Financiamiento del gasto de la Atención Primaria de Salud Integral:** el gobierno garantizará el aumento de la inversión en atención primaria de salud integral con recursos públicos nacionales y territoriales, en los que concurren los fondos de salud pública, promoción y prevención y atención curativa y de rehabilitación del primer nivel de atención, distribuidos con criterios de equidad social por territorios.

Se creará un Fondo de Atención Primaria de Salud Integral adscrito al Ministerio de Salud, con descentralización de la administración de sus recursos por territorios para la contratación de la prestación de servicios de APS, actividades de gestión de la acción intersectorial y de participación social, comunitaria y ciudadana. Cada administrador único territorial de los fondos descentralizados responderá ante cada consejo territorial por la gestión eficiente de dichos recursos.

La asignación de la inversión intersectorial por territorios y micro territorios se hará con base en el enfoque de presupuestos participativos.

**Recurso humano:** se contará con la cantidad necesaria de recurso humano para alcanzar progresivamente la cobertura universal de la atención primaria de salud integral y garantizar las actividades de los equipos inter y transdisciplinarios, la gestión de la acción intersectorial/Transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana. El recurso será distribuido equitativamente según las necesidades por territorios y micro territorios.

El talento humano tendrá las capacidades y habilidades para desarrollar las acciones de atención integral de salud, la acción intersectorial y la participación. El trabajo se organizara en equipos inter y transdisciplinarios. Se garantizarán los derechos de equidad de género y de etnia en la formación del recurso humano y en la integración de los equipos, y se promoverá la formación y vinculación de personal profesional, técnico y comunitario de los sectores pobres, marginados y excluidos de la población.

Para garantizar el cumplimiento del principio de longitudinalidad, la calidad y eficiencia de los servicios de atención primaria de salud integral se garantizarán contratos laborales estables, con incentivos económicos, profesionales, de

capacitación, culturales y éticos para el logro de resultados en salud y equidad en salud.

Se promoverá una reforma curricular del contenido de la educación de las facultades y carreras del área de la salud, de las ciencias sociales y humanas, así como de los niveles de formación técnica relacionados con el sector, para garantizar las capacidades y habilidades que el recurso humano vinculado a las actividades de la APS integral requiera.

Se pondrá en práctica una política de educación continua obligatoria para el personal vinculado a las actividades de atención primaria integral de salud.

Se promoverá el desarrollo y aplicación de tecnología apropiada y se garantizarán condiciones de trabajo dignas.

**Sistema de información:** para el adecuado desarrollo de las actividades y decisiones relacionadas con la Atención Primaria de Salud Integral se organizará un sistema de información que incluya una encuesta de caracterización de individuos por hogares, una historia clínica familiar, una ficha de caracterización de entornos y un instrumento de sondeo participativo. Se organizará un Sistema de Información Geográfica alimentado por los instrumentos anteriores y se desarrollará un método de Investigación Acción Participativa de Base Comunitaria que permita a los equipos la toma de decisiones y desarrollo de acciones centradas en las personas, las familias y las comunidades y orientadas con criterio de equidad socioeconómica, género, etnia y territorios.

Se levantará una línea de base con indicadores validados y sensibles a la Atención Primaria de Salud Integral que permita el seguimiento y evaluación periódica de sus resultados a nivel nacional y por territorios.

## **Presentación Grupo 2:**

### **Determinación Social del Derecho a la salud Derecho a la salud y a la igualdad**

- La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo." La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. (Sentencia T-760 de 2008), pág. 16
- "En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al *nivel más alto de salud posible* dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluri étnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto

sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia”. (Sentencia T-760 de 2008), pág. 16

- La Corte Constitucional ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la salud
- “En sentencia T-418 de 1992 señaló que *‘los derechos obtienen el calificativo de fundamentales en razón de su naturaleza, esto es, por su inherencia con respecto al núcleo jurídico, político, social, económico y cultural del hombre. Un derecho es fundamental por reunir estas características y no por aparecer reconocido en la Constitución Nacional como tal. Estos derechos fundamentales constituyen las garantías ciudadanas básicas sin las cuales la supervivencia del ser humano no sería posible’*.
- La CC ha reiterado que uno de los elementos centrales que le da sentido al uso de la expresión ‘derechos fundamentales’ es el concepto de *‘dignidad humana’*
- Este concepto, ha señalado la Corte, guarda relación con la *“libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle”* y con *“la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad”*
- “Así las cosas, puede sostenerse que tiene *naturaleza de derecho fundamental*, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14...” (*Comité PIDESC*). En sentencia T-859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett)
- Derecho a la Salud y compromisos internacionales del Estado Colombiano

El PIDESC reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones, derivadas de los derechos reconocidos:

- Obligaciones de *respetar*,
- Obligaciones de *proteger*
- Obligaciones de *garantizar*.

“El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes. El Comité se estableció en virtud de la resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) para desempeñar las funciones de supervisión asignadas a este Consejo en la parte IV del Pacto.”

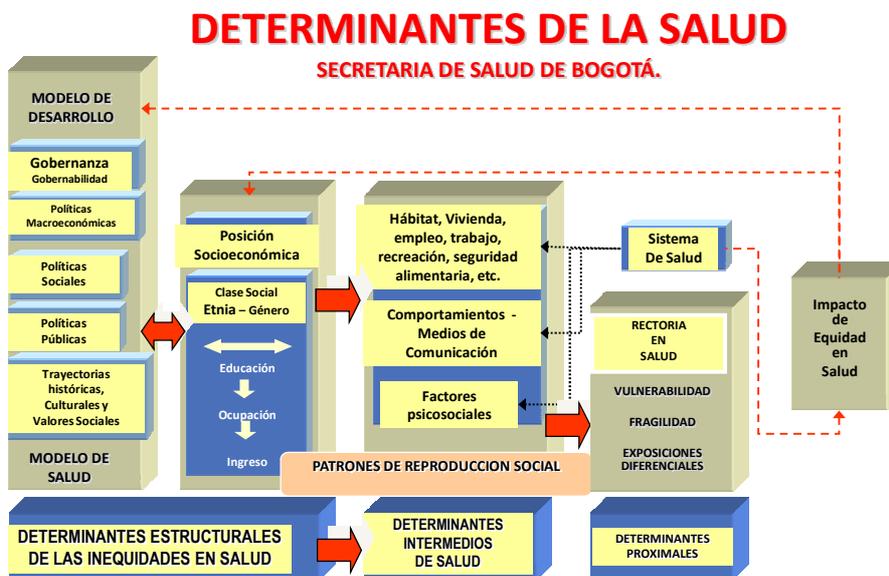
- De manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que *‘la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos’*.
- El Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está *‘estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos’*, refiriéndose de forma específica al *‘derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación,*

reunión y circulación'. Para el Comité, 'esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud'

- El concepto del '*más alto nivel posible de salud*' contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado,
- Es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de 'buena salud', sino a garantizar "toda una gama de facilidades, bienes y servicios" que aseguren el *más alto nivel posible de salud*.
- Considera que 'el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud'; entre ellos 'la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.'

### Conclusión

- En tal sentido, el ámbito del derecho fundamental a la salud está orientado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo.
- El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud.

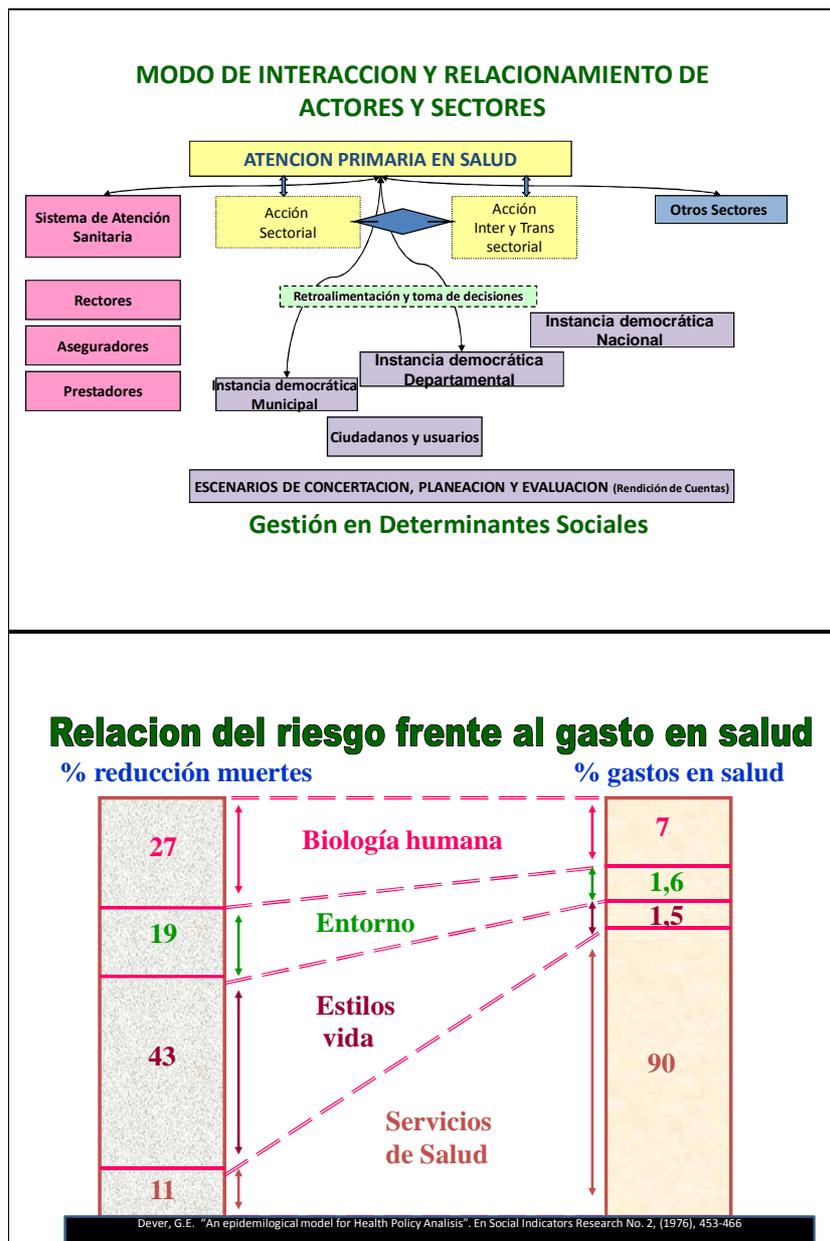


### Modelo de salud

- Debe estar en función de:
  - La garantía del derecho Constitucional
  - La Garantía de los compromisos de país
  - Mejores condiciones de vida
  - Mejor nivel de salud
  - Protección de las familias en momentos de contingencia

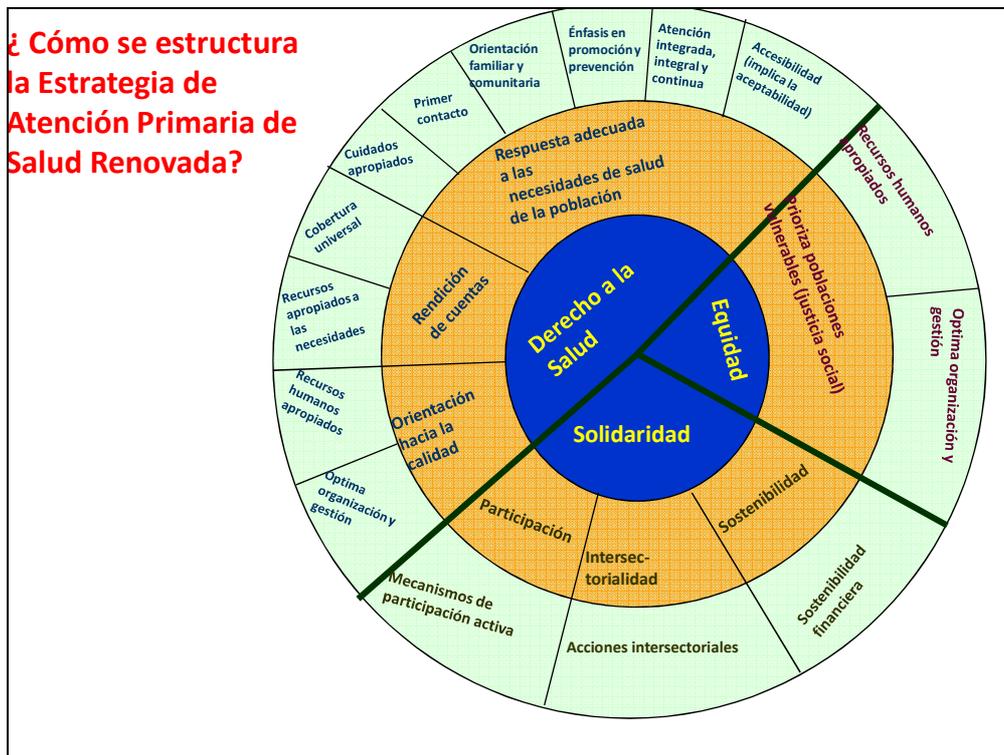
## RECONCEPTUALIZACION DE SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Elaboración de políticas públicas saludables
2. Reorientación de los servicios de salud
3. Empoderamiento de las comunidades para el bienestar
4. Creación de ambientes sanos
5. Desarrollo de habilidades personales para la salud
6. Construcción de alianzas estratégicas con otros sectores y con los medios de difusión



## Modelo de Atención o Respuesta Sanitaria

- Orientado a Resultados en Salud
- Integral e integrado
- Que responda a los principios de:
  - Accesibilidad
  - Equidad
  - Calidad
  - Solidaridad
  - Sostenibilidad
  - Progresividad



<b>Desarrollo del Conocimiento</b>	(Resultados, medición y seguimiento a la formación de los médicos y del personal en general ; desarrollo tecnológico y mejora de procesos)				
<b>Información</b>	La educación del paciente, orientación de los pacientes, antes de la intervención de programas educativos, asesoramiento del paciente				
<b>Medición</b>	Pruebas, imágenes, gestión de registros de pacientes				
<b>Acceso</b>	Visitas al consultorio, visitas a laboratorios, centros hospitalarios de atención, transporte de enfermos, enfermeras a domicilio, consulta a distancia				
<b>Monitoreo/Prevención</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Preparacion</b>	<b>Intervencion</b>	<b>Recuperacion/Rehabilitacion</b>	<b>Gestion de Monitoreo</b>
<i>Historia Clinica</i>	<i>Historia Clinica</i>	Elección del equipo	Pedidos y administración de la terapia con medicamentos	Hospitalización de recuperación	Monitoreo y gestión de la condición del paciente
<i>Tamizaje</i>	<i>Especificación y organización de pruebas</i>	Preparativos previos a la intervención	Realizar procedimientos	Pacientes internos y ambulatorios de rehabilitación	Control del cumplimiento de la terapia
<i>Identificación de factores de riesgo</i>	Intepretacion de datos	<i>Pruebas preliminares</i>	Realización de la terapia de orientación	El desarrollo de un plan de alta	Monitoreo de las modificaciones del estilo de vida
<i>Programas preventivos</i>	Consulta con expertos	<i>Pre-tratamiento</i>			
	Determinación plan de tratamiento				
<b>Retroalimentación</b>					

18  
JULIO ALBERTO SAENZ BELTRAN. MD. MAS

### **Presentación Grupo 3:**

#### **PROPUESTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Equipo:

- Omaira Roldán
- Gina Carrioni
- José A. Posada
- Javier Morales
- Javier Parga
- María Eugenia Niño
- Osvaldo Salgado

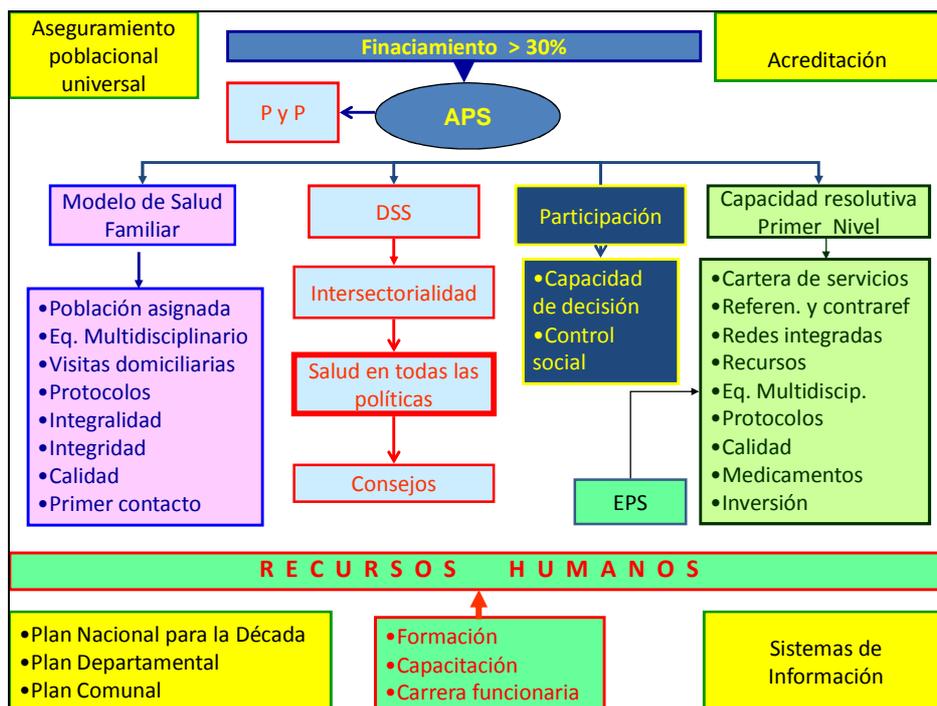
#### **PROPUESTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (1)**

- Modelo se basa en los enfoques de:
  - Determinantes sociales de la salud,
  - Modelo familiar y comunitario
  - Participación comunitaria
  - Alta capacidad resolutiva asistencial
- Organización sobre la base geográfica de población a cargo
- Aseguramiento de poblaciones preestablecidas
- Per cápita equilibrado de acuerdo a características de la población, ruralidad, carga de enfermedad, etc.
- Financiamiento asegurado (estimativamente al menos de un 30% del presupuesto asistencial)
- Asegurar la calidad con estándares para acreditación

- Sistemas de información adecuados
- Modelo local con expresión adecuada en cada nivel de atención
- Organización departamental y nacional acorde al diseño local
- APS de dependencia de autoridad local

### PROPUESTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2)

- Definir Plan Nacional de Salud para la Década, con planes departamentales y comunales acorde a éste pero con las particularidades de cada uno de ellos
- Establecer garantías a las prestaciones tanto de salud pública como asistenciales
- La APS asume las prestaciones de salud pública y las EPS contratan las asistenciales de cada nivel
- Relación con autoridades superiores sobre la base de cumplimientos de metas de acuerdo al Plan de Salud
- Relación contractual (compromisos de gestión)
- Modelo debe ser adaptado a la realidad local, por ejemplo para poblaciones dispersas
- Aplicación gradual
- Incentivos adecuados para contar con talento humano suficiente
- Universidades adaptan malla curricular al modelo de atención
- Lo fundamental es asegurar las condiciones para contar con profesionales y técnicos formados y capacitados en forma adecuada, con estabilidad laboral



Una vez terminadas las presentaciones se abrió un espacio de debate en plenaria en el cual participaron varias personas.

Los principales comentarios y recomendaciones fueron las siguientes:

1. Usar de manera sistemática la evidencia científica disponible sobre modelos de implementación de atención primaria.

2. Se presentó la experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá en Madrid (Cundinamarca) y cómo ese modelo integró las acciones sobre el individuo y su familia logra un impacto concreto en indicadores de salud y en términos de resolutivez (mayor al 95%).
3. Se resalto el papel fundamental que juega un sistema de información que se integra con estándares internacional y permite el uso de la información siendo el usuario el dueño de sus datos.
4. Se recordó la intersectorialidad que debe ser liderada por los alcaldes, con rendición de cuentas

Dado que los grupos generaron un trabajo ordenado y con alto nivel de consenso sobre las recomendaciones, en la tarde se reinició el trabajo discutiendo en plenaria dos aspectos. El primero sobre la gobernabilidad de APS y el segundo sobre sus fuentes de financiación.

En cuanto al primer aspecto fue claro el consenso sobre la importancia de dar la responsabilidad a los Alcaldes y su Secretario de Salud para liderar este tema, siendo la participación comunitaria el mecanismo fundamental para controlar y garantizar el seguimiento a la ejecución de las actividades.

Varios coincidieron en que los Consejos territoriales serían un mecanismo adecuado para rendición de cuentas, seguimiento a resultados y para garantizar la implementación de esta política.

Se propuso que se establezcan mecanismos de certificación para reconocer municipios que lo hacen bien y para garantizar que se transfieren recursos a municipios que los usan correctamente y evitar la transferencia a quienes no muestran avances. Se sugirió establecer funciones sancionatorias con suficiente alcance para incluso intervenir en los recursos a transferir.

En cuanto al segundo aspecto se recomendó la conformación de una “bolsa de recursos” cuyas fuentes incluirían: recursos de P y P, Salud Pública, parte de la UPC dedicada hoy a atención de primer nivel de complejidad, incluso se sugirió llegar a recursos de ARP y SOAT.

### **Conclusiones del tercer día de trabajo:**

- 1. Organización de los servicios de APS:** La atención de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral se deben organizar en equipos inter y transdisciplinarios organizados desde centros de atención primaria con actividad intra y extramural. Deben tener un enfoque familiar y comunitario de la atención y deben servir como estrategia para garantizar la ampliación progresiva de la cobertura de la APS y la atención integral. El conjunto de los equipos de un territorio de los servicios de Atención Primaria de Salud Integral pueden operar desde Centros de APS cuya infraestructura, equipamiento y organización corresponda a las necesidades del enfoque integral, familiar y comunitario de la atención. Un conjunto de centros de APS puede, a su vez, centralizar los apoyos diagnósticos y de ciertos tratamientos para facilitar economías de escala pero sin afectar la accesibilidad geográfica de la atención.

2. **Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Integral:** La mesa debatió sobre la unión de varias fuentes para financiar APS incluyendo promoción y prevención, salud pública, parte de la UPC correspondiente al primer nivel de complejidad de atención y rehabilitación, incluso algunos sugirieron incluir parte de los recursos SOAT y de ARP.
3. **Administración de los recursos:** La mesa concluyó en su mayoría que los alcaldes y sus secretarios deberán dirigir y orientar el sistema local (con fuerte énfasis intersectorial y con información e indicadores de resultado). Hubo un debate amplio sobre quién debe administrar los recursos y sugirieron tres opciones: Gobiernos locales, Nación o actuales empresas promotoras de salud. De todas formas se llegó al consenso que la APS puede ser prestada por el sector privado y público de forma coordinada y organizada en redes de atención que permitan el manejo integral de la población.
4. **Sistema de información:** Se propuso enfáticamente y como punto fundamental, la organización de un sistema de información que incluya una encuesta de caracterización de individuos por hogares, una historia clínica familiar, una ficha de caracterización de entornos y un instrumento de sondeo participativo. Igualmente, homologar la experiencia del sector bancario para hacer eficientes los procesos de autorización y administrativos para obtener acceso cierto a servicios. Se propuso igualmente la implementación de un Sistema de Información Geográfica alimentado por los instrumentos anteriores. Se sugiere levantar una línea de base con indicadores validados y sensibles a la Atención Primaria de Salud Integral que permita el seguimiento y evaluación periódica de sus resultados a nivel nacional y por territorios.
5. Se propuso garantizar que se desarrolle un **enfoque de gestión clínica integral** que permita una atención ordenada, integral e integrada. Esto soportado por un sistema de información enlazado en red por niveles de atención que alimente y coordine el trabajo de los equipos de los servicios de APS con los equipos interdisciplinarios de atención por condición médica del paciente en los niveles hospitalarios y especializados de atención.
6. **Referencia y contra referencia:** Las mesa concluyó que son fundamentales las actividades de referencia y contra-referencia para garantizar integralidad en la atención. Se sugiere especial cuidado a contra referencia para que los pacientes y ciudadanos regresen a ser atendidos en sus lugares base de APS. Se propuso que se garantice la gestión del proceso de atención continua, coordinada, en red e integral del paciente en cabeza de los centros de servicios de APS y a sus equipos de atención.
7. **Recurso humano:** se sugiere a la mesa temática correspondiente, considerar seriamente el desarrollo de talento con claro enfoque de servicio en atención primaria, con habilidades y capacidades en educación en salud, promoción, actividades en equipo intra y extramurales. Igualmente, considerar una reforma curricular del contenido de la educación de las facultades y carreras del área de la salud, de las ciencias sociales y humanas, así como de los niveles de

formación técnica relacionados con el sector, para garantizar las capacidades y habilidades que el recurso humano vinculado a las actividades de la APS integral requiera. Se sugirió aplicar los incentivos correctos para garantizar un talento humano de altas calidades.

8. Se sugiere definir **Plan Nacional de Salud para la Década**, con planes departamentales y locales.
9. Establecer claras **garantías** a las prestaciones tanto de APS (salud pública) como asistenciales.
10. Por consenso se concluyó que las acciones de APS deben ser **intersectoriales**, con alta promoción de la participación comunitaria y deben ser ejecutadas de acuerdo con Planes de Salud a cargo de las autoridades locales (Alcalde y Secretarios).
11. Respecto a la dirección (rectoría) se propuso la creación de **consejos nacionales y territoriales** de Atención Primaria en Salud.

### 3. Mesa de Evaluación de Tecnología Médica

**Coordinador:** Mauricio Vélez. Consultor en Salud

**Secretaría Técnica:** Juan Gonzalo López (Director Instituto Nacional de Salud)

#### Resumen de los Planteamientos

En Colombia y el mundo el desarrollo de las tecnologías aplicadas a la mitigación de los riesgos sanitarios ha repuntado de manera ostensible. A su vez, la evolución de la tecnología médica ha generado grandes impactos en el desarrollo de las herramientas diagnósticas y terapéuticas, lo cual ha ido en incremento de los costos de atención en cada uno de los sistemas de salud.

En contraprestación, cada vez más los recursos que se puedan asignar a la protección de los derechos constitucionales de la salud de la población, son menores. Las grandes limitaciones fiscales de América latina y la dispersión presupuestal están conllevando a ello. De tal suerte, es necesario que las administraciones obtengan herramientas técnicas que aporten información calificada para la toma de decisiones de política pública en salud.

Las aproximaciones al concepto de tecnologías médicas surgen durante los años 70 gracias al trabajo de la Office of Technology Assessment (OTA) de Estados Unidos. Quienes definían la tecnología médica como “los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta atención sanitaria”<sup>1</sup>.

Conceptos más recientes ubican a la evaluación de tecnología médica como “...un proceso multidisciplinario que resume la información acerca de los aspectos médicos, económicos sociales y éticos relacionados con el uso de las tecnologías sanitarias de una manera sistemática, transparente no sesgada y robusta. Su intención es informar la formulación de políticas seguras y efectivas en salud, que estén centradas en el paciente y en la obtención del mejor valor.” (INATHA)

En el marco de la reforma de Salud del actual gobierno, el Ministerio de la Protección Social ha convocado una serie de mesas de trabajo que con la participación de expertos usuarios, funcionarios y ciudadanos en general, pretende definir las grandes limitaciones que puedan afectar al SGSSS y a sus instituciones. Por su parte, se ha propuesto a esta mesa avanzar en la necesidad de que el Sistema cuente con una agencia de evaluación en tecnología sanitaria, que

---

<sup>1</sup> Revista IEEM, Evaluación económica de tecnologías médicas. Margaryta Ayres. Universidad de Montevideo.

aporte estimaciones sobre la adopción o no de mecanismos para mitigar el riesgo en salud de la población.

Como resultado de dichas mesas de trabajo, es de resaltar la sentida necesidad de que en Colombia se implemente un organismo que aborde de manera concienzuda la evaluación de las tecnologías sanitarias en el marco del SGSSS. Es necesario que dicho organismo haga parte de un sistema articulado y en términos generales en las mesas de trabajo se considero que el proceso de evaluación de tecnologías debe desarrollarse al menos en tres niveles de gestión:

- Decisión: entidades gobierno / Órgano Rector del sistema
- Coordinación: Organismo o agencia de evaluación de tecnología
- Acción/Operación: Centros de evaluación de tecnologías

Dicha agencia u organismo debe evaluar al menos 5 aspectos; a) **Seguridad:** evaluación de daño inducido por la aplicación de la tecnología, balance Riesgo/Beneficio, b) **Eficacia:** evaluación del nivel del logro alcanzado respecto del objetivo pretendido, en condiciones ideales o de laboratorio, c) **Efectividad:** del nivel del logro alcanzado en relación con el objetivo pretendido en condiciones habituales de uso de la tecnología, d) **Utilidad:** Medida o evaluación del grado en que una tecnología contribuye a mejorar la calidad de vida, y e) **Impacto Económico (Eficiencia):** Análisis costo beneficio de la implementación de la tecnología, se divide en estudios de costos y análisis de costos – resultados.

### **Agenciamiento Institucional**

Las mesas de trabajo aportaron importantes elementos que colaboraron a definir un esquema institucional primario, entre otros, surgieron elementos de consenso tales como el sentido técnico y científico que requiere dicho organismo, así como la autonomía e independencia en que se debe fundamentar su institucionalidad con el fin de cumplir sus objetivos misionales.

En este sentido, se recomendó la creación de una agencia del orden nacional, la cual debe coordinar los centros de evaluación (acreditados), centrada en lo técnico-científico, con financiamiento público-privado, autónomos, imparciales, independientes, transparente, con un recurso humano altamente capacitado, eficiente, con credibilidad, generadora de conceptos y recomendaciones y que se articule a nivel internacional con las mejores agencias, centros de evaluación y entidades financiadoras.

**Naturaleza:** Si bien no hubo un consenso definido frente a la naturaleza recomendada del organismo técnico – científico, fue reiterada la recomendación de que sus status jurídico garanticen la independencia y objetividad de las funciones que desarrolle. No obstante, los asistentes recomendaron que esta puede ser de carácter público, privado o mixto pero que su naturaleza la blinde a los devenires de la política y la administración pública. Así mismo se reitera que esta debe responder a un régimen de contratación privado que facilite la contratación de estudios de evaluación de acuerdo y en los tiempos que se requiera.

**Ámbito de acción:** De manera generalizada, la mesa de trabajo de evaluación de tecnología considera que este organismo debe ser del orden nacional. Se recomienda que la Agencia sea un organismo Único, Central y Nacional, el cual llegue a cada una de las particularidades territoriales por medio de los grupos de evaluación acreditados en cada región que conforman su red. También se plantea la posibilidad de que existan coordinadores en algunas regiones para coordinar redes locales que así lo ameriten, desconcentrando algunas funciones

**Competencia:** En el marco de una labor meramente asesora, la agencia u organismos se encargarán de elaborar conceptos técnicos de evaluación económica, de eficacia, y de efectividad en salud como recomendaciones a los organismos de toma de decisiones.

**Financiamiento:** En cuanto al financiamiento tampoco hubo consenso. Al igual que su naturaleza, la manera de financiar este organismo no tiene una posición unificada. No obstante parece prevalecer que este organismo, quien servirá sobre todo a entidades del sector público sea financiado con recursos del presupuesto nacional, y eventualmente sea financiado por recursos provenientes de organismos de cooperación internacional o entidades sin ánimo de lucro.

## **Segunda Parte**

Como tema adicional de la implementación de un organismo de evaluación de tecnología médica, por parte de la coordinación de la mesa de trabajo se planteó a los asistentes discutir sobre la relación de este organismo o agencia y los planes de beneficio existentes.

Sobre el particular algunos de los asistentes afirmaron que es fundamental actualizar y eliminar elementos obsoletos del POS. No obstante, actualmente, el elemento más crítico en el SGSSS es lo que corresponde a lo que hoy se conoce en el Sistema como no POS. Hoy este elemento, no cuenta con un proceso de monitoreo o análisis que caracterice el fenómeno. De igual manera, no se cuenta con una modelación sólida que soporte el trámite de recobros. Como posible solución a ello, es necesario que de alguna manera se institucionalice y se de gestión administrativa y financiera al No POS.

Por su parte, la mesa aportó que es necesario tener en cuenta que no sólo el no POS presiona administrativa y financieramente las subcuentas del sistema. El resto de Planes de Beneficios también deben ser objeto de la actualización de listados con la ayuda de la implementación del organismo o agencia de evaluación de tecnología en el país.

No obstante, no se pueden centrar todas las esperanzas en la gestión de los planes con la evaluación de tecnologías. Si bien es cierto que las evaluaciones de tecnologías deberían desarrollarse en los esquemas POS y no POS, la evaluación de tecnología no debería ser la única herramienta para reformar o actualizar los planes de beneficios en general.

Sin embargo, La relación entre los planes de beneficio y la Evaluación de tecnología es evidentemente clara; es más se hace necesario que con el uso de herramientas de estas (como la evaluación de tecnologías) se puedan actualizar constantemente los planes de beneficios. Así mismo, y por su parte, sigue siendo necesario revisar el modelo de salud en cuanto a la

importancia de la promoción y prevención, pues es en casos de su plena implementación que en muchos países se reduce ampliamente los niveles de morbi – mortalidad, lamentablemente en la actualidad es en lo que menos se invierte en los sistemas de salud.

## Relatoría

### EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PLAN DE BENEFICIOS

Septiembre 23 de 2010

8am-5pm

Coordinador: Mauricio Vélez

Secretario técnico: Juan G. López C.

#### Participantes:

Ana G. Criado	Subdirectora INVIMA
Andrés Perdomo	Asesor INS
Carlos Motta	Director Cámara Prov. De Salud-Andi
Catherine Ramírez	Asesora DNP-DDS
Claudia Guevara	Profesional Especializado CRES
Guillermo Córdoba	Profesional MPS
Héctor Chaparro	Profesional Especializado Secretaría Distrital de Salud-Bogotá
Hernando Gaitán	Facultad de Medicina-Vic. Inv. U. Nacional
Hernán Rodríguez	Consultor OPS
Inés E. Ordóñez	Dir. Médica y AR-Afidro
Jaime Ordóñez	Investigador-Docente CES
Jairo Bahamón	Profesional Especializado Secretaría Distrital de Salud-Bogotá
Juan E. Valencia	Gerente Médico BMS
Juan Pablo Toro	Director Planeación MPS
Karen L. Hernández	Asesora-HS Dilian Toro
Laura Bernal	Coordinadora INC, Gesso
Liliana Chicaiza	Profesora Asociada U. Nacional
Luz M. Salcedo	Coordinadora Grupo Sistema MPS
María S. Galindo	Cámara de Rep. Congreso de la R.
Mario García	Profesor Titular U. Nacional
Marleny Montenegro	Ministerio de la Protección Social
Martha L. Ospina	Directora Ejecutiva Cuenta de Alto Costo
Mery Bolívar	Directora MPS
Miguel A. Vacca	Delegado Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
Napoleón Ortiz	Profesional Especializado MPS
Ramón A. Castaño	Investigador Independiente
Rosa Munevar	Enfermera-Copacos
Saúl Rugeles	Delegado Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

#### Agenda de trabajo:

1. Presentación asistentes
2. Presentación Metodología: *Mauricio Vélez*
3. Presentación Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES): *Mauricio Vélez*
4. Introducción Plan de Beneficios: *Ramón Abel Castaño*
5. Presentación Sociedades científicas: *Saúl Rugeles*
6. Discusión

7. Construcción escenario ideal
8. Análisis de brechas-ideal
9. Cierre de sesión

Desarrollo:

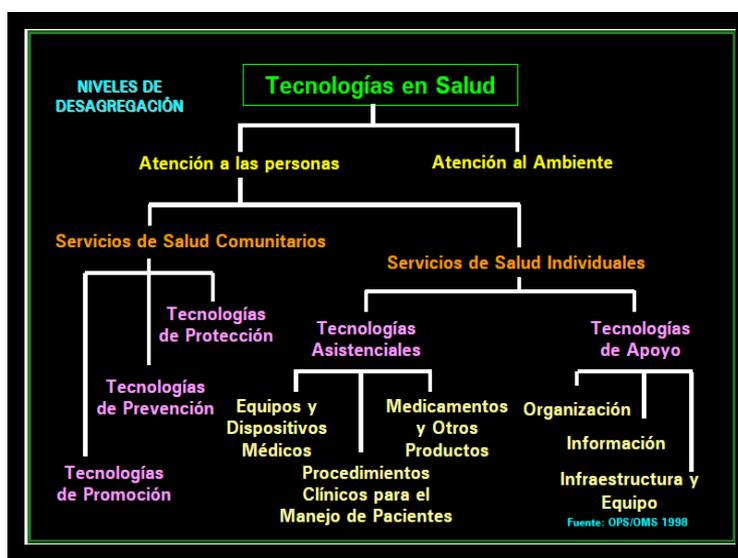
Se presentaron los aspectos generales de la evaluación de tecnologías por parte de Mauricio Vélez, plan de beneficios por parte de Ramón Abel Castaño y la correspondiente a las sociedades científicas por parte de Saúl Rugeles (se incluyen las presentaciones).

Discusión sobre las presentaciones:

Marta Ospina (cuenta alto costo) comenta algunos aspectos de las presentaciones resaltando que la transición epidemiológica es una realidad, que igualmente se sustituyen tratamientos farmacológicos sin que medie una evaluación tecnológica (ejemplo hipertensión) lo que ha generado un mayor costo sin que se evidencien sus beneficios. Finalmente pregunta si como sociedad podemos pagar un medicamento que cuesta varias veces más de que los tratamientos actuales sin que su beneficio sea evidente en términos de sobrevida.

Dr. Gaitán UN. ETES es más que evaluación económica. La presentación se centra en eficacia y efectividad y no se incluye seguridad, ética y equidad por lo que se debe ampliar el concepto de evaluación de tecnología. Se debe incluir apoyo diagnóstico y procesos organizacionales (adicional a medicamentos e intervenciones entre otros). Posteriormente se aclara que la visión es más amplia que lo contenido en evaluación económica.

Se propone definir evaluación tecnológica, al menos en sus componentes básicos, de acuerdo con la estructura propuesta por las sociedades científicas tomada de las recomendaciones de la OPS:



Juan E. Valencia considera que esta propuesta ha sido actualizada por la OMS en el 2007<sup>2</sup>. Considera que la institucionalidad puede estar en cualquier entidad pero la condición es que lo haga bien y que sus recomendaciones sean acogidas y se hagan cumplir.

<sup>2</sup> OMS. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA60.29. 23 de mayo de 2007.

Ramón A. Castaño No se pueden trasladar las recomendaciones de otros países con mayor nivel de desarrollo. Ejemplo NICE (UK) a otros países. Aunque Juan E. indica que esta se puede adaptar. Incluir lo ético

Carlos Mota: Discusión sobre la estructura de la agencia es fundamental por lo que debe ser definida en esta mesa de trabajo. Lo cual es aprobado por los participantes la necesidad de una agencia en Colombia. Saúl Rugeles ratifica la importancia de definirla en el país.

Napoleón Ortiz insiste en 3 puntos que se dan en tres instancias, momentos y entidades diferentes: procedimientos, insumos y medicamentos (INVIMA); diferenciar en quién va a hacer la evaluación y la decisión.

Inés Ordoñez: Tratar de identificar

- Estructura
- Métodos para ET
- Procedimientos
- Empleo de ET para la toma de decisiones

Dr. Vacca propone cambiar evaluación de tecnología por evaluar intervenciones aunque no es acogida por los demás integrantes de las mesas.

Marta Ospina: básicos fundamentales: Siempre que se hace evaluación económica implica el análisis de los recursos y su retorno.

Trabajo en cada una de las cinco mesas conformadas:

Se propone que cada una de las mesas trabaje durante 30 minutos en torno a la siguiente pregunta: ¿Cuál debería ser el diseño institucional par la ETES en Colombia?

Mesa #1

Participantes:

Inés E. Ordóñez

Guillermo Gaitán

Rosa Munevar

María S. Galindo

Claudia Guevara

Teniendo en cuenta la limitada masa crítica con la que cuenta el país en los temas relacionados con evaluación de tecnologías en salud, que se requiere formación de personal, que se requiere personal de tiempo completo para su coordinar y operativizar, entre otras, se propone un solo centro de evaluación de tecnología con centros satélite que lo apoyen, con funciones de apoyo técnico científico y consultoría, independiente, pero con soporte y reconocimiento del Gobierno Nacional.

El centro debería ser financiado por una confluencia de recursos del Gobierno, otras instituciones y recursos de cooperación internacional. Adicionalmente se podría pensar en venta de servicios regulada con el fin de lograr en un largo plazo su auto sostenimiento.

:“Es importante resaltar que el centro, si bien apoyaría el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se debe fortalecer las instituciones que ya existen dentro del Sistema relacionadas y que realizan evaluación de tecnologías en salud, como es el caso del INVIMA y de la CRES”. Estas entidades no solo utilizan la evaluación de tecnología sino que hacen esta evaluación, por lo que es necesario fortalecerlas en este aspecto. Ejemplo de lo anterior es el proceso de guías de práctica clínica con Colciencias, Guía Metodológica, normatividad existente, etc. Que se integren al sistema de evaluación de tecnologías en donde se encontraría el Centro propuesto.

El centro debería tener en cuenta aspectos administrativos, de evaluación científica y económica, de participación ciudadana y de divulgación cuando sea el caso.

### Declaración de interés:

Mesa #2

Participantes:

Liliana Chicaiza

Miguel Alberto Vacca

Catherine Rodríguez

Guillermo Córdoba

Saúl Rugeles Quintero

Características de la institución: Imparcialidad, Autonomía, Transparencia, Independencia, Credibilidad.

Su esencia debe ser técnico científica, con gran capacidad de gestión. De carácter público. La agencia debe trascender las instituciones y co-productora de información. Se espera que logre absorber las instancias que hacen evaluación de tecnología en diferentes instituciones públicas. Que opere con grupos de investigación de universidades e incluya sociedades científicas. De contar con un equipo técnico y con agencias internacionales para la transferencia de información que sea transferible y así generar economías de escala. En una primera fase debe integrar las capacidades existentes y estructurar un plan para la generación de mayores capacidades a futuro.

Declaración de interés: Juan Esteban pertenece a la industria farmacéutica.

Mesa #3

Participantes:

Johana Castrillón

Hernán Rodríguez

Andrés Perdomo

Mario García

Si, Se requiere contar con una organización. Criterios para decidir “quien”: Capacidad técnica acorde a la función de evaluación, independencia técnica.

Características:

Debe ser todo un sistema de evaluación de tecnologías en salud con tres capas:

1. Decisión
2. Coordinación
3. Acción u operativa



Alcance: ¿Regula todo? (o sólo lo del POS). Debe ser aplicada o tener en cuenta: las personas, el ambiente, la promoción y la prevención, rehabilitación.

**Declaración de interés:**

Mesa #4

Carlos Motta

Napoleón Ortiz

Martha Ospina

Laura Bernal

Justificación de un Centro, Organismo o Agencia de Evaluación de Tecnologías en Salud:

En un entorno de recursos limitados la mejor forma de garantizar el máximo beneficio por unidad de recurso invertido, es valorar qué se obtiene de cada intervención y a que costo.

El costo de oportunidad de las decisiones médicas si estas se toman sin tener en cuenta la eficiencia relativa de las mismas, puede derivar en un sistema insostenible, por lo tanto, incapaz de responder en forma equitativa a las demandas de salud y a la justa participación de los diferentes actores. La Evaluación Económica no puede ni debe suplir la toma de decisiones, la cual será siempre política, pero la decisión política debe ser tomada sobre el conocimiento técnico, por lo cual, la economía debe informar sobre las alternativas posibles e informar sobre los costos y resultados de cada alternativa.

Estatus: El organismo debe poder ser flexible en su contratación de recurso humano y manejar una escala salarial similar a la de las entidades privadas.

Para proteger su estatus de organismo técnico de posibles temas jurídicos, no debe ser una entidad pública ni que ejerza de manera temporal o delegataria funciones públicas.

No puede ser tampoco una entidad absolutamente privada dado que será creada por una Ley de la República, recibirá la priorización del trabajo a realizar de parte del Ministerio de Salud, será vigilada por los entes de control y sus recomendaciones serán asumidas como tal por los organismos que deben emitir los actos administrativos correspondientes.

La alternativa de organismo de carácter Mixto, podría ser la mejor.

Mesa #5

Participantes:

Marleny Montenegro

Luis Eduardo Ordoñez

Jairo Bahamón

Ana Graciela Criado

Héctor Hugo Chaparro

Agencia de carácter privado con centros de carácter privado. Órgano rector del Ministerio de Salud. La vigilancia, certificación, la realizarían la CRES o el INVIMA.

Se deben aprovechar los recursos o instituciones existentes

Fortalecer la CRES o el INVIMA

Alianzas con organismos internacionales

Esta agencia podría prestar servicios al estado y a instituciones privadas.

**Declaración de interés:**

Discusión posterior a la presentación por cada uno de los relatores:

Dr. Gaitán: en América Latina hay 4 entidades que cumplen esta función (3 son públicas, una privada en argentina). Expresa que 3 universidades en Colombia (2 públicas-1 privada: U de A, UN, PUJ) están interesadas en desarrollar un centro de evaluación de tecnología. Considera que son pocos los expertos en este tema y crear muchos centros produciría una dispersión del RRHH que afectaría el desempeño y no sería sostenible.

Jaime Ordoñez: Público: riesgo a ser presionado por el mismo MPS y se prestaría para presiones indebidas. Igualmente insiste en las dificultades en el recurso humano

Guillermo Córdoba. Este centro debe trascender el POS, si bien es el de mayor complejidad, existen otros temas y aspectos a considerar. El POS no es el único tema que requiere evaluación de tecnología; hay otros planes de beneficios dentro de sector salud que se fortalecerían con el uso de estos temas. La evaluación económica no se debe hacer sólo desde la perspectiva del Fosyga, se deben tener otros enfoques para abordar este tema.

Para consolidar en forma sistemática el trabajo de cada mesa y para ampliar el análisis se aprobó trabajar utilizando el siguiente instrumento para definir las características de la agencia y su relación con otras entidades de gobierno:

1	Status jurídico	
2	Ámbito geográfico	
3	Área de competencia	
4	Financiamiento	
5	Política recursos humanos	
6	Especialización de personal	
7	Objeto de estudio	
8	Productos	
9	Alcance	
10	Respaldo (validación)	
11	Dependencia	
12	Usuarios	
13	Insumos e información	
14	Mecanismo de priorización	
15	Ministerio	
16	Colciencias	
17	CRES	
18	EPS, IPS, Profesionales	
19	INVIMA	

Mesa #1

Status jurídico	Que status jurídico que garantice independencia y objetividad y responda a las funciones que se le quiera dar
Ámbito geográfico	nacional
Área de competencia	consultor docente
Financiamiento	mixto
Política recursos humanos	Una planta fija con posibilidad de contratación con entidades certificadas, conformada por grupos temáticos definidos.
Especialización de personal	Médicos y profesionales de la salud, economistas, químicos farmacéuticos, abogados, ingenieros biomédicos, estadísticos, comunicadores sociales, administradores, entre otros.
Objeto de estudio	Concepto de tecnologías sanitarias descrito por OMS, incluyendo nuevos usos, modelos de atención, políticas sanitarias, innovaciones tecnológicas, obsolescencias, aspectos económicos, éticos, nuevos problemas en salud, etc.
Productos	Recomendaciones técnicas, revisiones sistemáticas, documentos de divulgación guías de práctica clínica, consultas técnicas, investigación comisionada, informes de divulgación.
Alcance	Recomendaciones y peritazgo especializado para los actores del sistema
Respaldo (validación)	Política de Estado, de la Academia, con entes internacionales con cooperación horizontal
Dependencia	Ministerio, CRES, INS, INVIMA, Independiente?
Usuarios	todos los actores interesados del Sistema
Insumos e información	Bases de datos, sistemas de información, infraestructura física y recurso humano.
Mecanismo de priorización	Las que defina el gobierno serán prioridad
Ministerio	Da las pautas de priorización, y solicita evaluación de tecnologías y usaría las recomendaciones.
Colciencias	Apoyo a los centros satélites, fortalecimiento a la investigación en salud.
CRES	Usuario de recomendaciones cuando la comisión lo requiera. Se requiere continuar con el fortalecimiento de sus funciones, por parte de la CRES, con el uso de evaluación de tecnologías en salud.
EPS, IPS, Profesionales	Usuarios de las recomendaciones producto de la evaluación de tecnología en salud.
INVIMA	Usuario de las recomendaciones cuando este la requiere. Fortalecimiento de la normatividad con base en las recomendaciones internacionales. Fortalecimiento en sus funciones con el uso de la evaluación de tecnológica en salud.

Mesa #2

Categorías	Recomendación
Estatus Jurídico	Pública
Ámbito Geográfico	Nacional
área de competencia	Asesor técnico - científico
Financiamiento	Público
Política de RH	Contratación propia, contratación por grupos y contratación individual
Especialización de personal	Staff básico especializado en economía de la salud, epidemiología, estadística, actuaría, ingeniería biomédica, economista, fármaco-economía
Objeto de estudio	Tecnología en salud para la atención a las personas
Productos	Reportes e informas de evaluación de tecnologías
Actividades	Gestión, evaluación y divulgación de tecnologías en salud
Alcance	Vinculante ante una recomendación negativa, parcialmente vinculante supedita a una priorización ante una recomendación positiva
Respaldo (validación)	Pertenencia a una red de evaluación de tecnologías
Dependencia	Autónoma, independiente
Usuarios	MPS, CRES, particulares?, rectores de regímenes especiales, IPS públicas, DLS
Insumos de información	Reportes e informas de evaluación de tecnologías, estadísticas de morbi-mortalidad
Mecanismos de priorización	Perfil epidemiológico (carga de enfermedad) y políticas en salud; adicionalmente, se hace necesaria la consideración del usuario y la fuente de financiamiento
MPS	Solicita ETS, consume reportes, regula (PNS, IPS-habilitación)
CRES	Regula POS
Colciencias	Gestión de la investigación
INVIMA	Consume reportes
INS	Produce informes, investigaciones. Consume información

Mesa #3

Status jurídico	Pública con características especiales que le permita manejar un régimen de contratación privado
Ámbito geográfico	Nacional
Área de competencia	Asesor
Financiamiento	Público + Internacional (Ayuda Oficial para el Desarrollo)
Política de recursos humanos	Régimen de carrera especial
Especialización de personal	Multidisciplinario
Objeto de estudio	Evaluación de Tecnologías en Salud (procedimientos de tamizaje, diagnósticos y terapéuticos, medicamentos, guías, programas, equipos) propiamente dicha (el impacto clínico, económico, financiero, social y ético), de acuerdo con la priorización que realicen los organismos rectores en articulación con las funciones de otros organismos adscritos. Las competencias serán incrementales.
Productos	Recomendaciones en informes técnicos, guías, estudios para publicación.
Alcance	Recomendaciones no vinculantes sobre el impacto médico, económico, social y ético de las Tecnologías en Salud para formulación de política y la toma de decisiones del Ministerio de Salud, la CRES y otros organismos de regulación adscritos al ente rector.
Respaldo (validación)	Organismo(s) internacional(es) en ETS
Dependencia	Unidad especial dependiente del Ministerio con presupuesto propio y con autonomía técnica
Usuarios	Entes reguladores, actores del sistema y la sociedad civil
Insumos e información	Sistema de información documental regulado con informes de agencias internacionales - Fuentes y flujos de datos regulada
Mecanismos de priorización	Mesa de priorización del sector liderada por el Ministerio
Ministerio	Fomentar la evaluación de tecnología y formulación de política y toma de decisiones para el SGSSS
COLCIENCIAS	Acreditación de grupos de investigación; Fomentar la creación y el fortalecimiento de instancias e instrumentos financieros y administrativos de gestión para la Ciencia, Tecnología e Innovación; Articular y aprovechar las políticas y programas nacionales de ciencia, tecnología e innovación, con aquellas que existen a nivel internacional; Promover, articular e incorporar la cooperación interinstitucional, inter-regional e internacional con los actores, políticas, planes, programas, proyectos y actividades
CRES	Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud, la UPC de acuerdo con la evidencia
EPS, IPS, Profesionales	¿????
INVIMA	¿?????

#### Mesa #4

Estatus	Mixto
Ámbito Geográfico	La Agencia debe ser un organismo Único, Central y Nacional, el cual llega a las especificidades territoriales por medio de los grupos de evaluación acreditados en cada región que conforman su red. También se plantea la posibilidad de que existan coordinadores en algunas regiones para coordinar redes locales que así lo ameriten, desconcentrando algunas funciones
Área de competencia	Su competencia Misional es: Entregar conceptos técnicos de Evaluación Económica en Salud que son recomendaciones a los organismos de toma de decisiones. Dentro del proceso de fomentar la masa crítica que pueda realizar ET en el país, la agencia fomentara la capacitación y desarrollo de todos los niveles y diferentes actores del sistema.
Financiamiento	Como el gran cliente es público, los recursos en su mayoría deben ser públicos. También se considera que sería posible que la agencia pudiera hacer ET de carácter privado a particulares o actores privados del Sistema por solicitud de estos, los cuales pagarían por ellas. (Para discusión queda que estatus tendrían los resultados de la evaluación privada, es decir, dado que no provienen de una priorización estatal, serian también presentados como una recomendación o no podrían ser utilizados como tal por el que los contrato?)
Política de RH	La Agencia debe tener personal propio altamente técnico en EVALUACION, no requiere ser muy numeroso. Este personal debe ser capaz, además de administrar la red y los procesos que adelanta la red de entidades evaluadoras, de realizar evaluaciones rápidas de temas que no requieren ser distribuidos a otros centros de evaluación.
Especialización del RH	
Objeto de estudio	Todo tipo de tecnologías en salud
Productos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación Económica en Salud</li> <li>Medición Objetiva de los resultados de cada alternativa (financieros respecto a la ganancia en salud)</li> <li>• Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencias que fueron priorizadas por el estado.</li> </ul> (Será responsable de distribuir entre los grupos de evaluación, administrar el cronograma y hacer de Par, en la elaboración de las guías con evaluación económica.
Alcance	Recomendaciones técnicas (en forma de resultado de evaluación económica o en forma de Guía BE) nos vinculantes que se vuelven vinculantes, mediante actos administrativos estatales, si son adoptadas.
Respaldo	Respaldo en Organismos técnicos Internacionales pares (que inicialmente pueden también entrenarlo) y no comité de notables. Los organismos internacionales deben ser necesariamente más de uno.
Dependencia	Es un organismo independiente del SGSSS, administrado en forma privada pero creado, normado y vigilado por el estado.
Usuarios	Todos los actores del sistema. También los actores privados del sistema pueden hacer solicitudes específicas de evaluación, pagando por estos servicios.
Insumos	De acuerdo a la metodología a emplear en cada evaluación. (evidencia publicada, aportes del fabricante, conceptos sistematizados de expertos)
Priorización	Recibe los temas priorizados desde el Ministerio
Invima	Es un organismo complementario que debe verificar la eficacia y la seguridad de insumos y medicamentos

Mesa #5

Categorías	Privado
Estatus Jurídico	Nacional
Ámbito Geográfico	Asesora y docente
área de competencia	Privado
Financiamiento	Contratación propia
Política de RH	Médicos, odontólogos, enfermeras, nutrición y dietética, químicos farmacéuticos, economistas, ingenieros biomédicos, de sistemas, mecánicos y electrónicos. Todos deben poseer títulos de Maestría o Doctorado, homologados por el MEN.
Especialización de personal	Descrito por OMS
Objeto de estudio	Estudios de costo-efectividad, costo-beneficio, costo-utilidad, minimización de costos, guías de práctica clínica basadas en evidencia. Consultorías y asesorías.
Productos	Recomendaciones no vinculantes para los diferentes actores del SGSSS, desde el Ministerio de la Salud y la CRES, hasta EPS, IPS y profesionales. Peritazgo especializado para entidades públicas y privadas. Estudios para instituciones privadas.
Actividades	Centro adscrito a una Institución de Educación Superior, el Centro debe tener un grupo de investigación categorizado por Colciencias. Trabajo colaborativo con entes internacionales.
Alcance	Independiente, que responda a regulación del Ministerio de la Salud
Respaldo (validación)	SGSSS, universidades, industria privada, abierta al público nacional e internacional.
Dependencia	Fuentes de información secundaria, tales como ensayos clínicos, variables socioeconómicas y epidemiológicas del sitio de interés.
Usuarios	Autónomo, con base en los mecanismos de contratación
Insumos de información	Regular, fomentar y financiar la constitución y consolidación de centros de evaluación de tecnologías en salud.
Mecanismos de priorización	Acompañar mejoramiento de calidad de centros de excelencia
MPS	Utilizar la información para toma de decisiones y contratar estudios con base en necesidades sentidas
CRES	Usuarios y clientes de los servicios ofrecidos
Colciencias	Certificación
INVIMA	¿????
INS	¿????

Consenso en torno a los siguientes puntos:

En términos generales en las mesas de trabajo se considero que la evaluación de tecnologías debe desarrollarse como un Sistema con tres niveles de gestión, algunos consideran que estos tres niveles o capas de gestión podrían no ser excluyentes entre ellas:

- Decisión: entidades gobierno
- Coordinación: Agencia
- Acción/Operación: Centros de evaluación de tecnologías

Se recomendó la creación de una agencia del orden nacional, la cual debe coordinar los centros de evaluación (acreditados), centrada en lo técnico-científico, con financiamiento público-privado, autónomos, imparciales, independientes, transparente, con un recurso humano altamente capacitado, eficiente, con credibilidad, generadora de conceptos y recomendaciones y que se articule a nivel internacional con las mejores agencias, centros de evaluación y entidades financiadoras.

Los disensos se centraron en los siguientes puntos:

- Naturaleza (categoría) de la agencia: se presentaron propuestas para que la naturaleza de esta entidad coordinadora sea pública, privada y mixta.
- Fuerza vinculante de los conceptos en los casos que se presente impacto negativo en la población. Una parte de las mesas de trabajo consideró que los conceptos deberían ser vinculantes para lograr los objetivos en torno a la protección a la población; por el contrario, otro grupo considero que la entidad se debe centrar en emitir los conceptos para que sean aplicados por otras entidades tanto públicas como privadas.
- Capacidad para emitir concepto en torno a seguridad y calidad. Un grupo consideró que la agencia (entidad coordinadora) emita este tipo de conceptos, de lo contrario se centraría en los estudios económicos limitando el alcance de la agencia. Por el contrario, otro grupo consideró que este es un trabajo que le compete al INVIMA a través de la tecnovigilancia-farmacovigilancia en cuanto a medicamentos, insumos y dispositivos se refiere.

**Tarea de cada mesa para la próxima reunión (septiembre 28 de 2010): Proponer esquema organizacional teniendo en cuenta los tres niveles del sistema (decisión, coordinación, operación).**

## Evaluación de tecnologías en salud. 28 de septiembre

### Asistentes:

Ana G. Criado	Subdirectora INVIMA
Andrés Perdomo	Asesor INS
Carlos Motta	Director Cámara Prov. De Salud-Andi
Catherine Ramírez	Asesora DNP-DDS
Claudia Guevara	Profesional Especializado CRES
Guillermo Córdoba	Profesional MPS
Héctor Chaparro	Prof. Especializado Secretaría Distrital de Salud-Bogotá
Hernando Gaitán	Facultad de Medicina-Vic. Inv. U. Nacional
Hernán Rodríguez	Consultor OPS
Inés E. Ordóñez	Dir. Médica y AR-Afidro
Jaime Ordóñez	Investigador-Docente CES
Jairo Bahamón	Prof. Especializado Secretaría Distrital de Salud-Bogotá
Juan E. Valencia	Gerente Médico BMS
Juan Pablo Toro	Director Planeación MPS
Karen L. Hernández	Asesora-HS Dilian Toro
Laura Bernal	Coordinadora INC, Gesso
Liliana Chicaiza	Profesora Asociada U. Nacional
Luz M. Salcedo	Coordinadora Grupo Sistema MPS
María S. Galindo	Cámara de Rep. Congreso de la R.
Mario García	Profesor Titular U. Nacional
Marleny Montenegro	Ministerio de la Protección Social
Martha L. Ospina	Directora Ejecutiva Cuenta de Alto Costo
Mery Bolívar	Directora MPS
Miguel A. Vacca	Delegado Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
Napoleón Ortiz	Profesional Especializado MPS
Nicolás Vargas	Asesor CRES
Ramón A. Castaño	Investigador Independiente
Rosa Munevar	Enfermera-Copacos
Saúl Rugeles	Delegado Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

La metodología del segundo día de trabajo en la mesa de evaluación de tecnología médica inició con una serie de presentaciones por parte de cada uno de los grupos participantes, con ellas mostraron las propuestas de estructura, naturaleza y organización en general de los organismos técnicos y científicos propuestos en el marco de esta mesa.

### Presentaciones

#### 1.1. Presentación por parte de Napoleón Ortiz (Mesa 4), sobre definiciones y estructura

Presentó la Estructura general, junto con el enfoque de la evaluación de tecnologías, que la agencia debe asumir. En el desarrolla tres niveles de gestión. (Presentación Adjunta Anexo 1)

- Macro gestión; En la cabeza del sector Salud, Ministerio de Protección Social (en nuestro país) donde: a) Se deben tomar decisiones de políticas y programas sectoriales al respecto (mediante las cuales se articula tanto vertical como horizontalmente los diferentes componentes de la Tecnología Sanitaria a nivel nacional). b) Se autoriza la entrada de tecnología sanitaria al país. c) Se autoriza el ingreso de la tecnología en los planes de salud (POS, NO POS, SOAT, SALUD OCUPACIONAL, SERVICIOS DE ESTETICA, ETC).
- Meso gestión; desde los entes territoriales de salud y aseguradores; en su aplicación, entre otras, a través de la red de prestadores de servicios de salud.
- Micro gestión; Desarrollado a nivel de IPS (Administradores, personal médico, etc.), usuarios y población en general.
- Así mismo, dicha mesa plantea desarrollar un sistema, con la participación de múltiples instituciones y sectores articulados. La mesa propone que existan una serie de cámaras especializadas en el organismo que evalúen temas específicos. De igual manera, se formula la revisión de los procedimientos médicos por medio de la conformación o promoción de colegios médicos.
- Para la estructuración general del SISTEMA NACIONAL PARA ETES , se requiere una instancia donde se logre la focalización y articulación de las Tecnologías Sanitarias, al más alto nivel (Ministro y Viceministro), mediante un comité que permita convocar las cabezas sectoriales de los componente de las TS (Procedimientos médicos, Medicamentos, Dispositivos Biomédicos, Equipos Industriales Hospitalarios, Infraestructura, etc.), consiguiendo de esta forma contar con una instancia que articule esos componente y priorice las necesidades de ETES de los mismos, procesando la información suministrada por ellas y realizando la tomando decisiones (entrada en el país de las TS, su autorización en el POS y en general el uso más racional de las mismas) , con el fin de conseguir las vías y recursos para su implementación a nivel sectorial, todo esto por supuesto con el suministro de la mejor evidencia realizada por un grupo de apoyo (denominado durante la reunión como grupo NICE)
- Este sistema de ETES evaluaría;
  - La Calidad: pues el fabricante de una tecnología debe garantizar que la misma cumpla con normas de manufactura de alta calidad, y se siga los estándares de calidad de fabricación de las tecnologías.
  - La seguridad: mediante las distintas fases de la investigación clínica la tecnología que saldrá a la venta debe ofrecer un perfil de manejo del riesgo razonable para esta tecnología.
  - La eficacia: Para obtener el licenciamiento de una nueva tecnología se debe demostrar que es eficaz, o sea debe ser mejor (o a veces similar) que su comparador en los ensayos clínicos.
  - Costos efectividad: a) Estableciendo los beneficios de la tecnología sanitaria relevantes (por sobre los tratamientos actualmente disponibles). b) Definir el costo e impacto presupuestal en el sistema de salud.

## Comentarios

- Al respecto algunos consideran que es fundamental que la evaluación de tecnología responda a un sistema integrado, sin embargo hace falta un organismo de coordinación técnica. Esto para que se auto-regule y que articule los centros que hagan evaluación. (Dra. Martha Ospina)
- Por su parte, otros asistentes afirman que ese organismo debe hacer parte del sistema y a su vez este mismo es quien realice interlocución con la Corte en cuanto a requerimientos técnicos de salud se refiera.
- En cuanto a su naturaleza y nivel de subordinación, el hecho de que sea autónomo e independiente deja la duda de que este adscrito al ministerio o alguna de sus entidades. Pero es importante que lo sea por la interacción de este con otros organismos. En este sentido, la actividad de evaluación estaría desconcentrada con la posibilidad de desarrollo de centros. Esto como política de evaluación estimulando esta evaluación. (Dr. Guillermo Córdoba)
- Por lo tanto, La evaluación de tecnología debería ser pública y direccionada desde el estado.
- Por su parte otros integrantes aseguran que es recomendable tener Cuidado con implementar comisiones de notables, lo cual no institucionalizaría el sistema, si no que lo personificaría. (Dr. Napoleón Ortiz)
- También aseguran que sin importar donde este localizado este organismo debe ser muy visible desde afuera. En caso tal de que sus decisiones sean asumidas como las de un grupo asesor, esas quedarían limitadas a ese nivel, las cuales usualmente no son tomados en cuenta. (Dr. Rugeles)
- Por su parte se asegura que el centro o agencia no se puede limitar a evaluar costo efectividad. Debe asumir el tema ético, la equidad y el tratamiento de toda la temática social relacionada con la evaluación de tecnología. Hay que definir su relación con los entes gubernamentales, evitando al máximo cualquier tipo de politización. En caso tal de que se determine que esta sea de naturaleza pública / gubernamental, es importante establecer su rol y relación con el Ministerio Rector. Otorgándole una carácter netamente científico que blinde al organismo de los malos gobiernos o de situaciones que lo politicen. Así mismo, habría que blindarlo de las presiones de ciertos sectores. (Dr. Gaitán)
- Por su parte, el coordinador temático de la mesa concluye que según los comentarios es importante contar con una agencia, que no necesariamente sea de orden o naturaleza gubernamental con alta visibilidad y autonomía.
- Como parte del ejercicio la mesa No. 1 propone revisar modelos mixtos o privados de organizaciones que colaboren a definir una naturaleza para el organismo técnico científico de evaluación; entre otras, la mesa propone revisar las funciones y naturaleza de ICONTEC, la cual puede ser un modelo replicable para la agencia.
- Otro ejemplo replicable para los integrantes de la mesa No. 1 es la del Banco de la República; un organismo totalmente independiente, capaz de aislarse de los esquemas

salariales del Gobierno, permitiendo esto, contar con excelentes profesionales, y a su vez estar blindado a los flujos y cambios gubernamentales.

- Según Carlos Motta, el ejemplo del Icontec es bueno pero sólo funcionaría en la medida que este fuera el único esquema, que no tenga competencia y que como órgano único e independiente defina las políticas macro de evaluación de tecnología médica, y que a su vez sea la única que coordine los centros evaluadores del sistema.
- La mesa No. 4 sugiere que hay varios ejemplos de organismos técnicos no gubernamentales; tales como Icontec, el Fondo de Prevención Vial, entre otros. El ejemplo del fondo de Prevención Vial grafica bien la organización deseada. En esta entidad, gracias a la existencia de una junta directiva mixta, se vinculan todos los sectores necesarios, públicos o privados, para que se articulen y aborden las necesidades del sector ya sea por parte de las aseguradoras o del gobierno nacional. La Organización de Cuenta de Alto Costo es otro ejemplo replicable. No obstante es recomendable y fundamental que se separe el organismo técnico de quien emane el acto administrativo. Por su parte, en la mesa aseguran (Dra. Vianney Motavita) que es necesario e importante definir el nivel participación de cada uno de los sectores que intervengan en el proceso de evaluación de tecnologías, pues al sistema no solamente estarían vinculados el sector de la protección social o de la salud.
- En cuanto a la independencia (Dr. Carlos Motta) aseguran que esta no se lograría en la medida en que tenga subordinación de un ministro o viceministro. No obstante su funcionamiento sería muy limitado sin un presupuesto asignado bajo la subordinación de un despacho de este tipo.
- Como elemento principal de la independencia y la autonomía es fundamental que la agencia le haga seguimiento a los estudios que socialice, estableciendo el impacto que con ellos obtiene.

## 1.2 Presentación estructura orgánica del NICE (Mesa N. 5 Dra. Ana Criado)

La Dra. Ana Graciela presenta la estructura y funciones generales que tiene el NICE en el Reino Unido. Por su parte, el Dr. Hernando Gaitán asegura que si bien el ejercicio es importante, Colombia debe estudiar más a profundidad el modelo alemán de agencia de evaluación de tecnologías, en dicho país también funciona un modelo de aseguramiento en salud como el nuestro. (Ver anexo 2)

### 1. Segunda Parte (presentaciones)

Durante esta parte de la sesión de trabajo del día martes, cada una de las mesas expuso la propuesta final de la mesa sobre el organismo técnico de evaluación de tecnologías sanitarias en Colombia, tales presentaciones se resumen de la siguiente manera.

#### Mesa 5 (Agencia Colombiana) (Ver anexo 3)

- Con una agencia par internacional
- Área de dispositivos e insumos con centros de investigación avalado por Colciencias
- Naturaleza privada

#### Mesa 2 (Ver anexo 4)

- Autonomía fundamental
- Con organismo directivo que tiene director ejecutivo
- Es fundamental la independencia del organismo, el resto de organismos del sistema serian solo usuarios.
- En cuanto a naturaleza (Vacca) en cualquiera de los escenarios hay pros y contras. Se deben tener en cuenta las limitaciones y sesgos. En ese sentido un organismo mixto mitigaría los sesgos, dado que los estudios y documentos no pueden ser refutables.

#### Mesa 1 (Ver anexo 5)

- En cuanto a la estructura y naturaleza es importante establecer el grado de articulación y armonización con las aseguradoras en salud.
- Algo importante de resaltar en el modelo alemán es que la agencia de evaluación de tecnologías está financiada por las aseguradoras (en salud), esto garantizaría sostenibilidad pero habría que proteger la independencia del organismo.
- Sin embargo se resalta en la propuesta de esta mesa que el organismo sea un ente del estado, altamente técnico y blindado a devenires políticos.
- Con presupuesto general de la nación y nómina propia.

#### Mesa 4 (Ver anexo No. 6)

- Se propone que se llame Agencia Colombiana de Evaluación de Tecnologías.
- Con capacidad para hacer evaluaciones propias.
- Es importante que se establezca que en lo que se refiere Eficacia, seguridad y calidad son asegurados por otros actores del sistema, este organismo no tendría que afrontarlos.
- El organismo afrontaría sin embargo diferentes tipos de estudios.

#### Mesa 3 (Ver anexo No. 7)

- Componente de naturaleza mixta
- Con rectoría de MPS
- Con mesas de priorización de necesidades
- El grupo tres presenta dos propuestas de estructura, en donde el sistema de Evaluación de tecnologías estaría incluido dentro del SGSSS.
- La razón de ser del sistema de la Evaluación de tecnologías, es equilibrar las fuerzas del sistema con la información que se logre.

#### **Comentarios coordinador mesas**

- En términos generales se ven gran consenso en que el organismos asuma su función de manera nacional, para todo el país

- Así mismo sus resultados no sólo deberían ser insumos para modificar el POS si no cualquiera de los planes de beneficios que tiene actualmente el sistema.
- Los resultados de las investigaciones del organismo deben ser elemento para la toma de decisiones técnicas en el sector.

## Definiciones

El coordinador de la mesa, solicita al grupo abordar una serie de definiciones por parte de cada una de las mesas;

1. “Es un proceso multidisciplinario que resume la información acerca de los aspectos médicos, económicos sociales y éticos relacionados con el uso de las tecnologías sanitarias de una manera sistemática, transparente no sesgada y robusta. Su intención es informar la formulación de políticas seguras y efectivas en salud, que estén centradas en el paciente y en la obtención del mejor valor (INATHA)
2. Proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social. (NICE)
3. La evaluación de la Tecnología en Salud es un proceso continuo que consiste en la recolección de información de carácter legal, técnico, científico, económico, social, cultural, etc., con el fin de verificar y medir los diferentes aspectos que involucra, su situación inicial y los efectos en términos de conveniencia de empleo, respecto a los resultados y beneficios que se producen en el tratamiento de las patologías para las cuales ésta es aplicada. (NICE)
4. Brasileira: La evaluación de tecnología en salud, es un amplio proceso por medio del cual son evaluados los impactos clínicos, sociales y económicos de las tecnologías en salud, considerándose aspectos como eficacia, efectividad, seguridad, costos, costo - efectividad, entre otros. Su objetivo principal es auxiliar a los gestores de salud en la toma de decisiones en relación a la incorporación de tecnologías de salud. son tecnologías en salud medicamentos, equipos y procedimientos técnicos, sistemas organizacionales, educacionales, de información y de soporte y los programas y protocolos asistenciales, por medio de los cuales se presta atención y cuidados a la salud de la población.

## SEGUNDA PARTE DE LA MESA

1. Plan de evaluación de tecnología y su relación con los Planes de Beneficio

El coordinador de la mesa propone una discusión basada en la priorización de las tres variables fundamentales en cuanto a sistemas de salud se refiere; Salud, protección financiera y respuesta a las expectativas de servicio.

- Dra. Marta Ospina; Asegura que se quiere referir solamente al respecto de la prestación de servicios de salud (los extremos de la curva en las graficas – Ver anexo)

No. 8). El POS en Colombia no excluye patologías. Hay que eliminar elementos obsoletos del POS. Pero lo más crítico es lo correspondiente al no POS. Esta es un proceso que aun no tiene un análisis profundo ni una caracterización del fenómeno. No hay modelación del recobro. Para ello es necesario que exista alguien que modele y observe lo no pos. (Ver anexo No. 9)

- Dr. Napoleón Ortiz; Es importante que desde el principio el sistema de evaluación de tecnologías tenga en cuenta todos los elementos del SGSSS, no sólo planes de beneficio si no temas de salud ocupacional también.
- Dra. Inés Elvira Ordoñez; La Evaluación de tecnologías es una herramienta de evaluación básica en lo que se refiere al POS.
- Dr. Guillermo Córdoba; Asegura que hay que tener en cuenta que no solo se tiene un plan de beneficio. Hay una serie de subcuentas que deben observarse en este sentido. Por su parte lo no POS, no es atendido en ninguna de esas subcuentas ya que están haciendo presión sobre el Fosyga y deben gestionarse como un subsistema con todo lo que eso implica para efectos de los planes.
- Dr. Juan G. López; pregunta, “¿hacia dónde se debe dirigir la discusión debido a la amplitud del sistema?”. ¿Cuál es el papel de la evaluación de la tecnología en términos de los planes de beneficios? (POS y NO POS)
- La Dra. Inés Elvira Ordoñez, asegura que el 85% de los recobros son para tecnologías nuevas. Realmente el POS no está actualizado porque los recobros están llegando demasiado altos. Hay que actualizarlo en la medida que le faltan muchas inclusiones.
- Respecto al particular la Dra. Claudia Guevara aclara las funciones que tiene la CRES que ya están previstas en la Ley 1122 de 2007. Así mismo asegura que la CRES está adelantando un proceso contractual para obtener la asesoría para que un tercero ayude a establecer de manera técnica y objetiva la mejor metodología para la actualización del POS, entre otros aspectos.
- En ese sentido el Dr. López pregunta ¿cuál es el mayor y real problema del POS?

A lo cual se responde:

- El pos no tiene regulación de oportunidad y de listas de espera
- Se tendrían que revisar enfermedades crónicas de alto impacto.
- El POS está definido, pero muchos usuarios lo consideran como una imposición. Muchos de estos usuarios reclaman lo no POS. No aceptamos el POS, generando el segundo gran problema del sistema; un grave desequilibrio financiero.
- Hay que partir de un punto cero, actualizando el plan de beneficio.
- Debe ser revisado el tema de las enfermedades huérfanas, lo cual es una responsabilidad directa del MPS. Para lo cual se va a tener que diseñar otro sistema para prestación en este sentido, en donde la evaluación de tecnología sea una herramienta fundamental para este tema.
- Según Juan G. López, la actualización del POS es una tarea de la CRES. Sin embargo hay que buscar cierta participación comunitaria. (de acuerdo con una metodología que se

defina a futuro). En lo que se refiere al no POS, este es un tema de responsabilidad directa del MPS y en particular de Salud Pública. No obstante para toda discusión hay que estimar los tres grandes ámbitos de la evaluación de tecnología; la situación en salud, los planes de beneficios y la prestación del servicio como tal (aseguradores-prestadores).

- No se pueden centrar todas las esperanzas en la gestión de los planes con la evaluación de tecnologías. Si bien las evaluaciones de tecnologías deberían estar en los dos campos, en lo POS y en lo no POS, la evaluación de tecnología no debería ser la única herramienta para reformar o actualizar los planes de beneficios en general.
- Dr. Hernando Rodríguez; La relación es clara entre los planes de beneficio y la Evaluación de tecnología. Sin embargo es importante revisar el modelo de salud sobre la importancia de la promoción, pues sobre ella recae el mayor porcentaje en reducción de mortalidad en el mundo y es en lo que menos se invierte.
- Dr. Miguel Vacca; La principal preocupación es que se están planteando los planes de beneficios desde un enfoque meramente económico. Esto debe ser visto en términos de "desenlaces" en salud.
- Juan Gonzalo López; Todo plan de beneficios debe responder a una situación de salud. Lo cual debe ser aprendido e introyectado por todos. En este sentido los planes de Beneficios deben dar respuesta al mayor grado posible de sucesos en salud. En ese sentido el plan de beneficios está validado en la medida que responda al sistema y a la atención.

#### Anexos Adicionales

1. Health Technology Assessment Handbook 2007 - Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health.
2. Graficas Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Normatividad y generalidades, Situación en América Latina frene a Evaluación de Tecnologías en Salud.
4. Measuring Efficiency in Health Care - Cambridge University Press.

## **4. Mesa de Financiamiento**

**Coordinador:** Javier Ramírez (Investigador Universidad Javeriana)

**Secretario Técnico:** Anwar Rodríguez (Asesor Ministerio de la Protección Social)

### **Resumen de los Planteamientos**

#### **INTRODUCCIÓN**

Las Mesas Temáticas para el Proceso de Reforma al Sistema de Salud se crearon como espacios de discusión técnica entre actores del sistema sobre temas cruciales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de obtener recomendaciones acerca de cómo guiar las acciones de política. En este sentido, los objetivos de la Mesa de Financiamiento eran, en primer lugar, identificar los factores y problemas que tienen un mayor impacto sobre la sostenibilidad financiera del sistema, en segundo lugar, priorizar estos aspectos y, finalmente, proponer y evaluar la viabilidad de posibles soluciones al respecto.

La mesa de financiamiento fue un paso más adelante al reconocer la iniciativa y gestión del Congreso de la República y el Ministerio de la Protección Social para reunir a todos los agentes del sistema e instaurar un proceso deliberativo de diagnóstico, discusión y análisis de soluciones en un escenario de reforma a la salud. Sin embargo, los participantes de la Mesa fueron enfáticos en la importancia de darle continuidad a este proceso, al tiempo que llamaron a los participantes del proceso de reforma a utilizar las recomendaciones que surgieron de esta, y las demás mesas de trabajo, como insumo para la reforma al Sistema de Salud.

#### **1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN**

En primer lugar es claro que al hablar del financiamiento del sistema de salud se está haciendo mención tanto a servicios individuales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) como a servicios públicos y colectivos que hacen parte de un esquema más amplio de atención que incluye aspectos de promoción y prevención y de salud pública. En este sentido la coordinación entre lo que se quiere y lo que se debe financiar es fundamental ya que las superposiciones entre la atención individual y las políticas de atención colectiva no deben implicar un uso ineficiente de los recursos que se traduzca en una duplicación del gasto sin mayores ganancias en términos de calidad ni mejores resultados en los indicadores de salud de la población.

En la actualidad existen muchos estudios y una multiplicidad de cifras diferentes en cuanto a las fuentes y usos de recursos del SGSSS. De entrada, este es uno de los principales problemas del sistema ya que al no conocerse cifras oficiales del sector se hace supremamente más difícil

realizar estudios técnicos y académicos en cuanto a la sostenibilidad de mediano y largo plazo del sistema.

No obstante, antes de entrar a discutir acerca de los principales problemas de financiamiento se hizo un breve resumen de cuáles son las principales fuentes del sistema<sup>3</sup> y se presentaron algunas cifras que ayudan a contextualizar y proporcionar un orden de magnitud de las mismas. En resumen, el Régimen Contributivo (RC) se financia a través de 12.5% (menos 1.5% de solidaridad) del salario de los trabajadores formales, copagos y cuotas moderadoras, así como de las contribuciones de los Regímenes Especiales (ES). Los recursos del Régimen Subsidiado (RS) provienen del Sistema General de Participaciones (SGP), de los aportes solidarios (*pari-passu*) y de los recursos propios de las entidades territoriales (municipios, departamentos y distritos). Adicionalmente, las cajas de compensación aportan para la cofinanciación del RS. En cuanto a la Población Pobre no Afiliada (PPNA) los recursos provienen del SGP y de los recursos del orden departamental. Finalmente no hay fuentes de financiación claras para cubrir los gastos de lo No-POS.

Así, según cifras de ACEMI, la prestación de servicios de salud y actividades conexas movilizó, durante el año 2009, recursos por \$36.7 billones de pesos, lo que equivale aproximadamente a 7.7% del PIB. Estos recursos se destinaron a la atención de la población afiliada en los regímenes contributivo, subsidiado y a regímenes especiales y a la atención de las personas no afiliadas. En el primer caso se registraron ingresos por \$11.4 billones de pesos mientras que los egresos alcanzaron un monto de \$11.9 billones (incluyendo los \$1.7 billones por concepto de los recobros No-POS). Los recursos destinados a la afiliación de la población al RS alcanzaron un registro de \$7.4 billones, incluyendo transferencias de la Nación y los entes territoriales, así como transferencias y excedentes del FOSYGA (subcuenta de solidaridad) y transferencias de la subcuenta ECAT. Los recursos que se destinan a la atención de la población afiliada en RE ascendieron a \$2.3 billones. Finalmente, los recursos para la PPNA fueron cercanos a los \$2.9 billones de pesos.

Otros rubros como atender los gastos de enfermedades laborales, accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las actividades de salud pública representan cerca de \$3.5 billones, mientras que los gastos privados que las personas hacen en planes adicionales de salud y gastos de bolsillo en medicamentos y otras actividades representaron aproximadamente \$7.8 billones.

#### **a. Principales problemas**

Uno de los problemas de financiamiento del SGSSS está relacionado con el incremento desmedido de los recobros de medicamentos (principalmente), procedimientos y tratamientos que no están contenidos dentro del POS. De hecho, los participantes mencionaron que si continúa la tendencia de los últimos dos años los recobros podrían alcanzar \$2.4 billones de pesos en 2010, de los cuales más del 85% corresponderían a

---

<sup>3</sup> Marco normativo: Ley 100 de 1993, Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Ley 1393 de 2010.

medicamentos. Adicionalmente, los excedentes de la subcuenta de compensación se han ido agotando, con lo que se pone en duda la disponibilidad de recursos para cubrir lo No-POS en el futuro inmediato (2011). Así el principal problema estaría relacionado con la financiación de lo no incluido dentro del plan de beneficios. No obstante, es claro resaltar que se debe diferenciar claramente entre el problema de lo No-POS del RC y lo No-POS del RS, ya que en el primer caso se hace referencia a medicamentos y procedimientos que están por fuera del plan de beneficios, mientras que en el segundo caso se hace referencia a los procedimientos de mayor grado de complejidad que están incluidos en el POS-C pero que no hacen parte del POS-S. En este sentido, sería supremamente importante evaluar en qué se están gastando estos recursos para de esta forma garantizar un mayor control sobre los mismos, ya que, por ejemplo, en la actualidad se están recobrando medicamentos que no hacen parte de la primera línea de atención y que se encuentran en fase experimental sin tener en cuenta su efectividad.

Lo anterior significa que otro de los problemas principales para la sostenibilidad financiera del sistema lo constituye la unificación de los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo de acuerdo con las órdenes de la sentencia T-760. Con lo cual se consideró que era importante conocer con mayor detalle la propuesta de unificación del Gobierno así como las propuestas sobre el financiamiento global de los sistemas incluidos en los proyectos de ley presentados en el Congreso.

Por su parte, el tema de la unificación de planes de beneficios supone varios problemas por el lado del financiamiento. En primer lugar es necesario evaluar cual es el POS financiable y luego analizar cómo se va a llevar a cabo la financiación de la unificación de planes para toda la población. Los participantes de la mesa resaltaron la necesidad de mantener recursos para cubrir los gastos derivados de atender la PPNA (recursos de oferta) ya que en la transición hacia la universalización y la unificación de los planes la red pública de hospitales quedaría expuesta a la reducción de recursos en la medida en que éstos se transforman para cubrir la demanda.

Por otro lado, el tema del contenido del POS y la suficiencia de la UPC fueron otros problemas que se discutieron en detalle. En efecto, aunque el tema del contenido del POS está directamente relacionado con el tema de los recobros, es claro que actualizar la lista de medicamentos y procedimientos no eliminaría el problema como un todo. Los planes de beneficios deben incluir estándares de calidad, tiempos de atención y tecnologías para evitar que los recursos se destinen a financiar otras contingencias. En cuanto al cálculo de la UPC, se resaltó que en la medida en que se sigan cargando gastos que no tienen que ver con el contrato de aseguramiento, los recursos destinados a la UPC no van a ser suficientes para financiar la demanda de los usuarios. Lo anterior tiene que ver con el hecho de que, a raíz del incremento en los recobros, se ha desplazado el gasto destinado a cubrir el contenido del POS para cubrir estas contingencias. Finalmente, también se mencionaron aspectos técnicos en el cálculo de la UPC que no permiten que esta capture correctamente los costos de asegurar a un individuo ya que, por ejemplo, no se tienen en cuenta los esfuerzos patrimoniales de las EPS al

tiempo que el cálculo actuarial se encuentra desfasado debido al retraso en el reporte de la información de los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios (RIPS).

La estructura institucional del FOSYGA y los fondos locales, el flujo de recursos, la multiplicidad de fuentes y la complejidad del entramado financiero del sistema fueron otros de los principales problemas que mencionaron los asistentes a la primera jornada de discusión. De hecho, la dispersión de fuentes, las deudas de los entes territoriales con las EPS, las deudas de las EPS con las IPS y el desfase temporal que existe entre lo que paga la EPS para cubrir los gastos de los recobros y el giro de estos recursos por parte del Estado, han generado problemas de liquidez para algunas de las entidades que hacen parte del sistema. Adicionalmente, las glosas y los demás procesos administrativos dificultan la transmisión de los recursos dentro del sistema. Finalmente, existen algunas fuentes que no se están cumpliendo en el caso de los entes territoriales y en los últimos años se han utilizado algunas fuentes diferentes para cubrir faltantes.

Finalmente, se hizo una mención explícita sobre la importancia de controlar el tema de la evasión y la elusión de las cotizaciones en el Régimen Contributivo ya que por esta vía individuos que deberían contribuir al sistema no lo estaban haciendo, a su vez que individuos de mayor capacidad de pago estaban realizando contribuciones que no capturaban su nivel de ingresos y su capacidad de pago y estaban gozando de los beneficios del RC.

## **2. SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS**

De acuerdo con la dinámica de funcionamiento de la Mesa, en la cual se presentaron documentos técnicos de los gremios, las universidades y los entes territoriales, y se tuvo en cuenta la opinión de los asistentes, se considera que las presentaciones y la discusión de ellas se pueden sintetizar en los siguientes elementos sin que el orden de su presentación implique elementos de priorización e importancia de cada uno de ellos para las recomendaciones.

### **a. Algunas propuestas del Gobierno**

El modelo de política pública en salud que busca establecer el Gobierno, en general, y el Ministerio de la Protección Social, en particular, está orientado a garantizar la sostenibilidad del sistema, hacerlo más equitativo y aumentar su calidad. En este sentido, el modelo de aseguramiento sigue siendo la piedra angular del sistema, aunque es claro que se necesita más de la presencia del Estado (rectoría) para cerciorarse de que no se sigan desviando los recursos del sistema de aseguramiento al cubrimiento de otros servicios de salud (vigilancia y control).

Lo anterior en últimas se traduciría en un mayor impacto en términos de beneficio para el usuario ya que aumentaría la suficiencia de la UPC y ayudaría a limitar la frecuencia y el costo de los recobros al sistema. Adicionalmente, aunque la actualización del POS es clave para solucionar el tema de lo No-POS, es necesario realizar otras estrategias para lograr una salida

a este problema, que, en el fondo, termina siendo un problema de equidad, ya que alrededor de 500 mil individuos se están apropiando \$2.4 billones de pesos. De tal forma, una solución integral tendría que partir de la racionalización de los recursos y la flexibilización de otras fuentes de ingresos del sistema. Con un porcentaje racional no muy alto de financiación se podría cubrir aproximadamente la mitad de los recobros (en frecuencia) y de tal forma se empezaría a limitar el crecimiento desorbitado de lo No-POS.

Por otro lado, sería interesante revisar el papel de los entes territoriales (municipios y departamentos) dentro del sistema en un escenario de universalización y unificación de planes de beneficios. En primer lugar, una posibilidad para organizar el uso de los recursos del Régimen Subsidiado (RS) durante el periodo de transición podría ser des-municipalizar su manejo, aunque creando convenios interadministrativos para que se ajusten los recursos sin menoscabar la competencia de los municipios. En segundo lugar, se deben establecer políticas para que los departamentos y municipios se comprometan con la unificación pero teniendo en cuenta que tienen que transformar de manera gradual parte de los recursos destinados a la oferta a atender la demanda de la población. Lo anterior es fundamental en un escenario de portabilidad; los servicios de la salud se deben garantizar en un ámbito supra-municipal a lo largo del territorio nacional.

#### **b. Propuestas de los participantes**

En la mesa de financiamiento surgieron tres enfoques diferentes para solucionar los problemas enunciados anteriormente. En primer lugar, hubo un grupo de participantes que planteó que los principales problemas del sistema se podrían solucionar manteniendo las reglas de juego y la configuración actual del sistema pero adelantando un conjunto de reformas que hicieran más eficiente el manejo de los recursos, tanto dentro del Régimen Contributivo como dentro del Subsidiado. En esencia lo que se propuso fue mejorar y facilitar el flujo de los recursos pero sin alterar las competencias y responsabilidades de los principales agentes del sistema. Las principales reformas estarían dirigidas a unificar fuentes a nivel nacional, siempre y cuando esta fuera posible sin menoscabar la descentralización y el papel de los entes territoriales dentro del sistema, para agilizar el flujo de recursos.

Un segundo grupo de participantes expuso la necesidad de adelantar cambios en la estructura del sistema con el objetivo de eliminar la segmentación poblacional en regímenes con reglas de financiamiento distintas y con planes diferenciales y crear un sistema de financiación único en la medida en que se van unificando los planes de beneficios. Es decir, la idea pasaba por la inconveniencia de mantener una cantidad de fuentes dispersas para financiar regímenes que en esencia van a terminar cubriendo las mismas contingencias y los mismos beneficios. Así, para garantizar sostenibilidad en el mediano y largo plazo hubo consenso entre quienes defendían esta postura en la necesidad de pensar esquemas de sustitución de fuentes. Incluso se planteó la posibilidad de sustituir, paulatinamente, las contribuciones de los trabajadores como eje fundamental del sistema para reemplazarlas por recursos provenientes de la tributación general. Esta solución está relacionada con el hecho de que las contribuciones a la

nómina son una barrera para la creación de puestos de trabajo formal, lo que en últimas termina limitando la base de aportantes en el sistema y poniendo en riesgo la sostenibilidad del mismo. La idea del financiamiento sobre la base de impuestos es reconocida por su progresividad en términos de la generación de los recursos pero es criticada por sus aplicaciones en la estructura de los gastos por cuanto en las asignaciones específicas y las rivalidades con otros gastos como seguridad, defensa, educación, infraestructura etc.

Por otro lado, se planteó reformular el sistema hacia uno centrado en la Atención Primaria en Salud (APS), donde el derecho a la salud no esté atado a la capacidad de pago. En este esquema sería necesario formular nuevas políticas de seguridad social para garantizar la universalización con focalización. Bajo esta alternativa de funcionamiento del sistema de salud los entes territoriales jugarían un papel fundamental ya que el sistema estaría articulado a través de los municipios dentro de una política nacional de APS. Si bien en este punto se presentaron varias divergencias, los participantes fueron enfáticos en resaltar que en principio un esquema basado en la APS no sería contradictorio con un esquema de aseguramiento. Incluso se mencionó que centrar el concepto de atención primaria como el mecanismo a través del cual el médico general tiene un enfoque de identificación de riesgos y articularlo con las entidades territoriales podría dar un muy buen resultado.

Finalmente, se resaltó la necesidad de procurar la sostenibilidad de la red pública de hospitales como un tema transversal dentro de las soluciones anteriormente expuestas. En este sentido, se deben mantener los recursos de oferta para asegurar la sostenibilidad de los hospitales públicos en aquellos ámbitos en los que los ingresos y los gastos del sistema no están balanceados y en los casos en los que dependen de la prestación de los servicios médicos.

### **c. Viabilidad de las Propuestas**

Una vez discutidos las principales soluciones para los problemas se discutió la viabilidad de los mismos, partiendo del hecho de que para que la unificación de los recursos funcione es fundamental que exista claridad entre competencias y recursos de los niveles nacional y territorial y que existen ciertas inflexibilidades legales, por ejemplo la ley 715 y las ley 1393, que podrían convertirse en razones para quienes consideran que la unificación de los planes pone en riesgo el desarrollo de las competencias de los departamentos. Así es claro que definir qué estaría a cargo del Gobierno Nacional y qué a cargo de los departamentos y municipios sería el primer paso hacia lograr dicho objetivo. Adicionalmente sería necesario sanear las finanzas de los hospitales públicos y las EPS del Régimen Subsidiado para evitar que el lastre que cargan estos organismos termine perjudicando la sostenibilidad del sistema. Por otro lado, sería adecuado reformar la contratación con la red pública de hospitales y limitar la integración vertical en las EPS ya que esto podría disminuir la competencia.

Por su parte, también es claro que la solución a los problemas no se reduce simplemente a introducirle más recursos al sistema. Se requiere de un diseño financiero que tenga un

mecanismo que amarre los recursos a sus diferentes usos así como de mecanismos de evaluación de impacto del gasto en salud para lograr una utilización eficiente de los recursos existentes. . En cuanto al tema de lo No-POS, es importante clarificar cuáles van a ser los recursos, de dónde van a salir y cuáles van a ser las competencias de los diferentes actores del sistema para atender este problema mientras se da la unificación

Otro tema de mucha importancia para asegurar la viabilidad de las soluciones sería garantizar la existencia y disponibilidad de información financiera acerca del sector salud. La información es un insumo fundamental para hacer cualquier cálculo de sostenibilidad, ante lo cual se debería definir un sistema de información oficial, claro y organizado que permita soportar las decisiones de política pública. Esta sería una labor del Ministerio de la Protección Social, quien a su vez debería generar el conjunto de normas para que todos los agentes del sistema tengan la obligación de reportar la información necesaria para construir diferentes tipos de indicadores que permitan evaluar la eficiencia y sostenibilidad del gasto. Esta debería ser una absoluta prioridad en el caso del Régimen Subsidiado.

Finalmente, a pesar de que la unificación de fuentes fue uno de los puntos alrededor de los cuales hubo consenso entre los participantes, se mencionó, de manera enfática, que para unificar los recursos en una sola bolsa es necesario adelantar una reforma política para desmontar lo que ya está establecido en el SGP. De tal forma, esta sería una propuesta muy poco viable políticamente. Para solucionar este problema se propuso crear un fondo único pero manteniendo las dos cuentas existentes actualmente para definir correctamente (de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en la legislación vigente) las fuentes y usos de los recursos.

### **3. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA**

La última sesión de la mesa de financiamiento giró alrededor de la elaboración de las recomendaciones de política. Sin embargo, es importante mencionar que el punto de partida de las recomendaciones tiene que ver con el hecho de evitar la duplicidad del gasto en aquellas ocasiones en las que existen intersecciones de las políticas públicas.

El primer grupo de recomendaciones estuvo encaminado hacia garantizar la suficiencia de los recursos del sistema de aseguramiento. En este sentido, unificar planes sería viable siempre y cuando se acaben con las contingencias y las condiciones específicas, pero sin cambiar la composición de fuentes. De tal forma, para hacer sostenible al sistema en el largo plazo es necesario evaluar cuales son los incentivos que genera el sector salud sobre el mercado laboral y de la estructura tributaria en general con el objetivo de transformar un sistema basado en las cotizaciones y en segmentaciones de población a uno integral basado en los impuestos generales. Adicionalmente se sugirió estudiar con mayor profundidad la posibilidad de sustituir fuentes para simplificar el diseño financiero del sistema de manera que se logre la sostenibilidad en el tiempo en concordancia con la estructura económica general, el mercado laboral y la tributación y el gasto publico. Se considera que modificar una

parte de las fichas del financiamiento tiene implicaciones sobre las otras y no se trata de hacer una colcha de retazos de fuentes y aplicaciones de recursos sino de aprovechar estas ideas para hacer un diseño financiero más consistente y estable en el tiempo en donde los criterios de equidad en el financiamiento y eficiencia en el gasto sean incorporados como criterios orientadores.

No obstante, vale la pena mencionar que dentro de este grupo de recomendaciones se identificaron algunos matices. En particular se resaltó que se debían mantener las consideraciones específicas para mantener transferencias a algunos hospitales de la red pública ya que en algunos municipios del país estos son los únicos que hacen presencia. Con esto en mente, no se podría transformar toda la oferta en demanda. En todo caso, la UPC debe reflejar bien la demanda de intervenciones

Por otro lado, surgieron diferentes posturas en cuanto a la administración del sistema. Un grupo de los asistentes recomendó que lo mejor para garantizar la sostenibilidad del sistema y las buenas prácticas de gestión sería conveniente administrarlo a nivel central y unificado. De esta forma, juntar los recursos en una caja única ayudaría a mejorar tanto el flujo como la eficiencia de los recursos para mejorar la gestión financiera de los recursos. Por otro lado se mencionó que la administración debía continuar como un esquema descentralizado en donde la APS ejecutada por los entes territoriales podría ser un buen esquema de identificación de riesgos y manejo de contingencias.

Un segundo grupo de recomendaciones estaba encaminado a solucionar el tema de la unificación de planes de beneficios. En general hubo un mayor grado de consenso en este aspecto ya que fuera de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la igualación de planes es una de las principales herramientas para mejorar la calidad y la equidad dentro del sistema. Así, con los recursos disponibles hoy en día sería factible un proceso de unificación. Sin embargo, para que el proceso sea responsable y autofinanciable debería marchar por el lado de las entidades territoriales, quienes deben apostarle a este proceso para mejorar el acceso de la población a servicios de calidad, equitativos que estén disponibles en todo el territorio nacional.

Finalmente, el último grupo de recomendaciones estaba orientado a racionalizar y aterrizar el rol de la Atención Primaria en Salud dentro del sistema. En general, es de destacarse que por primera vez se incorpora el tema de cómo financiar la APS y cómo incorporarla dentro de un esquema de seguros. Cómo se mencionó anteriormente, la articulación municipal de la APS permitiría a los médicos identificar, gestionar y manejar el riesgo de manera adecuada. No obstante, es claro que esta es una responsabilidad más amplia de todos los agentes del sistema.

En cuanto a la financiación, los participantes de la mesa fueron claros en afirmar que los recursos están pero que ha hecho falta voluntad de los agentes para generar un esquema de coordinación eficiente. Incluso se mencionó que, no solo sería necesario el esquema de

integración sino que hace falta un tema de generación de recursos que dé herramientas más claras para los comités de APS. Teniendo en cuenta lo anterior, los recursos deberían provenir, en mayor medida, de fuentes públicas y de la cofinanciación de algunas otras políticas públicas. Así, la mayor parte de los recursos provendrían del SGP y de las entidades territoriales, aunque podría ser interesante estudiar la opción de ligarlos con el sistema de financiamiento del aseguramiento a través del aporte del 10% de la financiación del seguro. En forma complementaria se consideró que no hay “almuerzo gratis” y que es necesario clarificar a través de la definición de programas e inversiones específicas el desarrollo de la Atención primaria en Salud para salir de las generalidades asociadas a la necesidad de coordinar acciones entre los programas gubernamentales y del sistema de protección social. En tal sentido hay que clarificar de mejor manera el tipo de inversiones y el tipo de financiamiento para las mismas. Aún en el caso de los procesos de coordinación, estos tienen costos.

## **Relatoría**

### **MESAS TEMÁTICAS – PROCESO DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD**

#### **FINANCIAMIENTO**

##### ***Sesión 1: 21/09/2010***

Presentación de asistentes:

1. Libardo García – Representante a la Cámara del departamento del Magdalena
2. Claudia Rojas – Despacho de Viceministra de Salud
3. Teresita García – Senadora de la comisión 7
4. Giovanni Torres – Asesor del representante
5. Guillermo Santos – Senador
6. Nelcy Paredes – Vicepresidenta de ACEMI
7. Marta de Pinillos – Compensar
8. Elisa Torrenegra - Gestarsalud
9. Aura Poveda – Municipio de Cundinamarca
10. Armando Sabarain – Representante del Atlántico
11. Egedio Muñoz – Universidad del Valle
12. Julio Cesar Guzmán – Representante Luis Fernando Ochoa
13. Maria Victoria Salazar – Acopen (usuarios)
14. Luis Guillermo Vélez – Cuenta de alto costo
15. Adriana Avila – Cres
16. Representante
17. Luis Ernesto Flórez
18. Vladimiro Estrada – director financiero de la secretaría de salud
19. Maria Cristina Niño
20. Constanza
21. Carme e Dávila

- 22. Jose Soto
- 23. Liliana Giraldo – Feceazar
- 24. Caprecom
- 25. Asosora de Dilian
- 26. Maria villamil – Cepal
- 27. Claudia Rivero – Supersalud
- 28. Carolina Lara

Muchos componentes del sector, que van desde agentes muy específicos, desde prestadores de servicios hasta tomadores de decisiones de públicas

**Metodología:**

- Financiamiento: abarca muchos temas
  - ¿Qué se quiere financiar? Servicios individuales y Servicios públicos y colectivos
  - Coordinación.
- Día 1
  - Valoración de los problemas
  - Priorización social de los problemas
  - Hacer explícita la percepción de los problemas de financiamiento desde el ámbito que representa cada participante
  - De lo particular a lo general
    - Generación de los recursos
    - Asignación de los recursos
    - Uso de los recursos
  - Financiamiento:
    - Equilibrio entre la generación de recursos y las aplicaciones
    - Cómo estos equilibrios se hacen sostenibles en el tiempo
  - Determinar la magnitud de los problemas que se han hecho explicitos dentro del sistema
  - Ordenar y priorizar los problemas
- Días 2 y 3:
  - Ordenar y priorizar los problemas
  - Exploración de soluciones

**Elisa Torrenegra:** Brindar un conocimiento de los usos y las fuentes del sistema

**Jaime Ramírez:** Sesión más libre para discutir. Documentos de referencia.

- Las cuentas de salud de Gilberto Barón
- Sistema de cuentas nacionales satélites del Dane

Muchos estudios y muchas cifras diferentes. Esto hace parte del problema del sistema ya que no se conocen cifras oficiales

Recursos RC: 12.5% (menos 1.5% de solidaridad) del salario y copagos y cuotas moderadoras.  
Regímenes especiales

Recursos RS: SGP, aporte solidario, *pari passu*, recursos propios del orden municipal y en algunos casos departamental. Distritos se comportan como municipios y departamentos.  
Aportes de las cajas de compensación para la cofinanciación del RS

Población pobres no afiliada: SGP, recursos del orden departamental.

Fuentes de financiamiento de lo No pos no son muy claras

Marco normativo: ley 100, ley 60, ley 715, ley 1122, ley 1393

Financiamiento en el sentido amplio

**Martha de Trujillo:** recomendaciones de la metodología. Lluvia de ideas, trabajo en grupos...

**Jaime Ramírez:** en la primera sesión es mejor trabajar en plenaria para tener una idea global de los problemas de financiamiento. Si se quiere presentar algún trabajo estructurado se podría incluir en la agenda de los días.

**Aura Poveda:** incluir los temas de SOAT y ECAT. Salud pública y manejo de la atención primaria en salud

**Nelcy Paredes.** Cómo empezar esa lista de problemas sin antes mencionar las cifras y los estudios del sistema. Presentar los principales problemas del sistema de fuentes y usos.  
Estado del arte del sistema

Presentación NELCY PAREDES (documento muy bueno de ingresos y gastos del sistema para 2009)

- No correspondencia entre los recursos de la ley 715 y las demandas por servicios de los usuarios
- Reclamaciones por CTC han sido mayores que las de las tutelas
  - Un grupo de medicamentos
  - Concentrado en un grupo muy pequeño de personas

**Nelcy Paredes:** diferenciar claramente entre el problema de no pos del contributivo y del subsidiado. Es una problemática muy distinta

**Jaime Ramírez:** ley 100 (artículos 162) POS: están cubiertas todas las patologías sin embargo no todos los servicios ni tecnologías.

**Elisa Torrenegra:** el problema del no pos no puede reducirse a un tema de coger recursos de las otras bolsas.

¿Vamos a seguir financiando lo no-pos?

## **Sesión 2: 22/09/2010**

Breve presentación de los problemas que se discutieron ayer.

### **Nelcy Paredes:**

Ejercicios de universalización y unificación de los planes de beneficios teniendo en cuenta diferentes niveles de UPC (barranquilla, UPCs, UPCc)

La población no cubierta se estima alrededor de 2.6 millones

En 2010 los recobros podrían representar casi 2.4 billones de pesos

Fundamental reestructurar fuentes para juntar las que son factible unir las a nivel nacional y manejar el tema del no pos.

### **Mario Hernández:**

Resultado de una discusión que se ha presentado de manera amplia entre académicos, usuarios, agentes del sistema, etc.

Pensemos el modelo de manera diferente.

1. ¿Por qué es inconveniente el sistema actual?
  - a. Fragmentación y desigualdades injustas (inequidad). Una mujer del RS en Bogotá tiene el doble de probabilidad de morir
  - b. Concentrar recursos
  - c. Débil visión de largo plazo. Promoción y prevención. No a la visión de prestadores compitiendo entre sí.
  - d. Destrucción de capital social de instituciones públicas y deterioro de las comunidades
  - e. Precarización del trabajo
  - f. Viabilidad financiera de continuar con cotizaciones e impuestos separados
2. Alternativas
  - a. Derecho no atado a la capacidad de pago
  - b. Necesario reformar políticas de seguridad social
  - c. Universalización con focalización (discriminación positiva)
  - d. Financiación mixta per integrada para garantizar solidaridad
3. Nuevo pacto social
  - a. Fondo publico único con integración de cotización
  - b. Administración descentralizada
  - c. Cotizaciones
4. Articulaciones
  - a. Sistema integrado de información en salud
  - b. Participación vinculante
  - c. Inspección, vigilancia y control
  - d. Ciencia y tecnología en salud

- e. Formación de personal
- f. Talento humano en salud

**Catalina Gutiérrez:**

Propuesta centrada en eliminar los incentivos perversos que existen en el sistema de salud

**Aura Poveda:**

Impacto de la ley 1393 sobre la red de hospitales de Cundinamarca.

Diferencia entre los cupos contratados y los registros de la BDUA

Igualación gradual de la UPC contributiva hasta la UPC de barranquilla con su escenario de unificación.

Costo estimado en el RS de Cundinamarca:

**Jaime Ramírez:**

Régimen contributivo:

- Cotización no está asociada a los riesgos individuales sino a los riesgos de un grupo poblacional muy amplio
  - Terminan asociadas a los ingresos
  - Se parece más a un impuesto que a una contribución
- Recaudo centrado en el FOSYGA. Se concibió como una agenda normativa y no como un organismo real dentro del sistema con funciones de Inspección y vigilancia.
- Concentración entre funciones de dirección y de financiamiento en cabeza del MPS
- EPS son operadores independientes:
  - La canasta de riesgos
  - Precio de la canasta de riesgos
- Cuotas moderadoras y gastos de bolsillo

Régimen Subsidiado:

- En estricto sentido no se ha asignado al concepto de ingreso. Asignación de subsidios basado en un índice complejo de vulnerabilidad y pobreza (SISBEN)
- FOSYGA, municipios y departamentos
- Los entes locales contratan a los aseguradores (a diferencia de lo que ocurre en el RC)
- En la práctica es un subsidio a la oferta de seguros
- Cobertura fue derivando hacia subsidios parciales y no hacia la igualación de los planes
  - Crecimiento acelerado de la población con necesidades
- Integración de dirección, financiamiento y el aseguramiento

Población pobre no afiliada:

- Funciona como un seguro implícito
  - Separación entre financiamiento y provisión de servicios
  - Es un seguro que funciona con riesgos residuales de los dos regímenes
- Recaudo de los recursos a cargo de departamentos y municipios

Con un subsidio a la cotización se necesitarían cerca de 3.5 billones de pesos para lograr la cobertura universal y la unificación

**CONVERGENCIA: CAJA ÚNICA DE RECURSOS**

Qué población se cubre con que recursos debe ser claro

### **RONDA DE DELIBERACIÓN**

Dos enfoques sobre los problemas del financiamiento

1. Mejorar problemas de eficiencia en el sistema manteniendo las reglas de juego y la configuración actual del sistema proponiendo unos cambios sobre la ley 100, 715, et
  - a. Como hacer más eficiente el RC
  - b. Como hacer más eficiente el RS
  - c. Mejorar el flujo de recursos sin alterarlo
2. Es necesario hacer algunos cambios en la estructura del sistema
  - i. Eliminación de los regímenes y la creación de un sistema único
    1. Para garantizar sostenibilidad en el mediano y largo plazo es necesario pensar en la sustitución de las fuentes
    2. Plantear un nuevo arreglo político entre los usuarios y el sistema
      - a. Impuestos y contribuciones patronales
  - b. Centrar el sistema hacia la atención primaria
    - i. DR. Mario Hernández
3. Sostenibilidad de los hospitales públicos en aquellos ámbitos en los que los ingresos y los gastos del sistema no están balanceados en los casos en los que dependen de la prestación de los servicios médicos.

### **Elisa Torrenegra:**

- Satisfacción por el apoyo de los intereses del régimen subsidiado
- Centrar el concepto de atención primaria como el mecanismo a través del cual el médico general tiene un enfoque de identificación de riesgos y articularlo con las entidades territoriales podría dar un muy buen resultado
- Preocupación: En el proyecto de Ley atención primaria involucra una serie de instancias en las cuales la operatividad puede enredar el concepto de la articulación y del financiamiento. Esto requeriría nuevas fuentes de recursos

- En principio **hay suficientes recursos** para igualar los planes
  - Estrategias para garantizar la optimización de los recursos existentes
  - Aparte de los medicamentos, los recobros se están concentrando en las consultas médicas especializadas
  - Actualización del pos
- Unificación mucho más rápida de la que está planteando el gobierno
- Una única bolsa de afiliados pero con recursos garantizados
  - Nuevos recursos para el no pos del RC con unificación
- Comentario final:
  - Identificar diferentes escenarios posibles
  - El congreso no vería con buenos ojos la creación de un sistema con fuentes unificados
  - Toca definir una agenda de transición
  - Contemplar posibilidades de saneamiento de las EPS del RS
    - Bajo la responsabilidad del mismo Estado
  - Verificar ingresos de la Salud pública para que no se terminen sacando los recursos del aseguramiento
  - No pos:
    - No se han tocado fuentes de financiamiento para lo no cubierto por el plan básico

#### **Martha de Trujillo:**

- Aspectos novedosos entre los que se presentó esta mañana
- Aspectos comunes
  - Unificar pos
  - Un solo régimen para minimizar ineficiencias entre los traslados de los recursos
- se ve posible la unificación sin la necesidad de una gran cantidad de recursos adicionales
- integralidad del servicio:
  - nivel básico es lo que permite identificar la calidad en la prestación de los servicios de salud en la medida en que evita complicaciones que se trasladen a mayores demandas y mayores recursos
  - desligar el tratamiento del primer nivel de las EPS sería inconveniente
- hay espacio para crear consenso
- Fundamental: abordar el tema del no pos.
  - Lo ideal sería que lo que se quiere cubrir quede incluido dentro del pos para evitar más complicaciones en el proceso de atención
  - Es más fácil cubrir la totalidad de los servicios que un grupo parcial
  - Genera conflictos en cuanto a quien es el que debe asumir la responsabilidad del tratamiento de los usuarios

#### **Julio Sanz:**

- Articulación de APS y aseguramiento
  - Precisión en cuanto a lo que se está entendiendo que es el nivel básico
- Preocupación: articulación entre el nivel básico y el aseguramiento
- Enfoque de atención primaria no debería encarecer los costos de atención. Es más debería disminuir los costos futuros
- El modelo de atención que la aseguradora le proponga al país es el que va a determinar las relaciones y los costos a nivel micro.
  - Hoy el costo es muy alto, y va a ser más alto si se sigue fragmentando
  - Más aún con la actualización de los contenidos tecnológicos
- Un solo seguro, universal, vía recursos fiscales donde todas las contingencias y riesgos en salud quedan cubiertos bajo este seguro
  - Una sola bolsa (unificar fuentes)

#### **Aura Poveda:**

- Conocer el punto de vista del gobierno: ley estatutaria
- No hay recursos suficientes, solo cubre el tema del aseguramiento y el sistema en esencia es más que aseguramiento
  - El tema de hospitales y atención primaria queda por fuera
- Contratación con la red pública definida lleva a que los hospitales pierdan mercado
- ¿Efectivamente queremos llegar a que la red pública de hospitales se desaparezca?
- Claridad entre competencias y recursos
  - A cargo del gobierno nacional
  - A cargo de los departamentos y municipios
- Una de las premisas más importantes es la claridad entre las competencias y los recursos.
  - ¿A quién le toca?
  - ¿Para qué?
- Cuál es el rol de lo territorial dentro de la reforma
- Diferencia entre los entes territoriales más pequeños y los centros urbanos
  - UPC definida para Bogotá y no para los municipios apartados del país
  - Manejo especial para los zonas diferentes y apartadas del país

#### **Catalina Gutierrez:**

- Fluir hacia un único régimen
- La claridad en las competencias es fundamental
- La contratación con la red pública centrada sobre la base de que no exista integración vertical en las EPS ya que esto podría traducirse en una limitante a la competencia que podría acabar con la red pública
- Gran oportunidad para llegar a un sistema único

#### **Armando Zabarain:**

- No es solo el tema de la atención primaria (enfermos) sino que también es importante tomar el rol de la prevención y la promoción
- Participación más activa del gobierno
- Clarificar cuál sería la fuente de financiación de la salud pública
  - Centralización de los recursos garantizaba mejor utilización de los recursos de salud pública. En este momento este tema depende de la disposición del alcalde de turno.
  - De los cuatro puntos que van a las cajas uno se fuera a financiar la salud pública
- Inquietud:
  - Proyecto de ley ordinaria
  - Proyecto de ley estatutaria
  - Se va a tomar como proyecto del gobierno el que ya presentó Dilian Francisca Toro
    - ¿Cuál es la propuesta del gobierno?
    - No hay mucho tiempo para elaborar sobre lo construido

### **¿QUÉ TAN VIABLES SON NUESTRAS PROPUESTAS?**

#### **Sofía Patricia Chávez (DNP):**

- Hay propuesta valiosas
- No se ha perdido el tiempo
- Es un gobierno que está en construcción
- Mesa de cierre para articular lo que se ha discutido en todas las mesas ya que los resultados de estas tendrían un claro impacto sobre el tema de la sostenibilidad
- Trade-off entre cubrimiento del derecho y sostenibilidad
- Solucionar lo prioritario
- CRES

#### **Armando Zarruck**

- Si se está planteando la creación de un único régimen se debe incluir lo de lo no pos
  - Si se está creando un solo fondo, este también debe incluir las obligaciones de los demás fondos
- Reversión del gasto de las prepagadas hacia el sistema
- Cómo se puede mejorar la eficiencia si se siguen manteniendo diferentes operadores
- Incentivar la participación privada dentro del sistema

#### **Nelcy Paredes:**

- UPC cubre todas las afecciones de los afiliados
  - La gente que tiene medicina prepagada tiene que estar afiliada
  - Los gastos de un usuario de la prepagada se cargan a la póliza, mientras que la UPC se destina a financiar a los demás usuarios que si los utilizan

- La utilización de las prepagadas ayuda al pos
- La frecuencia de utilización es de casi cuatro en las prepagadas y de 3 en el pos
- Información
  - La información es un insumo fundamental para hacer cualquier calculo
  - A pesar de que los RIPS tienen 15 años de implementación aún hay muchas fallas
  - No hay una voluntad de los prestadores en reportar ni del ministerio en controlar que así se haga
    - Definir un sistema de información claro y organizado que permita soportar las decisiones de política pública.
    - Propuesta para la gestión del ministerio
      - En el régimen subsidiado es absolutamente necesario
- Financiación a través de impuestos
  - *Pari passu* y Cusiana y Cupiagua fueron dos supuestos que fallaron dentro de la planeación de las fuentes de financiación del sistema de salud en la ley 100
  - Cambiar las fuentes hacia la financiación a través del presupuesto llevaría a competir por recursos escasos con otros sectores del sistema de seguridad social
    - Pone en riesgo las garantías de financiación de un gasto recurrente como lo es la salud
    - Depender del presupuesto nacional ha demostrado no ser la mejor opción para el sistema
    - Las cotizaciones no dependen solamente del empleo
      - Dependen de la aversión al riesgo
      - Del estado de salud

### **Gilberto Barón**

- Gasto privado en medicina prepagada es bajo y estable.
  - La utilización de estos servicios por ende tiende a ser muy estable
- Lo que tiene de redistributivo el sistema es abrir la posibilidad de adquirir seguros privados.
  - Se distribuye hacia los que más utilizan los servicios

### **Jaime Ramirez:**

- Rol institucional de la CRES
  - Fija la canasta
  - Fija su precio
- Cuenta única
  - ¿Cuáles serían las fuentes?
  - No hay condiciones políticas
  - Inadecuado transformar las cotizaciones en impuestos
    - Principio progresivo de la cotización

- Derechos adquiridos
  - Aporte patronal
- No tengo la percepción de que se pueda hacer el cambio hacia la financiación de la salud a través de impuestos generales

**Olga Cecilia Morales**

- Importante cubrir el déficit actual de la red hospitalaria...

**Iván Jaramillo:**

- No ley estatutaria ni ley ordinaria para unificar los recursos sino que es necesaria una reforma constitucional para desmontar lo que ya está establecido en el SGP para los departamentos y los municipios
- Sino fondo único con dos cuentas para definir bien el uso de los recursos

**Sesión 3: 28/09/2010**

**Carlos Mario Ramírez:**

- Sostenibilidad y calidad
- El Ministerio está tomando como insumo todo lo que se ha planteado de manera individual en los diálogos por la salud, y en las mesas temáticas por la reforma al sistema de salud.
  - Insumo para la reforma
  - Proyectos de Ley de iniciativa del Congreso
  - Publicación del proyecto de Ley Estatutaria
- 1. Cómo evitar al máximo los mordiscos que le dan al sistema actores que se apropian de la UPC
  - a. Si es necesario reformar la constitución
- 2. Limitar lo no POS
  - a. Es el factor más equitativo: 500 mil individuos se están llevando 2.4 billones de pesos
- 3. Desmunicipalizar el RS
  - a. Alcaldes han planteado que esto es bueno
  - b. Si es la mejor solución para evitar despilfarros en el régimen subsidiado...
    - i. Pueden establecerse soluciones sin tener que llegar a reformar la constitución
      - 1. Ley orgánica para juntar recursos del FOSYGA y del SGP
    - ii. Convenios interadministrativos para que se ajusten los recursos sin menoscabar la competencia de los municipios
- 4. En algunos departamentos hay mayor interés de mantener el estatus de la oferta que de unificar el pos subsidiado al contributivo.
  - a. Departamentos le deben apostar a la unificación
  - b. El Gobierno debe estimular esta postura

- c. Sin perjuicio de la equidad de aquellos que no tienen
- 5. Cómo logramos con las reformas mínimas posibles a simplificar y unificar fuentes como en la Ley 715
  - a. Posibilidades:
    - i. Grandes ciudades SGP y esfuerzo territorial y Fosyga
    - ii. Recursos departamentales asignados a algunos municipios
  - b. para que sea más fácil gestionar contratos de aseguramiento.

Preguntas:

**Martha de Trujillo:**

- comentario frente a la ley estatutaria en cuanto a lo no pos. Al estar incluido dentro de la UPC se está formalizando lo no pos.

**Elisa Torrenegra:**

- En las dos sesiones anteriores se alcanzó un muy buen nivel y se presentaron algunas propuestas muy avanzadas. ¿Qué tanto el gobierno quiere aprovechar la coyuntura para reformar y la mesa tener un alcance propositivo en ese sentido?
- Revisión de unos dineros disponibles hoy en el sistema sin hacer un esfuerzo adicional considerable en el sentido de incluir los regímenes exceptuados. Utilizando estos recursos se podría tener una UPC considerable ¿homologación incluyendo estos grupos de población?
- Panorama de homologación hasta 2015 y portabilidad nacional del RS. Problemas administrativos.
  - Por grupos etarios o patologías antes de seguir fraccionando el tema de accesos de manera territorial
- No-POS. Prestaciones no pos van a ser incluidas en el cálculo de la UPC. No queda claro si no va a haber recobros

**Julio Saenz:**

- Aunque el gobierno está en el plan de oír para construir juntos sería importante clarificar algunos puntos:
  - Aseguramiento
  - Limites del pos:
    - Mandato de la corte
    - No pos
  - Modelo de salud:
    - Atención primaria: intersectorialidad
    - Atención sanitaria: congruente con ese modelo de salud
  - Ley de infancia y adolescencia:
    - Compromisos muy grandes que no se pueden dejar de lado a la hora de discutir esta reforma

**Julio:**

- Prioridad a la cobertura antes que a lo no pos
- Costos de transacción

**Carlos Mario Ramírez:**

- Norte de la política de gobierno está en una presentación que hizo el ministro el pasado 28 de agosto
  - Garantizar la sostenibilidad del sistema
  - Más equitativo
  - Y con la mejor calidad posible
- Mesas han sido propositivas
- Ministerio ha sido claro en cuanto a la vigencia del modelo de aseguramiento
  - Necesita más Estado
  - No se puede seguir permitiendo perder plata del sistema en el tema de cubrimiento de los servicios de salud pública
  - Actualizar el pos
    - Llegar a lo que más impacto de en términos de beneficio para el usuario
    - En costo y en frecuencia de recobros
    - Con un porcentaje racional no muy alto de financiación se podría cubrir aproximadamente la mitad de los recobros en frecuencia.
    - No pos no se puede solucionar con una sola estrategia
      - Actualización
      - Flexibilización
      - Intermediación
- Proceso democrático desde un panorama técnico y social
- Gobierno debe establecer políticas para que los departamentos y municipios se entusiasmen con la unificación pero teniendo en cuenta que hay algunas cargas adicionales que se le han cargado a los entes territoriales
- Portabilidad:
  - Servicios se garantizaban en el ámbito supra municipal
- Unificación se ha trabajado en conjunto entre l MHCP, DNP y MPS.

Resumen de la sesión anterior

**Nelcy Paredes:**

- APS no es incompatible con un esquema de aseguramiento
- No hay un consenso de la mesa entre lo que se presenta como posibles soluciones

**Martha de Trujillo:**

- Dificultad de recursos en el régimen contributivo y en el subsidiado

**Elisa Torrenegra:**

- No seguir asumiendo con el patrimonio de las EPS una falla estructural del sistema

**Hernando nieto:**

- Punto a ampliar:
  - No basta con poner más plata
  - Diseño financiero debe buscar un mecanismo que amarre los recursos
    - Evaluación de impacto

**Aura Poveda:**

- Se toca el tema de la problemática no pos
- Es importante que se diga que si bien no está financiado y que deben salir los recursos y la competencia de atender lo no pos mientras se da la unificación
  - Concretamente la competencia en el escenario de transición

**Jaime Abril:**

- Establecer el diseño del esquema
  - Cambiar cotizaciones por impuestos

**Jaime Ramirez:**

- Puntos de discusión:
  - Que tan amplio es el concepto de APS
  - Contradicción entre las políticas de APS y aseguramiento?
- Inicio de una discusión
  - Sustitución de fuentes
    - Nelcy: no es tan fácil
    - Ivan Jaramillo: las fuentes del SGP no se pueden afectar tan fácilmente
- Ley 1393 es la que guía la transformación y la unificación de planes de beneficios.
- Unificación:
  - Propuesta de Roberto Steiner
    - Reforma al mercado laboral
    - Reforma al sistema de salud
      - Plan básico
      - Aportes patronales voluntarios
      - Efecto positivo sobre el mercado laboral porque genera 900.000 empleos nuevos
    - Posible si se hace una reforma tributaria
      - Aumentar la masa de contribuyentes y aumentar tasas
        - Mayores recaudos en impuestos indirectos
        - Eliminar exenciones tributarias
  - Propuesta de ANIF:

- El sistema de salud va a generar una crisis fiscal y se necesitan X pp del PIB para cubrir con este hueco
- Nada está escrito en piedra
  - Reforma tributaria es fundamental ya que hay un déficit primario en Colombia que requiere atención para
  - En una segunda fase sería importante eliminar los parafiscales
- Propuesta de Guillermo Perry:
  - Reforma tributaria estructural
  - Personas naturales tributen

#### PUNTOS:

1. Cotizaciones e impuestos generales
  - a. Tema asociado al equilibrio hoy o a la sostenibilidad en el futuro
2. Esquema de unificación y mancomunación de las fuentes

#### Julio Saenz:

- Dos formas de ver:
  - Qué plata tengo y que puedo hacer con eso
  - Qué modelo quiero financiar
- Estamos más en la primera
- Coherencia entre el modelo de atención en salud y el modelo de atención sanitario y cómo se va a financiar
- Intersectorialidad
- Qué es lo que se va a financiar

#### Nelcy Paredes:

- Fedesarrollo y ANIF plantean que el costo laboral está asociado con los impuestos a la nómina y que debería como forma de reducir el costo laboral eliminarse las cotizaciones y sustituirlas por impuestos generales
  - los objetivos de política son distintos
    - El sistema esta soportado en el contributivo en el empleo, pero no es la única variable que afecta
    - El sistema está enfocado a las cotizaciones sobre los ingresos de las personas que tiene capacidad de pago
    - Se está simplificando la relación entre cotizaciones y empleo
      - Hay trabajadores que son aversos al riesgo y cotizan para cubrir sus posibles contingencias en salud
      - disposición a pagar la cotización para la población con capacidad de pago
    - Universidad de los andes propuso hacer un análisis de costo-efectividad de los parafiscales y las demás cargas a la nomina
      - Por ejemplo:

- Salud, si
  - ICBF, no
  - Sustituir una fuente estable (a pesar de la evasión y elusión) por presupuesto nacional no ha sido una buena experiencia histórica
- Pensando en el sector salud:
  - Se debe evaluar el conjunto de impuestos a la nomina con un criterio de costo efectividad para mirar que tan viable es eliminarlos
- Sustitución de fuentes para que fuera estable y manejable a nivel nacional
  - SGP renta cuya titularidad es de las regiones pero que fácilmente puede ser manejada desde la administración central
    - Estos recursos se podrían utilizar para financiar el RS
  - Rentas propias no se puede administrar centralmente
    - Podría ir para salud pública y el fortalecimiento de la red
  - Cómo financiamos las necesidades de los hospitales públicos para que puedan en el sistema de aseguramiento tener unas mejores relaciones de igualdad y remuneración con los prestadores privados
  - Como financiar entidades en regiones apartadas a tarifas superiores a las de mercado
  - Atención primaria: hay que mirar cuánto cuesta y mirar cual sería la fuente de financiación

**Gilberto Barón:**

- Problema del financiamiento en salud no se puede ver como un problema de fin y de medios sino como un proceso que está en el centro de todo
- Financiamiento con base en cotizaciones o impuestos generales lo va definiendo la actividad económica
  - Los esquemas no pueden ser tan fijos o estar tan prisioneros de las visiones de corto plazo
- Confluir hacia esquemas de cofinanciación
  - Sistemas de salud son fragmentados y lo que se debe hacer es tender hacia un sistema integrado de financiamiento
    - Intento de sustituir cotizaciones por impuestos generales en Brasil llevo a un incremento importante del gasto privado (medicinas prepagadas)
- Horizontes de la reforma deben ser de largo plazo
- No podemos caer en la moda de lo que se está proponiendo en otros lados
  - Colombia está delante de otros países y ha llegado a resultados que son de mostrar por lo que no se puede echar para atrás
- Esquema de financiamiento:
  - No debe tener una correspondencia con el sistema de pensiones
  - Cotizaciones e impuestos:
    - Se debería mantener la cotización hasta que la dinámica del mercado laboral lo permita

- Informalidad y desempleo se deberían disminuir
- Lo adicional en financiamiento y que tenga que ver con los rubros más abandonados del sistema actual de financiamiento serían financiables con impuestos generales
  - Hasta donde debe ir el grado de descentralización o centralización es otro punto al margen

**Aura Poveda:**

- Qué vamos a financiar?
  - Aseguramiento no es el sistema de salud, es una parte importante pero no es la totalidad
- Falta conocer que se está tocando en las demás mesas
- Esencial definir qué es lo que queremos
- No todo debe ir por cotizaciones ni todo por impuestos
  - Salud pública y APS podrían tener una base de financiamiento diferente
  - Saco primero estos recursos para ver cuánto me queda para financiar el aseguramiento?
- Dos problemas que colapsaron el sistema
  - Cómo financiar lo no pos?
  - Flujo de fondos
- Corresponde a unas situaciones completamente intersectoriales
- Seguro en salud tiene ventajas siempre y cuando sea a través de cotizaciones
  - Aun falta arreglar muchos problemas que nos han llevado al caos
  - No pos debería financiarse con lo mismo

**Martha de Trujillo:**

- No se pueden analizar la totalidad de todos los problemas
  - No es pertinente analizar si el desempleo tiene impacto, etc.
- Dos propuestas:
  - Trasladarlo a impuestos no cumple el objetivo
- Recursos si existen para financiar el aseguramiento pero empiezan a surgir algunas desviaciones
- Mantengámonos dentro del esquema de cotización y busquemos mecanismos para que aquellos que no están contribuyendo hoy lo hagan y que tengan controles para que hagan aportes para que contribuyan de acuerdo a sus ingresos y darle opciones a los que no tienen recursos

**Hernando Nieto:**

- Desempleo, informalidad e inestabilidad laboral presentan un problema muy grande en la medida en que el sistema depende en gran medida del RC

- Esto limita el derecho a la salud puesto que estaría ligado a la capacidad de pago de los individuos
- La precarización del mercado laboral de alguna manera está generando evasión y elusión por parte de las empresas
  - El tema de impuestos debería ser mucho más fuerte
    - Progresivo
  - Y las cotizaciones se deberían ir desmontando
- Revisar mecanismos alternativos para que efectivamente haya un aporte a través de impuestos
- Hay impuestos tontos:
  - Impuesto al tabaco
  - Cobrando un gravamen pero asumiendo un sobre costo vía salud
- No es solo pos y no pos sino la atención preventiva
  - Al menos triplicar los recursos
- Repensar fuentes alternativas
  - Si se van a acabar las tutelas los recursos van a ingresar al sector salud
- Cumplimiento de compromisos por parte del gobierno

**Jaime Ramirez:**

- Unificación: es inconstitucional e inaceptable que los individuos dependiendo de sus capacidades económicas tengan diferentes planes de beneficios
  - Si esto es inaceptable cuál es la justificación de mantener el RC y el RC?
- Correspondencia entre las fuentes y las coberturas (proporcionalidad)
- Unificar las fuentes en una bolsa única y tener las mismas reglas
  - Buena disposición al proceso de unificación

**Never:**

- Precisión de algunos términos:
- Dentro de los temas que se ha toca es tratar de cambiar la fuente de recaudo
  - Fuente del RC es parafiscal denominada cotización
- Qué es fiscal y parafiscal
  - Parafiscal – cotizaciones sobre las cuales entran los recursos
  - Fiscal – impuestos, tasas y contribuciones
    - Mejor utilizar el término contribuciones que impuestos
    - Impuestos tienen una retribución general
    - Contribución tienen un beneficio o retribución particular o directo

**Julio Saenz:**

- Aseguramiento vino y luego para quedarse, pero ese no es el sistema de salud, es un sistema para protegerse de las contingencias
- Estamos discutiendo únicamente esto o el sistema como un todo

- Una economía informal y de empleo precario nos da la pauta que sería riesgoso dejar los aportes de la nomina al imperio de este tema inestable
  - Combinación de fuentes de financiamiento, contribuciones e impuestos

**Elisa Torrenegra:**

- Comentario metodológico:
  - Dirigir la discusión hacia los puntos pertinentes
- Se va a continuar con un sistema de seguridad social
- Circunscribir a que en el modelo de aseguramiento evaluar las fuentes
  - Se están generando
  - Giros: eficiencia
  - Suficiencia de la fuente
- Escenario de financiamiento en esas ópticas de manera general

**Jaime Ramirez:**

- Equilibrio, enfrentado con el tema de la unificación de los planes de beneficios se rompe.
- Estrategia de unificación??
- Condición socioeconómica o laboral debe ser un ponderador para hacer una UPC diferencial

**Aura Poveda:**

- Como estamos con un proceso de desequilibrio, matemáticamente solo existen estas probabilidades
  - Aumenta el ingreso
  - Disminuye el gasto
  - Se mueven los dos
- Aumento de ingresos
  - Ley 1393 provee todo este proceso de transformación concertada entre el GN y los entes territoriales
    - Con esta ley las entidades territoriales pusieron el máximo
  - Si se requiere otro recurso debe ser diferente al del orden territorial
    - No se le puede sacar más a los fiscos departamentales
  - Renta nueva debe ser a través del GN por medio de impuestos
- Reducción del gasto
  - Gastos de interventoría y control se están llevando un buen pedazo
  - Gastos administrativos
  - Dónde se genera el gasto del no pos del contributivo, especialmente en medicamentos
- Fijar unas competencias claras y unas fuentes ciertas
- Departamento tiene que garantizar la prestación del servicio como lo expone la ley 715, con recursos propios y una red pública

- Red pública tiene unas contingencias que nunca se han pagado
- No se deben eliminar los recursos de oferta porque en últimas son recursos de los departamentos
- En sitios apartados la entidad territorial debe financiar el gasto
  - oferta

#### **Hernando Nieto:**

- la solución puede ser tan sencilla o tan compleja como se quiera
  - sencilla
    - progresividad en la unificación de planes por poblaciones y no por patologías
    - igualar los recursos necesarios para unificar una UPC diferenciada
    - identificar suficiencias y necesidades de recursos
      - suponiendo que la UPC cubre toda la demanda aunque así no sea
  - Complicada
    - No se ha considerado la progresividad en la garantía al acceso de los sistemas de salud
    - Cuantificar cuanto requiere el país para proporcionar el recurso humano y los servicios que se necesitan
    - Seguimos apostándole a la enfermedad
      - Hospitales no viven de que tan sana está la población sin de cuantos enfermos puedo atender
      - El sistema no incorpora estos incentivos
    - Población del RS tiene más riesgo de contraer enfermedades
      - Condiciones diferenciales
      - Intersectorialidad debe primar

#### **Julio Saenz:**

- En la constitución está planteada la obligación de estado de garantizar la salud como derecho de manera equitativa
- La sentencia lo que dice es que toca ponerle límites a ese pos
  - No es infinito
  - No se puede seguir hablando en la reforma de eventos no pos
    - En un sistema nuevo no cabría seguir incluyendo este rubro
- La necesidad de armonizar el esquema entre el prestador y el administrador
  - Se paga si el prestador demuestra que le ha hecho una intervención al cliente sin tener en cuenta la calidad en la atención
- Necesidad de alinear al administrador (responsable de la red de servicios) con el esquema de contratación
- Cualquier recurso que se adicione va a ser insuficientes si no se imponen límites y se cambian los incentivos dentro del sistema

- No es cuestión de hacer un tarifa diferencial para las UPC

**Javier Arévalo:**

- Llamar la atención de unos elementos que no se han tocado o no se les ha dado la importancia que se merece
  - La reforma lo que busca es estructural o administrativa?
  - Definir un plan de beneficios con límites
  - Cuánto vale
  - Cuáles son las llaves que podemos cerrar
  - Cuanto es lo que se debe financiar y que el estado se comprometa a decir que es lo que se va a financiar
- Realmente es importante que se hable, además de los indicadores financieros, de los resultados en salud
  - Se debe pagar por disminuciones de la mortalidad materna o mortalidad infantil
- Indicadores de salud para evaluar el sistema
- Definir una UPC
- Definir un plan de beneficios

**Elisa Torrenegra:**

- Proceso de unificación hoy es más de voluntad política
  - Con todas las dificultades que tiene el sistema es ilógico que un afiliado al RS no tenga acceso a una consulta especializada
- Unificación hay que hacerla
  - Se podría hacer con los 22 billones
- Problema clave: NO POS
  - Regalías podrían cubrir un espacio
- Escalonamiento debería ser por tipos de población
- Cubrimiento progresivo de poblaciones de mayor riesgo y de mayor impacto social
- UPC menor estaría justificada si se mira el tema de la frecuencia histórica de utilización del sistema, pero al tener en cuenta que las EPS-S no pueden hacer un seguimiento de los individuos no tiene sentido
  - No debe haber una UPC diferenciada por grupos socioeconómicos

**Jaime Ramirez:**

- Ley 1393 y no pos
- Estructura de nuevos recursos en la ley 715 y de qué manera involucra de mayor medida a los departamentos
- Pagos en función de qué?
  - En función del riesgo cubierto. La primera idea de los seguros es que están en función de las contingencias directas.
    - Utilidad que le proporciona a los individuos afiliados

- Utilidad que le proporciona a los operadores
  - Primas asociadas a la probabilidad de enfermarse y del tipo de beneficios que le trae el seguro a cada individuo
  - El excedente debe ser para los usuarios
    - Más explícito en el cálculo de la UPC
- Desde el punto de vista político, económico, social
  - Cuál es la utilidad que le produce un seguro a un agente
  - El negocio es la gestión de los riesgos y no los costos de administración
- Controlar la selección adversa y el riesgo moral de los agentes
  - Cuantas personas que no deberían estar afiliadas fueron afiliadas porque los ponderadores ayudan a esto
  - La forma en que se actualiza la UPC no está muy en línea con el tema del aseguramiento
    - Ajuste por zona
      - Donde hay más barreras de acceso se debe pagar más

#### **CRES:**

- Conscientes de las necesidades
- Lleva un año pendiente de arrancar el proceso de actualización de la UPC
  - Un equipo técnico importante
  - Implementar Mejores metodologías
- Mostrar avances a finales de este año

#### **Dillian Francisca Toro:**

1. Unificación de planes:
  - a. Recursos transformados del SGP
    - i. Ley 1393: transformación de recursos del 90% y salud pública con 10%
      1. Proyecto de ley se plantea transformación de 80% para destinar el 10% a cubrir un pedazo de los huecos de oferta que quedan descubiertos en municipios pequeños y 10% a salud pública.
      2. Estudio técnico del ministerio para saber quienes necesitan oferta
    - ii. De las rentas cedidas de la 1393:
      1. 812 mil millones anuales para la unificación de planes y 400 mil para los departamentos para poder pagar no pos del subsidiado y unificación
    - iii. Recursos del presupuesto nacional
      1. Cómo sería un flujo hasta el 2015. Se

- a. Cuánto tendría que poner el presupuesto nacional para que la unificación se dé en 2015
      - b. En 2011 va a haber 1 billón más por regalías
    - iv. De las regalías se le da la plata a los departamentos para sanear las EPS
      - 1. Endosan los recursos a los hospitales a los cuales se les debe para oxigenar el sistema
    - v. Excedentes de facturación de hospitales
  - b. Si va a haber cofinanciaciones tienen que haber mecanismos que congelen los recursos para que efectivamente se destinen estos para la unificación
    - i. Fondo nacional para asignar los recursos hacia municipios sin situación de fondos
    - ii. Forma expedita de pasar los recursos a las EPS y que estas la giren rápidamente a los hospitales
  - c. 1 % de las cajas de compensación (800 mil millones de pesos) destinarlas a lo no pos vía inclusiones en el POS
    - i. Aumentar la UPC
    - ii. Esos recursos son para el contributivo; para los mismos trabajadores
  - d. Cómo pagan los independientes:
    - i. Cotejar con la DIAN
    - ii. Evaluar el nivel de pago a través de una renta presuntiva
  - e. UPC tiene que incrementar para incluir los procedimientos que estaban por fuera del plan de beneficios
  - f. Contratación mínima de 60% con la red pública
  - g. Recursos para la reestructuración de hospitales
    - i. Hospitales intervenidos o liquidar
2. Atención primaria en salud y salud públicas
  - a. Todo lo que puede incidir en los determinantes de salud
  - b. Plata de promoción y prevención la debe hacer el estado
    - i. EPS está contratando la promoción y prevención con los hospitales
  - c. Programa de grupos extramurales que van a las casas de las familias a explicarles sus posibles riesgos
    - i. Ver las causas objetivas y analizar por qué se están dando los problemas
  - d. Intersectorialidad a nivel nacional
    - i. Comités departamentales
  - e. Con el PyP y con los recursos de salud pública. Incluso se podrían utilizar algunos recursos de la red pública.
  - f. Alcalde y secretario de salud son los que deben tener la responsabilidad sobre el comité

**Hoover:**

- Lo ideal es que la población no se enferme
- Importante mirar de manera objetiva con indicadores de salud

- No solo en términos de enfermedades físicas sino también en temas mentales (violencia)
- Proceso de cambio en las universidades

**Julio Saenz y Hernando Nieto:**

- Qué nivel de salud queremos para los colombianos
- Hay unos determinantes que están condicionando un nivel de salud y los recursos se están utilizando para financiar otras cosas, principalmente la atención médica o curación de enfermedades
- Determinantes de la salud
  - Posición socioeconómica
  - Género
  - Raza
  - Educación
  - Ocupación
  - ingreso
  - Etc.
- El sector salud es otro determinante más de la salud
- Atención, promoción y prevención
- Promoción de salud implica
  - Políticas públicas sanas
  - Reorientación de servicios
  - Empoderamiento de las comunidades
  - Creación de ambientes sanos
  - Desarrollo de habilidades personales
  - Construcción de alianzas estratégicas
- Atención primaria renovada o ampliada
  - Supera la atención sanitaria de primer nivel
- No se requiere más plata sino un gasto más eficiente
  - Duplicidad de gasto por diferentes actores
- En el tema de PyP si hay un problema de recursos
  - Triplicar la UPC de PyP aproximadamente
  - Ajuste muy importante en términos del sistema de información

**Jaime Ramirez:**

- No hay recursos ni almuerzos gratis
- APS debe ser financiable y la coordinación intersectorial viable
- Para ese objetivo el MPS es más importante que el Ministerio de la Salud
- Instrumentos de coordinación explícitos

**Dillian Francisa Toro:**

- Fijar indicadores y metas a cada alcalde

- Hay que ponerle dientes a los comités de APS
- Así se puede mantener la gente sana y utilizar los recursos donde en realidad se necesitan

#### **Elisa Torrenegra:**

- Introducir explícitamente el concepto de APS se puede articular directamente con el tema de aseguramiento
- Como estrategia tiene dos aspectos fundamentales:
  - Enfoque del médico al examinar es un enfoque de identificación de riesgos
  - Articulación con lo intersectorial
- Pone a todos los sectores a girar alrededor de la educación
- Se están destinando más recursos a lo que menos era
  - Son otros sectores, no el sector salud
- El dinero de la prestación con atención primaria del primer nivel tiene que ver con el 60% de contratación
- De acuerdo con el enfoque pero sin duplicar gastos

#### **Nelcy paredes:**

- Salud no es igual a servicios de salud, es una dimensión mucho más amplia
- Cómo financiarla?
- Hay acciones colectivas e individuales
  - Debería aclararse muy bien la responsabilidad de todos los actores
  - Para poder exigir resultados toca definir las responsabilidades de la EPS, ente territorial, otros sectores, etc.
- Mezclar atención primaria con PyP puede ser problemático
  - Ruptura del proceso de atención
- Indicadores de resultados
  - Información!!!
  - RIPS tiene deficiencias
  - Recursos para inversión en los hospitales públicos para fortalecer los sistemas de información
    - RIPS en los hospitales públicos
- Sistema de administración de riesgos

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

1. Suficiencia de los recursos del sistema de aseguramiento
  2. Unificación de planes de beneficios
  3. Atención primaria en salud y salud pública
- Se pueden discutir cosas distintas para ir construyendo el sistema de salud del futuro del país
  - Reunir a todos los agentes del sistema es una buena tarea así sea para un proceso deliberativo y no para un proceso de toma de decisiones

- ¿Cómo darle continuidad al proceso?
- ¿Qué uso darle a las recomendaciones que salen de la mesa?
- Dimensiones
  - a. Riesgos de salud asegurables
  - b. Riesgo de la población
  - c. Atención primaria en salud
- Superposiciones no deben implicar una duplicación de recursos: que las intersecciones de las políticas públicas no se traduzcan en un mayor gasto ineficiente

### **1. Suficiencia de los recursos del sistema de aseguramiento**

- Unificar planes sería viable siempre y cuando se acaben con las contingencias y las condiciones específicas sin cambiar la composición de fuentes
- Para hacer sostenible en el largo plazo es necesario evaluar cuales son los incentivos que genera el sector salud sobre el mercado laboral para de tal forma pasar, de manera gradual, de un sistema basado en las cotizaciones a uno basado en los impuestos generales
- Matices:
  - Consideraciones específicas para mantener transferencias a algunos hospitales. No se podría transformar toda la oferta en demanda.
  - Como administrarlo?
    - A nivel central y unificado para mejorar la gestión financiera de los recursos
      - Juntar los recursos en una caja única
    - Esquemas descentralizados y municipalizados
  - sustitución de fuentes hacia impuestos o aportes individuales
    - aunque no se hizo énfasis en el tema a quién gravar o cómo hacerlos
  - aportes patronales voluntarios
  - UPC debe reflejar bien la demanda de intervenciones

### **2. Unificación de planes de beneficios**

- Consenso en la necesidad de unificar
- Hay un disponible que haría que hoy por hoy fuera factible un proceso de unificación
- Para que el proceso sea responsable y autofinanciable debería marchar por el lado de las entidades territoriales
  - Temas de equidad son muy importantes

### **3. Atención primaria en salud:**

- Por primera vez se incorpora el tema de financiamiento y de incorporación al tema del seguro
- Corresponde a una responsabilidad más amplia de los agentes del sistema
- Los recursos están pero hace falta de la voluntad de los agentes para generar un esquema de coordinación eficiente

- No solo sería necesario el esquema de integración sino que hace falta un tema de generación de recursos que de herramientas más claras para los comités de atención primaria
- En mayor medida los recursos deben venir de recursos públicos y de cofinanciación de algunas otras políticas públicas
  - SGP
  - Entidades territoriales
  - Aunque se plantea la opción de ligarlo con el sistema de financiamiento del aseguramiento a través del aporte del 10% de la cuenta de promoción

**Aura Poveda:**

1. Se insiste en la ampliación nacional del régimen subsidiado
  - Entidad territorial debe asumir la responsabilidad del aseguramiento
  - Condenar al usuario con solo lo que se está dando en cada entidad territorial
  - Pensar en modelos alternativos
2. Necesario prever una transición en los modelos para que se resuelvan los problemas
  - Transición suficiente para que el proceso se operativice
3. No hay recursos suficientes para financiar el no pos
  - Precios de los medicamentos
4. No está definido en el financiamiento de la caja única el aporte del presupuesto nacional
  - No es tan claro que se va a cubrir el déficit que hay en la actualidad
  - Responsabilidad de cada agente que aporte los recursos
5. Es necesario tener en cuenta la titularidad de los recursos y si nos vamos a reforma constitucional o no
  - No hay facilidad jurídica para llevar a cabo la propuesta de unificación de fuentes de financiación
6. Financiamiento extraordinario para gastos extraordinarios de la red hospitalaria
  - Pasivos contingentes que no se deben financiar con la UPC
7. Garantizar la contratación de la red pública

**Nelcy Paredes:**

1. Unificar recursos en una bolsa y obtener una UPC de alrededor de 500 mil pesos lo cual sería muy bueno
2. Viabilidad de una caja única para armar un pos de esa naturaleza no puede haber teniendo en cuenta la titularidad de los recursos
  - Podemos tener un pos único, con EPS que sean únicas y un único pos con una UPC viable
  - Si quitamos los recursos de las entidades territoriales y los regímenes especiales no sería viable
3. Por qué no buscamos fuentes adicionales para financiar la red pública de hospitales
  - Renta adicional para limpiar al hospital público
  - Contingencias del pasivo prestacional

- Atraso en tecnología y gestión
- 4. Si no se puede armar una bolsa única es muy complicado armar un sistema unificado para toda la población

**Hernán Nieto:**

1. Financiamiento de la salud pública
  - Intervenciones colectivas tienen problemas de suficiencia
  - Continuidad y oportunidad de recursos
    - Fluctuaciones han hecho que se generen baches importantes en el tema de salud pública
2. Trabajar con vigencias futuras puede llevar a problemas de financiación en un futuro

**Elisa Torrenegra:**

1. Solicitar a la IVC que genere un esquema de control eficiente para verificar los usos de los recursos
2. Flujo de los recursos

**CONCLUSIÓN:**

Que es la progresividad de la política en salud?

Mejores coberturas en todos los aspectos

El sistema debe corregir un conjunto de desigualdades que podrían y deberían corregirse

## 5. Inspección, vigilancia y control

**Coordinador:** Luis Alberto Sierra (Ex Superintendente Nacional de Salud)

**Secretaría Técnica:** William Vega Cargas (Asesor Superintendencia Nacional de Salud)

### Resumen de los Planteamientos

#### PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES.

No adecuada puesta en marcha de la IVC.

En IVC sobre el Sector Salud en Colombia hay multiplicidad de actores, pero en últimas, los resultados de su gestión, no se ven.

Cada entidad debería tener claras sus competencias y lo que se ve es que no hay claridad en esto, incluso el MPS tiene competencias pero no las aplica. No se sabe hasta dónde llega la procuraduría, la SNS; la contraloría y por eso al usuario no se le entrega el resultado del control. Hace falta que se defina las instancias de control de cada una de las entidades de control de hasta dónde pueden ir y cuáles son sus reales competencias.

No hay asignación clara de competencias. Falta de claridad en cuanto a los límites de esas competencias de IVC.

Hay duplicidad de funciones, falta de articulación entre los organismos de vigilancia y control.

Falta de coordinación y articulación de las diferentes instituciones del orden nacional y territorial.

Los requerimientos, estos no se unifican, no se armonizan. Las entidades de IVC solicitan información redundante. Debe haber racionalidad en los requerimientos

La Superintendencia Nacional de Salud está actuando desordenadamente, en la medida que simultáneamente cuando las oficinas de IVC de la Direcciones Territoriales se encuentran practicando visitas, llegan al mismo lugar con el ánimo de adelantar similar tarea, prestándose incluso a momentos bochornosos.

DTS delegadas realizando gestiones incluso contrarias del nivel nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud tiene competencia legal prevalente en materia de IVC, pero cuando requiere ejercerla, tiene que fundamentarla mediante acto administrativo, para así poder desplazar al Organismo competente básico; no lo puede seguir haciendo de manera contraria, por cuanto puede estar actuando irregularmente.

Los Entes Territoriales se han ocupado preferencialmente de la IVC en materia de habilitación de prestadores de servicios de salud, descuidando el resto de acciones de seguimiento, evaluación y control derivadas de las demás disposiciones legales del sector salud en su propio ámbito; se les olvidó que la V y C va más allá de la habilitación. Será que el SOGC, con énfasis en la atención al usuario la problemática de residuos hospitalarios no implica un riesgo en la salud de los pacientes y de las personas en general?

*Los Entes territoriales de Salud vigilan lo ordenado por la actual resolución de habilitación de prestadores de servicios de salud y lo dispuesto por el Decreto 2376 de julio de 2010, reglamentario de la Ley 1164 de 2007, en cuanto a los escenarios de práctica asistencial de los recursos humanos en salud en formación.*

*La Calidad de la Atención en Salud que recibe el usuario de este tipo de servicios debe ser objeto de oportuna, adecuada y suficiente IVC, a partir de la definición de un Plan Integral y Único de Salud para todos los colombianos.*

Existen muchos entes de control, por que todo se concentra en la SNS?; por qué no se desconcentra para que cada entidad de control mire en lo que ella está especializada, ejemplo en lo de recursos Superintendencia Financiera, y en prestación de servicios la SNS, la financiera tiene como mirar lo financiero la SNS no.

*El tema SOAT, EPS, e IPS y ARP la parte financiera debe pasar a la superfinanciera, eso se planteó, la superfinanciera dice no. La reflexión que hace la financiera, lo que debería fortalecer es la institución y no cambiar la vigilancia, lo que se debe unificar es el tema de criterios coherentes de la participación el sistema.*

*Lo que se mira no es solo lo financiero o económico es la participación en redes de todo, y no se puede partir la parte financiera de lo demás, es la base pero no se puede desarticular, se plantea es tener una división con fortaleza para vigilar esto.*

*La vigilancia y control de lo financiero de los vigilados en el sector salud no debe pasar a la Superintendencia Financiera.*

*Es importante que la DIAN haga parte importante del sistema de IVC, que ayudaría a controlar la evasión, elusión, a los empleadores en la vigilancia de la afiliación y ayudaría a vigilar los recursos del sistema. Revisión de la competencia sobre recursos de Monopolios Rentísticos, si esto podría ser competencia de otra entidad como la DIAN.*

*La interventoría del régimen subsidiado debe ser parte del sistema de IVC. Se propone que las firmas interventoras y terceros que apoyen la función de IVC deben fortalecer la institucionalidad pero debe buscarse que sean habilitados por la SNS. La SNS debe asumir la competencia frente a la habilitación de las firmas interventoras, que continuará efectuándose a través de personas jurídicas en seguimiento de la política de desconcentración, y en previsión de las posiciones dominantes.*

*Se propone la creación de una procuraduría delegada para el sector de la salud.*

*Tenemos que buscar mecanismos jurídicos para adelantar los procesos en el sector, con jueces especiales en el sector.*

*Hay que revisar la pertinencia de unificar la IVC del SOAT, ARP y otros planes de salud, en la SNS (superintendencia de la seguridad social)*

La falta de articulación en el sistema.

Se manifiesta que uno de los problemas del sistema es la falta de articulación de los actores se rescata el concepto o instancia de COORDINACIÓN en donde deberán participar las instancias de IVC nacionales, territoriales y de la comunidad en un sistema de IVC.

*De lo que se puede hablar de ARTICULAR las fuerzas para IVC, así lo plantean las mesas ante la propuesta. Esta instancia sería de coordinación de las entidades de IVC.*

*Articulación de los actores de IVC en el sistema. Cada una de las autoridades hace su trabajo con normas explícitas. Se debe aclarar explícitamente las competencias de cada actor.*

*Crear un COMITÉ INTERSECTORIAL que analice los casos de mayor urgencia de vigilancia en el sistema financiero y de calidad de prestación de servicios y que entregue informes. Esto es, crear un comité intersectorial encargado de analizar los casos de mayor urgencia y determinaciones de profundidad y vigilancia del sistema financiero y de calidad de prestación de servicios. Este comité deberá estar conformado por todos los entes de inspección, vigilancia y control, quienes deben presentar informes ante el congreso de la república cada cuatro meses. Este certificaría el manejo de las bases de datos de los afiliados.*

*Se propone organizar un sistema universal compuesto por todas las autoridades de vigilancia y control.*

*Se propone que se de lugar a trabajar en retomar LA RED DE CONTROLADORES que hacia el año de 1998 se organizó para trabajar en conjunto en el control y evitar duplicar esfuerzos para revisar lo mismo generando desgaste financiero y administrativo actuando doble sobre el mismo evento cuando cada uno podría apoyar al otro y no duplicar esfuerzos haciendo cada uno lo mismo.*

*La Corte Constitucional obliga a conformar un comité de seguimiento y control de la SNS, CGN, PGN, con base en esto se propone crear un sistema de IVC armónico con la DIAN, la SNS, y la Superintendencia financiera, no como comité sino como sistema, debe ser más amplio de lo que dice la corte.*

Quieren que todos los actores hagan parte del Sistema para una observación más integral.

*Se debe instituir la revisión periódica de las capacidades operativas de las entidades encargadas del IVC.*

*Las entidades encargadas de IVC deben ser adecuadas técnicamente en su organización y capacidad institucional para el cumplimiento de sus competencias en todos los niveles territoriales.*

Falta control político en materia del sector salud, del organismo de IVC, esto debe ser una rutina, la misma ley 100 establecía por las comisiones cuartas deberían crear una comisión que verificara todo el flujo de los recursos del orden nacional al territorial. Y en 4 años debería revisar la ley 100 y adecuarla a las circunstancias, y solo hasta diciembre de 2006 se miró, se ve la falta de control político por los organismos políticos.

Hay una cantidad de problemas de corrupción hay que verlos en forma general y luego se les aterriza para que cada ente de control asuma sus competencias sobre el caso.

No existe autonomía real de la SNS hay mucha sujeción al MPS.

En cuanto a la jerarquía de la SNS, se observa que hay una dependencia absoluta del MPS. Se ha perdido el rol como organismo superior de IVC, por que otras Superintendencias si actúan con autonomía y dependen es de la Presidencia de la Republica?

Se generan opiniones, conceptos, aplicaciones y acciones descoordinadas e incluso contrarias en el mismo MPS en relación con la SNS, no hay articulación y armonización al interior del MPS en su relación con la SUPERSALUD.

*A la SNS se le debe dar un orden jerárquico como la máxima autoridad que vigila, controla e inspecciona en el sector salud.*

Se debe dar a la SNS autonomía y se le debe dar el orden jerárquico que esta requiere. En un proceso de modernización del estado, se debe fortalecer a la Superintendencia, dándole autonomía y un orden jerárquico sobre las secretarias de salud municipal y departamental, para poder tener más control.

La SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, debe tener autonomía e independencia, se le deben dar herramientas más aceleradas y drásticas para determinar las sanciones que se acarreen a sus vigilados.

Debe dársele herramientas para que pueda aplicar en forma acelerada las sanciones a sus vigilados.

Falta de criterios unificados para el ejercicio de IVC, son todos distintos y la aplicación de la misma norma se hace de manera diferente, falta claridad en la norma o no hay aplicación errada de esta, eso hay que mirarlo.

Aunque hay normas no se tienen en cuenta, no se cumplen son letra muerta, y son discrecionales de quien está en el momento.

Encontramos una multiplicidad normativa en el tema específico de IVC, en donde además algunas normas son contradictorias.

Al parecer no hay definición clara de tipo normativo legal de cada entidad del sistema en lo que corresponde a IVC; si no hay claridad en esto, ¿cómo se puede hacer IVC en estas entidades?.

Se plantea que hoy la normatividad es confusa para aplicarla, la Circular única es una colcha de retrasos, terrible y dejando muchas cosas por fuera y generando una incertidumbre jurídica, no podemos aplicar la normatividad se pide una revisión y ajuste de la norma.

Hay que homologar las normas, darles claridad, se deben capacitar a las personas, hay problemas de regulación poca claridad en la norma de habilitación, a la vez existe inseguridad jurídica, se procede a realizar cambios sin hacer la evaluación de las anteriores normas, a las cuales no se les deja implementar. No hay derogatorias expresas, se expiden decretos sin señalar cuales deroga y cuáles no.

*Se propone resolver esa cantidad de normas que nos impiden el fortalecimiento y ponen tropiezos en el desarrollo de las actividades de la SNS. Hay que mirar el marco regulatorio en donde están las funciones para evitar la colisión de competencias.*

*Revisar el marco normativo para ver que falta o para aclarar las normas confusas para que el control sea eficaz.*

*Revisar, actualizar y simplificar la cantidad de normas que nos impiden el fortalecimiento y ponen tropiezos en el desarrollo de las actividades de la SNS.*

*Se plantea la organización de un Código de toda la normatividad del sector salud. Es una necesidad de todo el sector.*

*Revisar la normatividad relacionada con la UNIDOSIS en medicamentos y reasumir la política de precios de medicamentos la cual debe quedar en cabeza del MPS.*

*Hay que mirar por qué estamos fallando, por qué no hay regulación clara, por qué procuraduría no vigila los funcionarios de los entes de control.*

*La búsqueda de un sistema de IVC para un sistema de seguridad social soportado en un modelo de aseguramiento.*

*Que no se asignen funciones sin asignar recursos.*

*Obligatoriedad de quienes legislan y reglamentan de difundir las normas. Obligación de la difusión y capacitación para la implementación de la norma. Es importante la socialización de las normas porque pone las reglas de juego claras.*

*Existe retraso en atención y trámite de quejas. Por falta de la definición normativa y la cantidad de problemas que hay.*

*Mirar muy bien el tema del CONTROL y no hay que dejárselo sólo a la SNS y a la Contraloría; debe observarse la debilidad que hay en personal, y en recursos para hacer ese control. Además que se llega tarde a el control, llegamos es cuando todo ha pasado, teniendo en cuenta que debería ser PREVENTIVO no ya al final.*

*Es fundamental fortalecer la función preventiva de la SNS.*

*Desde el punto de vista preventivo con qué deberían contar las entidades de IVC, ejemplo contar con un sistema de administración del riesgo para identificar, cartera, todo el tema de administración del riesgo. Tener a los actores en una gran pantalla de monitoreo, esto es un buen sistema de información, lo cual le llega a través de CIRCULARES pero con estas no siempre se consolida esta información o se analiza la situación del actor, no siempre se consolida la información ni se analiza.*

*La Superintendencia Nacional de Salud se está mostrando con un rol coercitivo de manera prioritaria, falta más acompañamiento, recomendaciones de planes de cumplimiento; además, estaría siendo morosa en el traslado de las quejas que le llegan y que competen a las Entidades Territoriales de Salud.*

Entra el concepto preventivo que es lo que no se está haciendo la SNS es reactiva, castigadora y nada más, todo es amenaza, solo SOPENA y sacan normas, no hay capacitación para entenderla y aplicarla, hace falta desarrollar mucho más la parte preventiva.

En la parte REACTIVA no hay un proceso con el cual se aclare como tomar la queja o la divulgación de las irregularidades, no hay un proceso conocido que garantice el proceso reactivo de control, hoy hay un call center que se debe fortalecer, con él se le debe resolver el problema al usuario. El usuario pone la queja y luego no sabe si esta se resolvió o no.

Una vez recibida la inconformidad de cualquier actor, viene la sanción, esto es el control. Aquí hay unas limitantes de las autoridades de control para resolver un problema. La SNS no puede obligar, sancionar, cerrar una institución sin el debido proceso, la SNS identifica el tema y puede hacer traslados en a otras instancias de IVC sin embargo no se resuelve el tema.

El tema de flujo de recursos no está resultado llega a todas las autoridades de IVC pero no se tiene la recuperación de los recursos. Esto es un gran problema en el sector. Y cuando se resuelve algo administrativamente se encuentra el problema de los criterios y decisiones judiciales que terminan siendo diferentes y contrarios a lo definido administrativamente.

De quien es la culpa, será un tema de vigilancia?, responsabilidad de quien, o será que las entidades de control no tienen facultad de persuadir.

La Superintendencia Nacional de Salud tiene 230 funcionarios, es nacional, no existen oficinas en las regiones.

*Fortalecer a la SNS en recurso humano y tecnológico.*

No está haciendo presencia suficiente y efectiva en todo el territorio nacional, es mas resulta ampliamente desconocida en muchos lugares de la división político - territorial del país. Hay *que dar claridad en su competencia y evitar la centralización excesiva.*

*La SNS debe ser país, no solo central, hay desgastes administrativos cuando se hacen visitas para lo mismo por los organismos de control, deberíamos unificar las visitas y no realizar este desgaste.*

La falta de presencia de la SNS en el país, redundante en el hecho de que es centralizada lo cual no le permite ser oportuna, adecuada y suficiente, sin descuidar ninguno de los aspectos.

En muchos territorios no hay vigilancia de la SNS; se queda sin brazos para realizar lo que realmente le compete.

En materia de la Superintendencia Nacional de Salud hay que dar claridad en su competencia, y evitar la centralización excesiva.

Se debe discutir la descentralización de la SNS, competencia para la SNS; para los ET, o si simplemente se establece delegación de SNS a ET y concentración en esta de todo lo de IVC.

Lo cierto es que en materia de IVC de la calidad de la atención en salud y de sus aspectos organizacionales y administrativos, lo que se necesita es estar cerca del punto del servicio (paciente, usuario, del problema); se considera que esto no se está realizando, hay que volver a la figura de las delegaciones en los entes territoriales.

*La descentralización es una necesidad sentida, los usuarios lo piden a gritos y son quienes lo han solicitado. Pero se propone que haya desconcentración más no descentralización para evitar la burocracia territorial. Se plantea tener en cuenta como está organizado EL INVIMA que es el modelo de desconcentración.*

*Se plantean superintendencias delegadas territoriales bajo la figura de desconcentración, pero se discute que para qué las direcciones territoriales de salud si la supersalud se va a desconcentrar. Lo que se dice es que es necesario para que la SNS haga presencia no solo central sino en las regiones.*

**DESCONCENTRACIÓN:** *Transferencias de funciones administrativas que corresponden a órganos de una misma persona administrativa.*

**DESCENTRALIZACIÓN:** *Permite la transferencia de competencias a organismos distintos del poder central, que adquieren autonomía en la gestión de las respectivas funciones.*

*Los funcionarios de las regiones deben tener capacidad técnica, y suficiente idoneidad para llevar a cabo sus funciones. Para fortalecer la función de IVC de la superintendencia, con el fin de que se pueda llegar a lugares más apartados, los funcionarios que presten sus servicios en las regiones deberán tener la suficiente idoneidad, capacidad técnica, para que puedan ejercer de manera eficiente y eficaz sus respectivas funciones, para que no se sigan suscribiendo convenios, sino que se contrate personal para dichas regionales.*

*Fortalecer el mecanismo de monitoreo de quejas y seguimiento y acercar la SNS a las regiones, favoreciendo el modelo de desconcentración de sus funciones para que los usuarios puedan acceder en la región.*

*Fortalecer financieramente la gestión de la SNS.*

*Deficiencias en recursos humanos, tecnológicos, informáticos. Se requiere una especialización temática o por áreas de todo lo que es el sistema de salud y su control.*

*Se requiere de la capacitación de los profesionales que hacen parte de la IVC; ya que se nombra personal no idóneo y se cometen errores en el sistema de IVC.*

*Los funcionarios de la SNS deberán expertos que sepan del tema, y muy acertados en sus conceptos.*

*Debe darse capacitación a esos funcionarios especialmente por la magnitud de la injerencia que tienen.*

*Capacidad de gestión y fortalecimiento del recurso humano de la SNS. Fortalecer recurso humano y técnico institucional; Dentro de su desconcentración puede soportar su actividad, vinculando talento humano que garantice : idoneidad, experiencia y competencia.*

*Fortalecimiento del recurso humano y técnico, para fortalecer el control, el problema no es de norma, es la capacidad de quienes lo llevan a cabo.*

Al parecer, la Supersalud cuenta con planta de personal reducida, lo cual estaría generando ineficiencia e ineficacia en la gestión a cargo.  
*Existe notorio retraso en atención y trámite de quejas, al parecer mayor a dos (2) años.*

*La Supersalud ha venido adelantando actividades de IVC, echando mano de estudiantes de Instituciones de Educación Superior, lo cual puede resultar irregular e ilegal, en la medida que ese tipo de competencia solo corresponde al estado, en particular a las Autoridades de Salud; además, que naturalmente, dichos educandos no cuentan con el conocimiento, habilidades y destrezas de la IVC, tareas que ciertamente requieren competencias correspondientes calificadas y experiencia.*

*Revisar la posibilidad de fortalecer con equipos externos (Universidad o firmas especializadas) los procesos de I y V*

A las Universidades aliadas en la IVC, se les sobrevaloran y muchas veces no tienen la capacidad para IVC, no son garantía de éxito en el control por ser universidad simplemente.

Los Universidades no son una garantía, porque estas subcontratan y no lo hacen directamente. Si hay subcontratación esto se puede considerar ilegal porque debe haber presencia del representante de la autoridad de IVC en las visitas, debido esto a que si no hay presencia de esta autoridad en las visitas puede caerse cualquier proceso. Las universidades no tienen capacidad resolutoria adecuada.

*Soluciones.*

- *Fortalecimiento institucional per se de la SNS.*
- *Y las auditorías delegadas.*

La vigilancia y control son indelegables y eso llegaría a que los equipos externos no cabrían

*El artículo 40 parágrafo de la Ley 1122 establece que la SNS se puede apoyar con externos privados para ejercer IV, lo que debe establecerse es que las personas que van a realizar el soporte se les verifique si pueden soportar verdaderamente a la SNS y que surtan un proceso de verificación y de habilitación para eso y no llegue cualquier persona hacerlo.*

*Es necesario que estas firmas estén debidamente habilitadas por la superintendencia Nacional de Salud.*

Muchas veces encontramos conflictos de intereses con los actores departamentales, si se le dan funciones a los ET, si el gobernador puso a los gerentes de las ESE como se les dice que sancionen a estos.

Hay conflicto de intereses entre vigilantes y vigilados.

*Hay un régimen de inhabilidades e incompatibilidades, eso tiene que respetarse, ya está previsto, hay que conocer las normas y buscar los mecanismos para que se aplique.*

Existe conflicto de interés en el ET, y poca capacidad para verificar el cumplimiento de las normas de habilitación

Hay conflicto en las ET en la habilitación, por ser parte de las juntas directivas de ESE. Por eso la vigilancia de los bancos de sangre son del INVIMA y no de las ET para evitar situaciones y conflictos entre públicos y privados por que la secretaría los vigilaba a todos.

*La SNS debe reasumir la competencia frente a la habilitación de los prestadores en seguimiento de la política de desconcentración, y en previsión de las posiciones dominantes.*

*Hay que homologar las normas, darles claridad, se deben capacitar a las personas, no se debe quitar la capacitación de los verificadores, hay problemas de regulación poca claridad en la norma de habilitación. Inseguridad jurídica, se procede a hacerse cambios sin hacer la evaluación de las anteriores, que no se dejan implementar.*

*La idea es darle la verificación de la habilitación a las SNS desconcentrada en regiones.*

*Se requiere apoyo de otras entidades como fiscalía a las entidades territoriales para efectos de controlar prestadores no autorizados.*

El quejoso en aspectos de salud, manifiesta que con sus quejas ocurre el “peloteo” entre los diferentes organismos de IVC, e incluso entre diferentes dependencias de una misma entidad, hasta perder de vista el curso de su requerimiento.

Respecto a los ciudadanos los mecanismos de control no son bien organizados. Hay alianzas manipuladas en su conformación por las mismas EPS, generando conflicto de intereses; en esos casos, no existe régimen de inhabilidades e incompatibilidades.

No hay directrices claras para los usuarios.

Falta de canales de comunicación de los usuarios en el sistema para que haya mayor control social.

Las actividades de control social no son tenidas en cuenta como insumos. La idea es que se involucre esta red de control social, para favorecer las actividades de vigilancia.

*Se plantea el tema de la adecuada articulación de los usuarios al control.*

*Capacitación de la participación ciudadana para poder desarrollar el control social al sistema.*

Asociación de usuarios financiados por los vigilados y eso podía generar conflicto de intereses, hay que revisar bien lo de alianza de usuarios, que no fuera a través de IPS, o EPS.

Los Comités de Participación Comunitaria en Salud - COPACOS, lamentablemente se politizaron o no realizan gestión idónea; hoy están, pero ciertamente no hacen parte de IVC, son de Organismos de de coadministración.

Veedurías ciudadanas en salud, muy poco se ven, la figura no se ha desarrollado; al parecer hacen falta mecanismos del tipo de incentivos para que se conformen y funcionen, así mismo desarrollos normativos que la faciliten y le den por lo menos la opción de veto en decisiones administrativas, contractuales y asistenciales.

El estado no tiene un incentivo fuerte para las veedurías.

Cómo coordinar esto? Se puede, pero hace falta reglamentación, no se ha clarificado la situación de las veedurías, no tienen presupuesto para funcionar.

*Hay que buscar mecanismos para evitar la corrupción y protección a los ciudadanos que hacen vigilancia y control, a los veedores comunitarios, ya que las veedurías realizan vigilancia financiera en el sistema.*

*Hay que replantear la veeduría para hacerla efectiva. Hay que capacitar a quienes actúen como tales. Cómo evaluarían aspectos de calidad, tales como oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad de la atención en salud; si el mecanismo veedor no está articulado con otros de los organismos de IVC tanto internos de las entidades de salud como con las entidades de control externo, la gestión de veeduría ciudadana y social en salud quedaría como un saludo a la bandera.*

*El usuario debe tener un rol preponderante en el sistema de IVC, donde pueda realizar seguimiento y evaluación. No podrá ejercer la potestad del control por cuanto esta corresponde a los Organismos del estado.*

Los Comités de Ética Intra-hospitalaria, que también evalúan la calidad de la atención en salud, y que deben operar en todo prestador institucional de servicios de salud; no operan en los privados ya que estas consideran que dicha figura es solo de las entidades públicas.

La información del Ministerio y de la Supersalud no coincide e impide una buena IVC, se plantea no cambio normativo sino gestión.

Al parecer hace falta, o no es adecuado el actual Sistema de Información en IVC de salud, a partir del establecimiento de un proceso de seguimiento, evaluación y control, además de que sea útil y suficiente para la toma de decisiones oportunas y eficaces.

*Información unificada del sector salud con otros sectores diferentes a los de salud.*

*Fortalecimiento de un sistema de información obligatorio para todos los participantes en el SGSS. El cual debe estar en cabeza de un solo ente en este caso del MPS.*

*Centralización del sistema de información en salud en el MPS como entidad única responsable, y que sea de acceso fácil a todas las entidades de IVC y los vigilados y así no duplicar esfuerzos en la IVC. Todo el sistema de SISPRO debe mantenerse aun cuando se de lugar a la división del MPS.*

Hace falta establecer un sistema de administración del riesgo, tanto en salud como en IVC de salud.

*Fortalecer un sistema de administración de riesgo en todo el SGSSS.*

*El sistema de administración del riesgo es magnífico, porque hay que construir indicadores, lo mismo el sistema de información en salud. Hablamos de un sistema de seguridad social, un sistema de protección social y un sistema de IVC a parte? Esto no puede estar por fuera, debe estar integrado.*

*Se debe fortalecer el principio de la publicidad y el de oportunidad dentro de los mecanismos de VYC, hacerse revisión de si se está cumpliendo lo ordenado en esta materia por la Corte Constitucional.*

Falta vigilancia y control de los POS y demás planes de salud de los diferentes regímenes que existen en el territorio nacional, de los planes territoriales de salud, del plan de Intervenciones Colectivas en Salud –PICOS, las acciones de Promoción y prevención. Mucha de esa plata se pierde, enfermedades prevalentes controladas ayer, hoy están disparadas. En algunos entes territoriales el 85% de los recursos se pierden por corrupción, despilfarro, falta de racionalización en el gasto, acciones realizadas por personal no idóneo, y con el 15% restante se paga publicación y as pólizas de cumplimiento del caso; en fin eso ocurre por falta de operativización eficiente y efectiva en los mecanismos de IVC.

Falta inspección, vigilancia y control sobre calidad y precio de elementos básicos de carácter social y de consumo obligatorio, tales como instrumental, equipos, insumos varios, tecnología y medicamentos, ya sea por deficiencias normativas, definición de competencias más precisas, mejores desarrollos normativos en IVC; lo anterior por falta de recursos tecnológicos, científicos, económicos y de talento humano idóneo.

Hay deficiencias graves en la Inspección, Vigilancia y Control sostenida eficiente y eficaz sobre la calidad de los medicamentos desde los insumos básicos, los procesos de producción, comercialización, importación, exportación y expendio o suministro final, y lo mismo ocurre en equipos médicos del sector de la salud.

Falta la INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL sobre el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

En cuanto habilitación de prestadores como de Entidades administradoras, ¿Realmente son los que están, o allí están los que son? Dónde están los procesos sancionatorios al respecto para quienes hayan incumplido las normas al respecto?.

*Si se unifican los POS y se definen criterios claros y mínimos de la calidad en los servicios de salud, se reduciría el problema administrativo del ejercicio de la IVC.*

Excesiva utilización de mecanismos de defensa, ejemplo acciones de tutela.

Uso excesivo de tutela, hay una serie de incentivos que lleva a esto. Incentivos para recobrar al Fosyga, uso indiscriminado de nuevas tecnologías.

*La propuesta de manejo Ley estatutaria, manejo residual de servicios NO POS por un organismo técnico independiente de las entidades que participan en el sistema. Revisar y fortalecer que sea el INS quien asuma la función de acuerdo al art 33 de la ley 1122*

*Por eso ello debe manejarse con un POS robusto que se complementen con los demás planes de beneficios del sistema esto es con PIC y todo lo relacionado con el artículo 49 de la CP, y se*

*propone a nivel legislativo un órgano independiente de todas las entidades que participan en el sistema, estatal, ubicado, realmente técnico científico, que haga evaluación de pares, ya que la corte dice que no es científico no tienen la competencia técnica, científica para controvertir el concepto del médico tratante y si hay discrepancia prima el concepto del médico tratante, por eso se propone un verdadero CTC científico y técnico.*

*Es necesario claridad en las entidades de los planes de beneficios, y de cómo se complementan. La Regulación no es clara y cuando no es clara como se va a exigir y sancionar. Debe haber verdaderamente una complementariedad en los planes que están no solo del POS, esto es mucho más integral. Un ejemplo de ello lo relacionado con riesgos profesionales y riesgo común.*

*Las quejas de los usuarios no se resuelven con la oportunidad requerida. Debe darse claridad sobre responsabilidades de cada una de las entidades que garantizan planes de beneficios POS, ARP, ECAT, SOAT; PIC, PNSP y su complementariedad. Definir una jurisdicción especializada para que la atención de las tutelas tenga elevados estándares técnicos para resolver las peticiones.*

*Es indispensable que a través de la ley estatutaria se limite el alcance de los servicios y el uso de los derechos en salud, teniendo en cuenta la capacidad de pago de las personas.*

*Teniendo en cuenta que la corte constitucional definió el Derecho a la Salud como un derecho fundamental autónomo hecho que permite fijar límites y definir su núcleo esencial básico, se propone dar competencia a un organismo propio de dirección del sistema que defina expresamente las competencias de cada uno de los actores administradores de planes de beneficios para que la supersalud le realice trazabilidad al desarrollo y oferta de los planes, programas y procedimientos otorgados o negados por los aseguradores.*

*Reglamentación del autocuidado de la salud de las personas. Establecer el marco normativo de hasta dónde llega, cómo se maneja y capacitar a las personas en ello.*

El Ministerio Público (Procuradurías, Defensorías del Pueblo y Personerías), las Contralorías (General de la República, Departamentales, Distritales y Municipales), la Auditoría General de la Nación, los Órganos Legislativos (Congreso, Asambleas, Consejos Distritales y Municipales) han venido desapareciendo con el paso de los años en su actuar sobre el Sector de la Salud, o llegan demasiado tarde cuando todo está consumado, además de lo moroso de sus gestiones, o el hecho que no terminan en nada, los quejosos se quedan sin saber que ocurrió en últimas con su denuncia, o los irregulares hechos quedan impunes.

La Defensoría Delegada para la salud y La Seguridad Social, se redujo a ser un programa a cargo de Secretaría General, que es una dependencia de tipo administrativo. ¿Para qué de sus investigaciones si no se hace sentir con la exigencia de la adopción de medidas correctivas de los hechos que amenazan o han vulnerado los Derechos Humanos en Salud?. En fin, hay problemas de presencia oportuna, adecuada y efectiva del Ministerio Público.

Se han dado unos derechos en salud sin límites, y esto es lo que está justificando la autonomía de los profesionales de pedir lo que quieran y eso está trayendo graves consecuencias. Esto hay que integrarlo en la IVC.

Hay que proponer algo efectivo, técnico y algo que verdaderamente intervenga el problema de los recobros por medicamentos, insumos y procedimientos que se están dando por tutela sin que ciertamente sean necesarios, gastando la figura tutelar para lo que en verdad sea requerida, ejemplos: la hormona para crecimiento que hoy se están pidiendo para adelgazar.

*Todo esto se arreglaría con un plan único e integral de salud.*

Hay vacíos, se ajustaron los estándares de habilitación y que esta competencia era de las DTS, y se sacaron unos básicos que deben cumplir los PSS. Los médicos debían auto regularse y sus asociaciones y federaciones científicas debían auto regularse.

El medicamento se está fraccionando y utilizando para otras cosas por los médicos, cuando hay indicaciones claras dadas por el INVIMA, se utiliza por fuera de estas indicaciones, qué hacer ante ello? Sólo autorregulación, y control ético en el ejercicio profesional por las asociaciones médicas?

La preocupación del INVIMA, es que se desgasta dando registros sanitarios, y lo que se observa es que los medicamentos se están prescribiendo por fuera de las indicaciones que se hacen por el mismo INVIMA, para cosas distintas para los cuales fueron indicados.

*En medicamentos y dispositivos médicos tampoco hay vigilancia y control la propuesta es entregarlo al INVIMA para controlar prescripción distribución y clasificación de medicamentos y dispositivos médicos.*

Medicamentos, dispositivos y elementos médicos, tienen falta de vigilancia y control; el INVIMA no tiene competencia para controlar a los profesionales que prescriben los medicamentos para usos no registrados (caso hormona de crecimiento)

*Sería interesante que el INVIMA tenga el control sobre toda la trazabilidad del medicamento hasta la distribución de este. Desde que lo aprueba hasta su distribución y dispensación. Y le dan a la secretaría que se fortalezcan en lo que deben hacer y se fortalezcan en lo suyo.*

*Control del INVIMA sobre toda la trazabilidad del medicamento y los dispositivos médicos hasta la distribución de estos, esto es, desde que se aprueban hasta su distribución y dispensación. Control de la prescripción, distribución y clasificación de medicamentos y dispositivos médicos en cabeza del INVIMA.*

*Control al precio de medicamentos y dispositivos médicos en cabeza del MPS.*

El aporte es tener en cuenta todos los organismos sujetos de control. Se debe investigar cuando se da un medicamento con un soporte médico no adecuado. Se deben tocar todos los aspectos y que se controle la rigurosidad en la prescripción, se controle y cuestione a los médicos que formulen mal.

Los profesionales de la salud son parte fundamental del Sistema de salud y deben ser parte de los vigilados.

La autorregulación perfecta, pero no es lo único, debe existir una entidad estatal que controle y vigile esto, para cumplir el fin último que es garantizar el acceso y la obtención de servicios de salud de efectivos.

*En el tema de profesionales de la salud no hay un control administrativo, sobre historias clínicas y prescripción se propone que la haga la supersalud y sea regulado por la ley.*

*Autorregulación de los profesionales de la salud y definición de instancias administrativas de control, adicionales y/o complementarios a los tribunales de ética médica.*

*Control administrativo sobre historias clínicas y prescripción de los profesionales de la salud en cabeza de la SNS.*

Hay graves problemas con la educación del talento humano en salud, con la idoneidad del recurso humano, ha sido difícil hacerle seguimiento a la cantidad de títulos que están expidiendo y no hay verdadero control en esto, o apoyo en esto por parte del Sector de Educación Superior.

*Incluir en el pensum académico de los estudiantes, los deberes y derechos en el Sistema de Protección Social.*

Los cursos técnicos la invención de títulos no es bien regulada y está causando serios inconvenientes en el sector.

*Coordinación con el Ministerio de Educación para la preparación del recurso humano del sector salud.*

No existe un mapa de procesos que garantice que el ciclo de control se cierra. Debe existir la trazabilidad del procedimiento y de las solicitudes elevadas, y que su producto sea visible al ciudadano.

*Revisar la normatividad relacionada con la UNIDOSIS en medicamentos y revisar la política de precios de medicamentos.*

*Se propone a nivel legislativo un órgano independiente de todas las entidades que participan en el sistema, que sea estatal, realmente técnico científico, que haga evaluación de pares, ya que la corte establece que los actuales CTC no tienen la competencia técnica ni científica para controvertir el concepto del médico tratante y si hay discrepancia entre estos dos, prima el concepto del médico tratante, por eso se propone un verdadero Comité científico y técnico. Se propone que este nuevo ente quede en cabeza del INS.*

*Fortalecimiento de los comités de farmacia para darle mayor aplicabilidad, a estos*

*Eliminación de los Operadores de régimen subsidiado. Constituyen una intermediación innecesaria en el RS, y enmascara ineficiencias municipales que deben suplirse.*

*Los mecanismos de control deben ser no solo EFICIENTES sino EFICACES.*

*Debe revisarse la severidad de las sanciones, por que las multas se pagan y ya. En donde se cierre la entidad y se vea que n o solo no atiende sino que pierde dinero a la vez.*

La vigilancia se está convirtiendo en vigilancia de papel, o se realiza sin capacitación del profesional que va a realizar la vigilancia en el mercado, y debe ser bien pagado para no prestarse a la corrupción.

*Asistencia técnica de la SNS a las autoridades que hacen parte del Sistema de IVyC.*

*Acceso permanente a las bases de datos de la DIAN para el desarrollo de la IVyC.*

No hay información adecuada sobre cómo opera el sistema para los actores y la población no lo conocen bien.

*La comunicación a la población de sus deberes y derechos para que puedan ejercer el verdadero control social, no tienen ni idea de qué es el sistema que les cure y mucho menos de cómo actúa la IVC para hacer valer sus derechos, igual pasa con los medios de comunicación que enredan el asunto, tergiversan la información y no son multiplicadores sino generadores de caos e incomprensión del sistema.*

*Lo que se necesita es que los PSS y los profesionales conozcan la norma, la aprendan y la pongan en funcionamiento.*

Se informa tener en cuenta lo que tiene que ver con las INTERVENCIONES FORZOSAS PARA ADMINISTRAR Y LIQUIDAR las cuales no deberían ser de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud porque sería juez y parte, en el asunto interviene y se vigila a la vez, esto debería ser de resorte del Ministerio de la Protección Social o de presidencia.

*La intervención forzosa y la liquidación de los vigilados deben quedar en cabeza del MPS o de la presidencia de la república para que sobre estos pueda también ejercerse IVC y no constituir conflicto de intereses.*

El otro punto es el área de la justicia, cuando salen tutelas que no tienen nada que ver, van en contra de la Ley es un punto que debemos tener en cuenta, el problema de los fallos de tutela exorbitantes. No obstante la Corte constitucional se está asesorando bien en el campo pero los Jueces de primera instancia no lo están haciendo allí se debe buscar fortalecerlos a través de estos mecanismos y buscar recursos que financien esto, o buscar jueces especializados en salud para evitar los desmanes que se evidencian en los fallos.

Se define el marco normativo y la creación de la superintendencia delegada de la función jurisdiccional y de conciliación, la norma que le da vida es el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007. Se plantea que la norma define los 4 casos en los cuales puede actuar como juez, el primero de ellos e cuando exista negativa de la cobertura del POS pero desapareció la posibilidad de tomar medidas cautelares que traía la Emergencia Social en Salud. El segundo es el reembolso de recursos, el tercero es la multifiliación y por último la libre elección y de movilidad.

Actualmente se aplica el proceso verbal sumario, porque para ejercer la facultad jurisdiccional no podía tramitarse por un procedimiento administrativo, hay un fallo, sentencia y debe ser sujeto a apelación, por eso se aplica el verbal sumario como procedimiento. Se ve sencillo el procedimiento, pero este procedimiento verbal sumario, que se está imponiendo por ley 1395 de 2010, para los casos de salud no es un procedimiento expedito.

El usuario puede hacerlo en su propio nombre por virtud del derecho de petición, nunca van acompañados de abogados, ahora todo es centralizado y mandan a través del correo su derecho de petición y cuando se le pide que lo sustenten cuando adolecen de pruebas se le corre traslado, y mientras esto se surte se demora mucho tiempo, el usuario como está fuera de Bogotá, nunca viene a las audiencias de conciliación, es decir en la etapa probatoria tenemos un trancón, alegatos de conclusión el usuario no tiene ni idea de esto en cambio la EPS con su pull de abogados si tiene como y sabe cómo. Pero no se debe olvidar que los jueces deben ser imparciales y no pueden guiar al usuario. Hay unos vacíos en esta norma.

*Se debe:*

*En primer lugar, buscar que el procedimiento sea más expedito, y que el que se aplique sea el mismo de las TUTELAS.*

*En segundo lugar resucitar el defensor del usuario, pero las decisiones que tome no deben ser de carácter vinculante, debe estar defendiendo los usuarios frente a las EPS, el defensor del usuario podría actuar ante la función jurisdiccional como defensor del usuario.*

Hay un tema donde la SNS se ha sentido maniatada, el tema del CONFLICTO DE GLOSAS, el espíritu del art 41 es absolver los problemas que aquejen a los usuarios de salud, pero no es claro el conflicto entre asegurador y prestador, pero por ese conflicto los PSS empiezan a no prestar servicios y el usuario empieza a tener problemas, y el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007 dice que si el desacuerdo persiste se acudirá a la SNS en lo de Ley para el conflicto de glosas, pero no hay norma que así lo defina, lo que se ha hecho es utilizar el mecanismo de la conciliación pero al conciliador no le asiste la función de juez para definir quien tiene o no la razón.

*Debe estudiarse la posibilidad de que ese conflicto pueda ser solucionado a través de la función jurisdiccional. La idea es no solo EPS Vs PSS, sería ver todos los casos de glosas y de las entidades en que se este conflicto por glosas se presenten.*

La figura de la conciliación, hay que ver que el mismo delegado hace las veces de conciliador y de juez. Debería estar aparte el uno del otro pero eso no es así por Decreto es el mismo funcionario para el uno y para el otro. Hay conflicto en esto, y hay inhabilidades para que conciliadores no puedan conocer como jueces, por eso el delegado se debe cuidar en no recaer en inhabilidades. Cuando se impuso la figura para solucionar los conflictos, la idea era resolver los conflictos de usuarios y actores del sistema para que no se vean afectados los derechos, pero realmente ha tenido más actividad en el flujo adecuado de recursos, y son conciliadores del flujo de recursos y se dejó a un lado el usuario.

*Es necesario de que estas dos funciones se separen un delegado que actúe como juez, y un delegado que actúe como conciliador.*

*Todos los casos de negación de cobertura que se conocen por jurisdiccional se pueden conocer por conciliación, y todas las demás del artículo 41, el tema de glosas, entre otros casos. Por eso es necesario dividir esas dos figuras, para no crear impedimentos ante la función jurisdiccional.*

Es confuso el rol conciliador que la ley ha dado a la Supersalud en relación con las tareas de IVC que le corresponde adelantar en aspectos presupuestales y financieros del sector salud, donde incluso intervienen dos (2) dependencias de ese Organismo.

El conciliador cuando se hacen audiencias, las hace el profesional pero no es lo mismo que sea él que el delegado, por eso se analiza la necesidad de crear un centro de conciliación donde el delegado sea el director pero los profesionales asuman las conciliaciones.

Se levantan actas de acuerdo de no acuerdo, y desistimientos. No existe revisión por un superior, el control de legalidad no lo ve un superior lo hacen por sí mismos, diferente a lo de procuraduría. La ley los facultó para no tener control de legalidad.

El FOSYGA no quiere asistir a las conciliaciones ante SNS por que manifiesta que solo lo puede hacer ante procuraduría.

Las entidades territoriales tampoco han respondido a estos procesos.

Hay un problema no hay competencia para hacer valer los títulos de conciliación. Este delegado no asume IVC, ese tema se tiene que trabajar en forma armónica con la delegada de IVC de recursos, pero la delegada de conciliación no lo puede pedir, para evitar inhabilidades, y lo otro es mirar hasta donde la delegada de recursos puede o no ver el incumplimiento del acuerdo de flujo de recursos. El conciliador no puede exigir, ni mirar si pagó o no pagó, no se pueden meter en el campo de IVC, esto sería competencia de la delegada de recursos, mensualmente se le reporta al superintendente que se ha hecho para que en la competencia de IVC se pueda entrar a ver esto hay que generar un camino para que la delegada de recursos pueda entrar a verificar y sancionar el incumplimiento de las obligaciones conciliadas. La delegada de recursos según 1018 de 2007 tiene funciones definidas, sin necesidad de requerimientos, pero se considera que esta delegada haga seguimiento a los acuerdos conciliatorios que haga la delegada de conciliación.

*Se plantea como propuesta que se utilicen a nivel nacional las cámaras de comercio con una sala especializada en salud, y que frente a los usuarios se subsidie la actuación ante estas y frente actores del sistema no se subsidie la actuación.*

Los acuerdos que se han venido suscribiendo entre Pagadores, Prestadores y la Supersalud en las mesas de conciliación siguen vivos pero sin resolución; es más, los Prestadores de Servicios de Salud se han visto en la necesidad de instaurar procesos judiciales para lograr que las Entidades Pagadoras les cancelen las deudas.

Se requiere ver lo que ordena ya el Decreto 1018 que está bien organizado pero no se ha desarrollado, debe haber una política con lineamientos de acuerdo a las necesidades del país y que genere impactos en la IVC, no hay una verdadera política de IVC, y ese es uno de los puntos del 1018, el cual hay que fortalecer.

El sistema de IVC se debe financiar de una manera independiente y no con los recursos del régimen subsidiado, ya que se quiere cargar al régimen subsidiado todo y se está desfinanciando esto, más teniendo en cuenta que los recursos de RS son de destinación específica cómo es que ahora de allí se van a sacar recursos para IVC, esto no sería inconstitucional por la destinación específica de los recursos

## **RECOMENDACIONES**

Fortalecer:

1. El sistema de administración de riesgo en todo el SGSSS.
2. La función preventiva de la SNS.
3. El sistema de información obligatorio para todos los participantes en el SGSSS. El cual debe estar en cabeza de un solo ente en este caso del MPS.
4. El recurso humano y tecnológico de la SNS.
5. A la SNS con equipos externos (Universidad o firmas especializadas) en los procesos de Inspección y Vigilancia, pero se plantean dificultades de orden constitucional y legal. Es necesario que esta firma esté debidamente habilitadas por la superintendencia Nacional de Salud.

Jueces especializados de salud de la rama judicial. Se considera que debería haber jueces especializados en salud con trámites ágiles.

Procuraduría delegada para el sector de la salud.

Desconcentración de las funciones de la SNS a nivel territorial o regional. Se plantea tener en cuenta como está organizado EL INVIMA que es el modelo de desconcentración.

**SE PROPONE QUE HAYA DESCONCENTRACIÓN Y NO DESCENTRALIZACIÓN.**

Autorregulación de los profesionales de la salud y definición de instancias administrativas de control, adicionales a los tribunales de ética médica. Se propone que se tenga en cuenta que las mesas definen algunas como adicionales y otras como complementarios.

Adecuación técnica y capacidad institucional de las entidades encargadas de IVC para el cumplimiento de sus competencias en todos los niveles territoriales.

Se debe instituir la revisión periódica de las capacidades operativas de las entidades encargadas del IVC.

Asociación de usuarios financiados no organizados por prestadores ni aseguradores, ni financiados por estos, ya que genera conflicto de intereses.

Centralización del sistema de información en salud en el MPS como entidad única responsable, y que sea de acceso fácil a todas las entidades de IVC y los vigilados y así no duplicar esfuerzos en la IVC. Todo el sistema de SISPRO debe mantenerse aun cuando se de lugar a la división del MPS.

Canales de comunicación de los usuarios en el sistema para que haya mayor control social.

Articulación de los actores de IVC en el sistema. Cada una de las autoridades hace su trabajo con normas explícitas. Se debe aclarar explícitamente las competencias de cada actor.

Eliminación de los operadores de información del régimen subsidiado.

Control del INVIMA sobre toda la trazabilidad del medicamento y los dispositivos médicos hasta la distribución de estos, esto es, desde que se aprueban hasta su distribución y dispensación.

Control al precio de medicamentos y dispositivos médicos en cabeza del MPS.

Control de la prescripción, distribución y clasificación de medicamentos y dispositivos médicos en cabeza del INVIMA.

Control administrativo sobre historias clínicas y prescripción de los profesionales de la salud en cabeza de la SNS.

La vigilancia y control de lo financiero de los vigilados en el sector salud no debe pasar a la Superintendencia Financiera. Como la Vigilancia y Control de los vigilados debe fortalecerse ya sea fortaleciendo la SNS.

Respecto a las firmas interventoras se propone que se debe fortalecer la institucionalidad pero que también se puedan buscar terceros para que apoyen la función de Inspección y Vigilancia, pero debe buscarse que estas firmas sean habilitadas para ello por la SNS

Entregar el proceso de verificación de la habilitación de servicios de los prestadores de servicios de salud a las delegadas territoriales en la desconcentración regional de la SNS.

Complementariedad en los planes de beneficios del sistema de salud Colombiano, teniendo en cuenta que sólo se habla del POS y esto es mucho más integral. Debe manejarse con un tema de ley ESTATUTARIA, con un POS robusto que se complemente con los demás planes de beneficios del sistema. Se plantea un plan universal con exclusiones y no un plan limitado con exclusiones.

Se propone a nivel legislativo un órgano independiente de todas las entidades que participan en el sistema, que sea estatal, realmente técnico científico, que haga evaluación de pares, ya

que la corte establece que los actuales CTC no tienen la competencia técnica ni científica para controvertir el concepto del médico tratante y si hay discrepancia entre estos dos, prima el concepto del médico tratante, por eso se propone un verdadero Comité científico y técnico. Se propone que este nuevo ente quede en cabeza del INS.

Fortalecimiento de los comités de farmacia para darle mayor aplicabilidad, a estos.

Debe dársele herramientas apropiadas a la SNS para que pueda aplicar en forma acelerada las sanciones a sus vigilados.

Se debe dar a la SNS autonomía y se le debe dar el orden jerárquico que esta requiere.

Los funcionarios de la SNS a nivel nacional y regional deben tener capacidad técnica, y suficiente idoneidad para llevar a cabo sus funciones.

PARA FORTALECER LA FUNCIÓN DE IVC DE LA SUPERINTENDENCIA, CON EL FIN DE QUE SE PUEDA LLEGAR A LUGARES MAS APARTADOS Y QUE LOS FUNCIONARIOS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS EN LAS REGIONES ESTOS DEBEN TENER LA SUFICIENTE IDONEIDAD, CAPACIDAD TÉCNICA, PARA QUE PUEDAN EJERCER DE MANERA EFICIENTE Y EFICAZ SUS RESPECTIVAS FUNCIONES, QUE NO SE SIGAN SUSCRIBIENDO CONVENIOS, SINO QUE SE CONTRATE PERSONAL PARA DICHAS REGIONALES.

División de la función jurisdiccional de la de conciliación de la SNS e incluir en las facultades jurisdiccionales el tema de glosas.

Necesidad de crear un procedimiento más ágil, expedito en la función jurisdiccional de la SNS.

Se plantea la figura del DEFENSOR DE SALUD con cargo a los recursos del Presupuesto General de la Nación y es importante que no tenga nada que ver con el prestador y con el asegurador. Este hará presencia en los procesos adelantados en la función jurisdiccional de la SNS para proteger al usuario. Formará parte de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO.

Crear un COMITÉ INTERSECTORIAL que analice los casos de mayor urgencia de vigilancia de la parte financiera y de calidad de prestación de servicios de salud, y que entregue informes periódicos al respecto.

El régimen de inhabilidad e incompatibilidad es muy importante revisarlo, hay que mirar si lo que existe actualmente es suficiente o no. Los regímenes de inhabilidades e incompatibilidades deben ser expesos y reales para evitar conflictos en los actores del sistema y con los actores del sistema.

Se manifiesta que uno de los problemas del sistema es la falta de articulación de los actores se rescata el concepto o instancia de COORDINACIÓN en donde deberán participar las instancias de IVC nacionales, territoriales y de la comunidad en un sistema de IVC.

La intervención forzosa y la liquidación de los vigilados deben quedar en cabeza del MPS o de la presidencia de la república para que sobre estos pueda también ejercerse IVC y no constituir conflicto de intereses.

Revisar el marco regulatorio en donde están las funciones para evitar la colisión de competencias.

Revisar el marco normativo para ver que falta o para aclarar las normas confusas para que el control sea eficaz.

Revisar la normatividad relacionada con la UNIDOSIS en medicamentos y reasumir la política de precios de medicamentos la cual debe quedar en cabeza del MPS.

Revisar, actualizar y simplificar la cantidad de normas que nos impiden el fortalecimiento y ponen tropiezos en el desarrollo de las actividades de la SNS.

Se plantea la organización de un Código de toda la normatividad del sector salud. Es una necesidad de todo el sector.

Hay que homologar las normas, darles claridad, se deben capacitar a las personas, hay problemas de regulación poca claridad en la norma de habilitación, a la vez existe inseguridad jurídica, se procede a realizar cambios sin hacer la evaluación de las anteriores normas, a las cuales no se les deja implementar. No hay derogatorias expresas, se expiden decretos sin señalar cuales deroga y cuáles no.

Obligatoriedad de quienes legislan y reglamentan de difundir las normas. Obligación de la difusión y capacitación para la implementación de la norma. Es importante la socialización de las normas porque pone las reglas de juego claras.

La información del Ministerio y de la Supersalud no coincide e impide una buena IVC, se plantea no cambio normativo sino gestión.

Establecer el concepto preventivo en la SNS, que es lo que no se está haciendo la SNS es reactivo, castigador y nada más, todo es amenaza, hace falta desarrollar mucho más la parte preventiva.

Incluir en el pensum académico de los estudiantes, los deberes y derechos en el Sistema de Protección Social.

Reglamentación del autocuidado de la salud de las personas. Establecer el marco normativo de hasta dónde llega, cómo se maneja y capacitar a las personas en ello.

Se recomienda retomar LA RED DE CONTROLADORES que hacia el año de 1998 se organizó para trabajar en conjunto en el control y evitar duplicar esfuerzos.

Se debe fortalecer la publicidad de los mecanismos de VYC

Se requiere aplicar lo ordenado el Decreto 1018 de 2007 que está bien organizado pero no se ha desarrollado, debe haber una política con lineamientos de acuerdo a las necesidades del país y que genere impactos en la IVC, ese es uno de los puntos del 1018, el cual hay que fortalecer.

Los mecanismos de control deben ser no solo EFICIENTES sino EFICACES.

Capacitación de la participación ciudadana para poder desarrollar el control social al sistema.

Asistencia técnica de la SNS a las autoridades que hacen parte del Sistema de IVyC.

Acceso permanente a las bases de datos de la DIAN para el desarrollo de la IVyC.

Coordinación con el Ministerio de Educación para la preparación del recurso humano del sector salud. Los cursos técnicos la invención de títulos no es bien regulada y está causando serios inconvenientes en el sector.

Decreto reglamentario 2376 de 2010 de los escenarios de práctica y requisitos de habilitación y quienes tienen que revisarlo es las ET. Aquí hay que establecer mecanismos de coordinación para estos aspectos.

Se plantea que el registro de los PSS y entidades administradoras lo haga una entidad privada previa capacitación de este privado y certificación de este privado. Si van certificados el ET les acepta el registro, si no. Sería un prerrequisito de la habilitación. Si hay una falla en V y C de estos actores responde solidariamente el que lo capacitó y registró. Hay 39 empresas certificadoras en el mundo 7 en Colombia instaladas. Su obligación es acompañarlos, en este modelo, lo va a tener que acompañar permanentemente no solo certificarlo porque si cae en algo la firma certificadora también cae y será sancionada.

Pero esto abre los costos de los PSS y administradores? se plantea. La Super toma la habilitación y si quiere apoyarse la super en firmas auditoras lo hace con lo que ya hablamos.

La vigilancia se está convirtiendo en vigilancia de papel, o se realiza sin capacitación del profesional que va a realizar la vigilancia en el mercado, y debe ser bien pagado para no prestarse a la corrupción.

No hay información adecuada sobre cómo opera el sistema para los actores y la población no lo conocen bien.

Lo que se necesita es que los PSS y los profesionales conozcan la norma, la aprendan y la pongan en funcionamiento.

Debe revisarse la severidad de las sanciones, por que las multas se pagan y ya. En donde se cierre la entidad y se vea que n o solo no atiende sino que pierde dinero a la vez.

## Relatoría

### **PRIMERA SESIÓN.**

Inicio: 8 y 30 de la mañana.

Presentación de los participantes.

Exposición de cómo va a ser el trabajo de las mesas.

El doctor Sierra, Coordinador hace un preámbulo de cómo está estructurada la Superintendencia Nacional de Salud como rector del sistema de inspección, vigilancia y control.

Se define que a través de ella, se vigilan los recursos, las aseguradoras, los prestadores de servicios de salud, y otros actores del sistema de salud. Aclarándose que La vigilancia se realiza sobre el recaudo, la administración y la aplicación de los recursos.

Se establece que en cada mesa en la que se debatan los temas, debe nombrarse un relator para que exponga lo que se discutió y concluyó cada mesa.

Respecto a los temas se considera hacer una exposición del tema, motivarlo e iniciar la discusión sobre este, y que cada uno determine en que mesa desean trabajar.

Se propone que se mire el TERMINO DE CAPACIDAD en las tres palabras que conforman la mesa de discusión INSPECCIÓN, VIGILANCIA, como se articula, Y CONTROL, capacidad resolutive real.

Se establece que esto está normatizado y que se puede mirar es qué le hace falta o si está bien.

Se propone un mecanismo metodológico, como son tres sesiones, es conveniente, con la participación de todos:

1. Realizar un diagnóstico de lo que ha sido IVC desde la Ley 9 de 1979, ya que existen muchas normas que lo establecen.
  - 1.1. Lo operacional de cada uno de los actores del sistema, desde el punto de vista ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO.
  - 1.2. Sobre lo presupuestal y financiero.
  - 1.3. Sobre lo organizacional y administrativo.
2. Debilidades.
3. Propuestas correctivas sobre el caso.

La intención es hacer una verdadera reforma y no paños de agua tibia.

La Coordinación establece que miremos cómo está definida la IV y C, para trabajar sobre lo descrito en la Ley 1122 de 2007, por lo cual se hace lectura de lo definido en la norma sobre IVC.

Se propone que todos participen y lleguen a unas conclusiones generales.

Se plantea que está normatizado pero hay que ver si es suficiente o si hay problemas en su aplicación.

Es necesario hablar de participación ciudadana en el control al cual llamaremos CONTROL SOCIAL.

Esto es el cómo está y luego planteemos soluciones para controlar los recursos públicos de salud.

Las diferentes mesas hablan de participación social y no se ve participación de estos, se debe convocar a los pacientes.

Es ir un poco más allá del análisis de lo que hoy se presenta como proyecto de reforma para buscar salidas eficientes a la crisis de la salud.

Se plantea analizar la sentencia T - 760 de 2008 para ver si los roles de los actores están bien definidos.

Observar también la Ley 715 de 2001 que habla de los recursos del sector ya que hay falta de control sobre estos.

Mirar muy bien el tema del CONTROL y no hay que dejárselo sólo a la SNS y a la Contraloría; debe observarse la debilidad que hay en personal, y en recursos para hacer ese control. Además que se llega tarde a el control, llegamos es cuando todo ha pasado, teniendo en cuenta que debería ser PREVENTIVO no ya al final.

Hay propuestas de los Senadores Merlano, Ballesteros, y de la Dra Toro, sería importante saber cuál es la propuesta del gobierno y con base en esta se haría la discusión y la participación sería ayudar a revisar esto.

Hay que empezar a identificar temas específicos de qué se necesita cambiar y qué fortalecer.

Identificar situaciones actuales que puedan ser problemática en el sector, y plantear sobre ello que soluciones puede haber o qué puede ser sujeto de revisión.

La IVC, es de todo el sistema debemos ir de lo MACRO a lo MICRO identificar problemas MACRO, la estructura, que está pasando con Supersalud, Entes territoriales y demás actores del sistema, y qué se debe corregir.

Hay consenso en lo anterior, ver si la solución legal es escasa, si la SNS y los ET están cumpliendo o no.

Se propone discutir la descentralización de la SNS, competencia para la SNS; para los ET, o si simplemente se establece delegación de SNS a ET y concentración en esta de todo lo de IVC.}

Revisión de la competencia sobre recursos de Monopolios Rentísticos, si esto podría ser competencia de otra entidad como la DIAN.

Estudio de lo relacionado con LAS INTERVENCIONES de los actores del sistema de salud Colombiano.

Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento del sistema de IVC.

Se propone trabajar sobre los conceptos que hay hoy.

El proyecto de Ley va de la mano con los conceptos de la Ley 1122 de 2007.

Hay que ver la pertinencia de las definiciones para ver si están bien o hay que cambiarlas.

La búsqueda de un sistema de IVC para un sistema de seguridad social soportado en un modelo de aseguramiento.

Si no identificamos problemas no vamos a aportar nada. Hay que hacer un diagnóstico, para esto, hay que ver cuáles son las facultades de cada entidad de IVC y sus funciones.

Cada entidad debería tener claras sus competencias y lo que se ve es que no hay claridad en esto, incluso el MPS tiene competencias pero no las aplica.

¿Es clara la responsabilidad de cada una de las entidades?, hay vacíos en la regulación.

Definir si la SNS depende de la Presidencia de la República para investigar y controlar incluso al MPS, la pregunta es por qué ahora depende tanto del MPS?

Quien regula es el MPS, la SNS la ejecuta mas no la regula, y se define que hay problemas de regulación en el Ministerio.

Hay que mirar por qué estamos fallando, por qué no hay regulación clara, por qué procuraduría no vigila los funcionarios de los entes de control.

Es una concepción de estructura. Hay que tocar la normatividad de fondo y ver cómo se va a hacer esa regulación.

Se organizan 5 mesas de trabajo. El coordinador establece que se darán 45 minutos para discutir lo relacionado con los problemas del sistema de IVC, y en plenaria de todas las mesas, se tocarán los problemas para buscar las soluciones a estos.

## **Submesa 2.**

Hicieron un mapa de cómo está organizado el sistema.

### **MAPA DEL CONTROL.**

EL MPS ----RECTOR ---- CGR, PGN, FISCALÍA.

EPS-----ASEGURAMIENTO----CONTRALORÍA  
SUPERSALUD.

ET-----CONTRALORÍA.  
SUPERSALUD.

PSS ----- SUPERSALUD, DTS.

FOSYGA ----- CONTRALORÍA.  
SUPERSALUD.

SUPERSALUD ----- CONTRALORÍA.

RENTAS Y MONOPOLIOS ----- SUPERSALUD  
CGR.

EMPLEADORES ----- MPS, Y SNS.

INVIMA E INS ----- CGR.

MEDICAMENTOS ----- INVIMA, DTS.

USUARIO ----- PARTICIPACIÓN CIUDADANA ----- SNS Y DE CGR.

ARP ----- SUPERFINANCIERA.

SOAT ----- SUPERFINANCIERA Y SNS.

No existe en el mapa algo que identifique que el control se cierre.

Debe definirse la capacidad resolutoria de estas entidades

No se sabe hasta dónde llega la procuraduría, la SNS; la contraloría y por eso al usuario no se le entrega el resultado del control,

Hace falta que se defina las instancias de control de cada una de las entidades de control de hasta dónde pueden ir y cuáles son sus reales competencias.

Desde el punto de vista preventivo con qué deberían contar las entidades de IVC, ejemplo contar con un sistema de administración del riesgo para identificar, cartera, todo el tema de administración del riesgo. Tener a los actores en una gran pantalla de monitoreo, esto es un buen sistema de información, lo cual le llega a través de CIRCULARES pero con estas no siempre se consolida esta información o se analiza la situación del actor, no siempre se consolida la información ni se analiza.

Otra fuente son los requerimientos, esto no se unifica, no se armonizan.

Estas son las herramientas que tiene la Superintendencia Nacional de Salud, no hay unión con el reporte de las alianzas de usuarios que garantice que todo lo que ellos traen se incluya como insumo para garantizar el control.

En la parte preventiva lo que está deficiente es que no hay generación de datos, ya que se recauda información pero que se está haciendo con esa información.

Esto es para detonar y arrancar el control.

En la parte REACTIVA no hay un proceso con el cual se aclare como tomar la queja, o la divulgación de las irregularidades, no hay un proceso conocido, que garantice el proceso

reactivo de control, hoy hay un call center que se debe fortalecer, con el se le debe resolver el problema al usuario. El usuario pone la queja y luego no sabe si se resolvió o no.

Luego viene el proceso de verificación no porque le llega la queja tiene que entrar a sancionar, viene la verificación, este proceso se le conoce como VERIFICACIÓN,

La Superintendencia Nacional de Salud tiene 230 funcionarios, es nacional, no existen oficinas en las regiones, muchas veces encontramos conflictos de intereses con los actores departamentales, si se le dan funciones a los ET, si el gobernador puso a los gerentes de las ESE como se les dice que sancionen a estos.

EL tema de las DTA tiene un conflicto en el tema de la INSPECCIÓN de la sanción no porque es papel de la SNS.

A las Universidades aliadas en la IVC, se les sobrevaloran y muchas veces no tienen la capacidad para IVC, no son garantía de éxito en el control por ser universidad simplemente.

Los Universidades no son una garantía, porque estas subcontratan y no lo hacen directamente. Si hay subcontratación esto se puede considerar ilegal porque debe haber presencia del representante de la autoridad de IVC en las visitas, debido esto a que si no hay presencia de esta autoridad en las visitas puede caerse cualquier proceso.

Vale la pena tener en cuenta a la DEFENSORÍA DEL PUEBLO en el MAPA DEL CONTROL debería ser transversal la participación de la defensoría del pueblo, y se complementa diciendo que debería ser el Ministerio Público.

Las universidades no tienen capacidad resolutive adecuada.

Soluciones.

- Fortalecimiento institucional per se de la SNS.
- Y las auditorías delegadas.

La vigilancia y control son indelegables y eso llegaría a que los equipos externos no cabrían

La capacidad resolutive de la SNS siempre sería insuficiente a pesar de tener un sistema de información adecuado.

La SNS debe ser país, no solo central, hay desgastes administrativos cuando se hacen visitas para lo mismo por los organismos de control, deberíamos unificar las visitas y no realizar este desgaste.

La falta de presencia de la SNS en el país, redundando en el hecho de que es centralizada lo cual no le permite ser oportuna, adecuada y suficiente, sin descuidar ninguno de los aspectos.

Se aclara que se pueden hacer convenios interadministrativos con entidades públicas y no con privados.

Corresponde al Estado la vigilancia y control.

Los auditores externos no pueden darse en forma alguna.

El responsable de la actuación administrativa es el Funcionario Pública.

Una vez recibida la inconformidad de cualquier actor, viene la sanción, esto es el control. Aquí hay unas limitantes de las autoridades de control en resolver un problema. SNS no puede obligar cerrar una institución sin el debido proceso, la SNS identifica el tema puede hacer traslados en recursos a la contraloría y esta haría juicio fiscal y ordenar el embargo de los recursos del que incumplió pero si se embargan no se resuelve el tema de que lo que no le pagaron a la EPSS le llegue a esta.

Mediante el call center, se puede buscar frente a quejas de no cubrimiento de servicios para que las EPS los den y si reinciden en no darlo pues se busca sancionar a la EPS que no lo de.

La SNS aclara que si se está utilizando esta figura para resolver los problemas a los usuarios y ha sido de buen reto y se ha logrado solucionar muchos problemas de los usuarios.

Por Call center se hacen llamadas inmediatas, y se fijan dos días, martes y jueves para atender llamada se comunican con la EPS, con el usuario, si se trata de reclamación de medicamentos le avisan dónde tiene que ir para reclamarlos y luego se le hace a esto seguimiento.

El tema de flujo de recursos no está resultado llega a todas las IAS pero no se tiene la recuperación de los recursos. Esto es un gran problema en el sector. Y cuando se resuelve algo administrativamente se encuentra el problema de los criterios y decisiones judiciales que terminan siendo diferentes y contrarios a lo definido administrativamente.

Falta de criterios unificados para el ejercicio de IVC, son todos distintos y la aplicación de la misma norma se hace de manera diferente, falta claridad en la norma o no hay aplicación errada de esta, eso hay que mirarlo.

De quien es la culpa, será un tema de vigilancia?, responsabilidad de quien, o será que las entidades de control no tienen facultad de persuadir.

### **Submesa 1.**

El trabajo lo inician con la Ley 1122 la sentencia T 760 y los proyectos del congreso.

Problemática de la mesa es la siguiente:

Aunque hay normas no se tienen en cuenta, no se cumplen son letra muerta, y son discrecionales de quien está en el momento.

Otra es que en muchos territorios no hay vigilancia de la SNS; se queda sin brazos para realizar lo que realmente le compete.

Superintendencias regionales dicen esto genera impacto fiscal, cómo se iría a financiar, de dónde saldrían los recursos.

Cada actor maneja una metodología diferente, cada uno tiene una autonomía que no debe ser así.

Excesiva utilización de mecanismos de defensa, ejemplo acciones de tutela.

La Corte Constitucional obliga a conformar un comité de seguimiento y control de la SNS, CGN, PGN, con base en esto se propone crear un sistema de IVC armónico con la DIAN, la SNS, y la Superintendencia financiera, no como comité sino como sistema, debe ser más amplio de lo que dice la corte.

Se propone:

Que no haya descentralización, sino desconcentración para las Super regionales, con ello se evita de gran cantidad de recursos por que todo dependería del nivel central.

A la SNS se le debe dar un orden jerárquico como la autoridad que vigila, controla e inspecciona.

Los funcionarios de la SNS expertos que sepan, muy acertados deben ser.

Debe darse capacitación a esos funcionarios especialmente por la magnitud de la injerencia que tienen.

Fortalecer dos principios fundamentales el de la publicidad y el de oportunidad

No hay directrices claras para los usuarios.

Quiere que todos los actores hagan parte del Sistema para una observación más integral.

El interventor del régimen subsidiado debe ser parte del sistema de IVC.

Falta control político en materia del sector salud, del organismo de IVC, esto debe ser una rutina, la misma ley 100 establecía por las comisiones cuartas deberían crear una comisión que verificara todo el flujo de los recursos del orden nacional al territorial. Y en 4 años debería revisar la ley 100 y adecuarla a las circunstancias, y solo hasta diciembre de 2006 se miró, se ve la falta de control político por los organismos políticos.

#### **Submesa 5.**

Problemas del modelo de IVC.

Coordinación y articulación de las diferentes instituciones del orden nacional y territorial, falta de esta.

No hay asignación clara de competencias.

El flujo de la información.

La capacidad y la competencia de los actuales entes que llevan a cabo las facultades de IVC.

Falta de claridad en cuanto a los límites de esas competencias de IVC.

Hay una cantidad de problemas de corrupción hay que verlos en forma general y luego se les aterriza para que cada ente de control asuma sus competencias sobre el caso.

Tenemos que buscar mecanismos jurídicos para adelantar los procesos en el sector, con jueces especiales en el sector y tener una procuraduría delegada para el sector salud.

Busquemos mecanismos para evitar la corrupción y protección a los ciudadanos que hacen vigilancia y control, a los veedores comunitarios, las veedurías realizan vigilancia financiera en el sistema.

Hay conflicto de intereses entre vigilantes y vigilados.

Hay un régimen de inhabilidades e incompatibilidades, eso tiene que respetarse, ya está previsto, hay que conocer las normas y buscar los mecanismos para que se aplique.

Si hay algo que fortalecer es la presencia del paciente de los usuarios del sistema en la vigilancia del sistema, inspección también, control no pero es importante.

Cómo se está coordinando lo de liga de usuarios y las veedurías ciudadanas en el sector salud, en el cumplimiento del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 como están participando la ciudadanía y cómo se está articulando el control social entre sí y entre estos con el sistema?

Hay un convenio firmado entre las veedurías ciudadanas y la SNS.

El estado no tiene un incentivo fuerte para las veedurías.

Cómo coordinar esto? Se puede, pero hace falta reglamentación, no se ha clarificado la situación de las veedurías, no tienen presupuesto para funcionar.

El sistema de IVC se debe financiar de una manera independiente y no con los recursos del régimen subsidiado, ya que se quiere cargar al régimen subsidiado todo y se está desfinanciando esto, más teniendo en cuenta que los recursos de RS son de destinación específica cómo es que ahora de allí se van a sacar recursos para IVC, esto no sería inconstitucional por la destinación específica de los recursos

#### **Submesa 4.**

Principales problemas de la IVC.

Consenso, estos giran alrededor de la no adecuada puesta en marcha de la IVC.

Autonomía. No existe autonomía real hay mucha sujeción al MPS, también lo hay en los otros organismos de IVC, con funciones específicas como el INVIMA, INS,, y DTS.

Capacidad Institucional. Deficiencias en recursos humanos, tecnológicos, informáticos. Se requiere una especialización temática o por áreas de todo lo que es el sistema de salud y su control.

Manejo de los recursos, el MPS, el Ministerio de Hacienda?

Hay duplicidad de funciones, falta de articulación entre los organismos de vigilancia y control.

Una cantidad de normas que van saliendo, que no se asignen funciones sin asignar recursos.

SE planteó el tema de la adecuada articulación de los usuarios al control.

Información unificada del sector salud con otros sectores diferentes a los de salud.

Presencia de los órganos de control en los territorios que no se observa si es o no la adecuada.

Existen muchos entes de control, por que todo se concentra en la SNS?; por qué no se desconcentra para que cada entidad de control mire en lo que ella está especializada, ejemplo en lo de recursos Superintendencia Financiera, y en prestación de servicios la SNS, la financiera tiene como mirar lo financiero la SNS no.

### **Submesa 3.**

Hacen una diferenciación en materia de IVC.

Una cosa es la IVC al interior del Sistema de salud Colombiano (Rama Ejecutiva de Poder Publico) y otra la que deben llevar a cabo sobre el Sector salud los Organismos de Control Superior del Estado tales como la el Ministerio Publico, las Contralorías, la Contaduría, la Auditoria General y los Órganos Legislativos (Congreso, Asambleas, Consejos Distritales y Municipales).

Normatividad de la Rama Ejecutiva Relacionada con la IVC sobre salud:

- Artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional,
- Artículos de la Constitución Nacional sobre la Organización y funcionamiento de las Superintendencias,
- Ley 9 de 1979 fió todo el régimen sancionatorio.
- Ley 10 de 1990.
- Ley 715 de 2001,
- Leyes de los Planes Nacionales de desarrollo de los tres (3) últimos periodos presidenciales,
- Ley 100 de 1993,
- Ley 1122 de 2007,
- Resolución 420 de 2010, por la cual se establece el procedimiento para la realización de vistas de I. V. C.
- DL 2150 de 1995, por el cual se establecen competencias específicas del Ministerio de Salud y se creó la Red nacional de Controladores en Salud, para formalizar el control del estado en el sector salud,
- El Decreto 1018 de 2007,
- El fallo de Tutela 0760 de 2008, proferida por la Honorable Corte Constitucional,
- Normas reglamentarias de los mecanismos de Participación Social en salud (Alianzas de Usuarios, Comités de Ética Intrahospitalaria, Veedurías).
- Resolución de los Derechos de los pacientes de 1991

Luego se miró la problemática existente en materia de Inspección Vigilancia y Control del Sector Salud:

EN CUANTO AL ENTE RECTOR DEL SECTOR SALUD, EL MPS:

Encontramos una multiplicidad normativa en el tema específico de IVC, en donde además algunas normas son contradictorias.

Se encontraron competencias del MPS en IVC, pero que no las asume.

En cuanto a la jerarquía de la SNS, se observa que hay una dependencia absoluta del MPS. Se ha perdido el rol como organismo superior de IVC, por que otras Superintendencias si actúan con autonomía y dependen es de la Presidencia de la Republica?

Proliferación de normas, aspecto contradictorias de estas.

Se generan opiniones, conceptos, aplicaciones y acciones descoordinadas e incluso contrarias en el mismo MPS en relación con la SNS, no hay articulación y armonización al interior del MPS en su relación con la SUPERSALUD.

Al parecer no hay definición clara de tipo normativo legal de cada entidad del sistema en lo que corresponde a IVC; si no hay claridad en esto, ¿cómo se puede hacer IVC en estas entidades?.

No existe un Código de Salud que permita de manera simplificada hacer unificación armónica de la normatividad legal que ciertamente este vigente, con definición precisa de los roles a cumplir por cada Organismo del Sector Salud, y naturalmente en IVC del Sistema de Salud. Incluso, falta desarrollo normativo.

EN CUANTO A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD:

Al parecer, la Supersalud cuenta con planta de personal reducida, lo cual estaría generando ineficiencia e ineficacia en la gestión a cargo.

Superintendencias delegadas realizando gestiones incluso contrarias sobre una misma temática; también, se detectan conceptos, aplicaciones y acciones descoordinadas e incluso contrarias en la gestión adelantada, falta armonización al interior, por cuanto faltaría definición normativa, lo cual puede estar acarreado la cantidad de problemas que hay.

Existe notorio retraso en atención y trámite de quejas, al parecer mayor a dos (2) años.

No está haciendo presencia suficiente y efectiva en todo el territorio nacional, es mas resulta ampliamente desconocida en muchos lugares de la división político - territorial del país. Hay que dar claridad en su competencia y evitar la centralización excesiva.

A través del Contact- Center, se ha puesto en funcionamiento la estrategia del sistema tripartita para la atención de quejas y reclamos de los usuarios de los servicios de salud, la cual ha resultado exitosa, pero obedece a una circunstancia coyuntural nacida de la defensa de los decretos de emergencia expedidos en diciembre y enero últimos, por propuesta del entonteces Presidente de la Republica, Dr. ÁLVARO URIBE; sin embargo, es necesario formalizarla y establecerla de carácter permanente.

Es confuso el rol conciliador que la ley ha dado a la Supersalud en relación con las tareas de IVC que le corresponde adelantar en aspectos presupuestales y financieros del sector salud, donde incluso intervienen dos (2) dependencias de ese Organismo.

Al parecer hace falta, o no es adecuado el actual Sistema de Información en IVC de salud, a partir del establecimiento de un proceso de seguimiento, evaluación y control, además de que sea útil y suficiente para la toma de decisiones oportunas y eficaces.

Hubo capitales de departamento que recién creada la SUPERSALUD, contaron con delegadas, pero un superintendente recogió la figura aduciendo que podía hacer la IVC por red de cómputo; pero, lo cierto es que en materia de IVC de la calidad de la atención en salud y de sus aspectos organizacionales y administrativos, lo que se necesita es estar cerca del punto del servicio (paciente, usuario, del problema); se considera que esto no se está realizando, hay que volver a la figura de las delegaciones en los entes territoriales.

Hace falta por establecer un sistema de administración del riesgo, tanto en salud como en IVC de salud.

La Super, ni las Entidades Territoriales de Salud adelantan investigación técnico-científica sobre los aspectos de la IVC en salud.

La Super se estaría mostrando con un rol coercitivo de manera prioritaria, falta más acompañamiento, recomendaciones de planes de cumplimiento; además, estaría siendo morosa en el traslado quejas que les llegan y que competen a las Entidades Territoriales de Salud.

Estaría actuando desordenadamente, en la medida que simultáneamente cuando las oficinas de IVC de la Direcciones Territoriales se encuentran practicando visitas, llegan al mismo lugar con el ánimo de adelantar similar tarea, prestándose incluso a momentos bochornosos.

Los acuerdos que se han venido suscribiendo entre Pagadores, Prestadores y la Supersalud en las mesas de conciliación siguen vivos pero sin resolución; es más, las Instituciones Prestadoras se han visto en la necesidad de instaurar procesos judiciales para lograr que las Entidades Pagadoras les cancelen las deudas.

La Supersalud ha venido adelantando actividades de IVC, echando mano de estudiantes de Instituciones de Educación Superior, lo cual puede resultar irregular e ilegal, en la medida que ese tipo de competencia solo corresponde al estado, en particular a las Autoridades de Salud; además, que naturalmente, dichos educandos no cuentan con el conocimiento, habilidades y destrezas de la IVC, tareas que ciertamente requieren competencias correspondientes calificadas y experiencia.

La Superintendencia Nacional de Salud tiene competencia legal prevalente en materia de IVC, pero cuando requiere ejercerla, tiene que fundamentarla mediante acto administrativo, para así poder desplazar al Organismo competente básico; no lo puede seguir haciendo de manera contraria, por cuanto puede estar actuando irregularmente.

#### EN RELACIÓN CON LOS ENTES TERRITORIALES DE SALUD:

Se han ocupado preferencialmente de la IVC en materia de habilitación de prestadores de servicios de salud, descuidando el resto de acciones de seguimiento, evaluación y control derivadas de las demás disposiciones legales del sector salud en su propio ámbito; se les olvidó que la V y C va más allá de la habilitación.

Será que el SOGC, con énfasis en la atención al usuario la problemática de residuos hospitalarios no implica un riesgo en la salud de los pacientes y de las personas en general?

Quién sino los Entes territoriales de Salud vigilan lo ordenado por la actual resolución de habilitación de prestadores de servicios de salud y lo dispuesto por el Decreto 2376 de julio de 2010, reglamentario de la Ley 1164 de 2007, en cuanto a los escenarios de práctica asistencial de los recursos humanos en salud en formación?

La Calidad de la Atención en Salud que recibe el usuario de este tipo de servicios debe ser objeto de oportuna, adecuada y suficiente IVC, a partir de la definición de un Plan Integral y Único de Salud para todos los colombianos.

Falta vigilancia y control de los POS y demás planes de salud de los diferentes regímenes que existen en el territorio nacional, de los planes territoriales de salud, del plan de Intervenciones Colectivas en Salud –PICOS, las acciones de Promoción y prevención. Mucha de esa plata se pierde, enfermedades prevalentes controladas ayer, hoy están disparadas. En algunos entes territoriales el 85% de los recursos se pierden por corrupción, despilfarro, falta de racionalización en el gasto, acciones realizadas por personal no idóneo, y con el 15% restante se paga publicación y as pólizas de cumplimiento del caso; en fin eso ocurre por falta de operativización eficiente y efectiva en los mecanismos de IVC.

Falta inspección, vigilancia y control sobre calidad y precio de elementos básicos de carácter social y de consumo obligatorio, tales como instrumental, equipos, insumos varios, tecnología y medicamentos, ya sea por deficiencias normativas, definición de competencias más precisas, mejores desarrollos normativos en IVC; lo anterior por falta de recursos tecnológicos, científicos, económicos y de talento humano idóneo.

Hay deficiencias graves en la Inspección, Vigilancia y Control sostenida eficiente y eficaz sobre la calidad de los medicamentos desde los insumos básicos, los procesos de producción, comercialización, importación, exportación y expendio o suministro final, y lo mismo ocurre en equipos médicos del sector de la salud.

Falta la INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL sobre el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

En fin, hace falta un mecanismo o sistema único que le ejerza por igual inspección, vigilancia y control a las entidades administradoras, a las prestadoras, coordinadoras y directoras del Sistema de Salud Colombiano; allí hay serios problemas.

Es el actual Sistema Obligatorio de Garantía de calidad es el que necesita el país?; al parecer todavía no da los resultados esperados. ¿Por qué se queja tanto la gente de los servicios de salud que recibe?; ¿Por qué tan alto número de tutelas en salud. Año tras año?. ¿Para qué han servido los estudios de satisfacción de usuarios y los llevados a cabo sobre las tutelas en salud que ha realizado la Defensoría del Pueblo?.

Sumamos 20 instituciones acreditadas en 5 años y medio que está operando la estrategia, y cuál de ellos es mejor que el otro?, no hay datos que nos sirvan para establecer esto; hay inconvenientes serios en calidad en salud.

En cuanto habilitación de prestadores como de Entidades administradoras, ¿Realmente son los que están, o allí están los que son?. Dónde están los procesos sancionatorios al respecto para quienes hayan incumplido las normas al respecto?.

Los alcaldes de municipios de categorías 5 y 6 no tienen la capacidad técnica, científica, económica, ni el recurso humano para adelantar la IVC en los aspectos de salud, pero si debe responder por ello; se requiere financiación y personal idóneo dotado de los instrumentos técnicos para realizar dichas tareas.

Si se unifican los POS y se definen criterios claros y mínimos de la calidad en los servicios de salud, se reduciría el problema administrativo del ejercicio de la IVC.

**EN RELACIÓN CON LA INSPECCIÓN , VIGILANCIA Y CONTROL ADELANTADA A TRAVÉS DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, CIUDADANA Y SOCIAL:**

Respecto a los ciudadanos los mecanismos de control no son bien organizados. Hay alianzas manipuladas en su conformación por las mismas EPS, generando conflicto de intereses; en esos casos, no existe régimen de inhabilidades e incompatibilidades.

Los Comités de Ética Intra-hospitalaria, también evalúan la calidad de la atención en salud, deben operar en todo prestador institucional de servicios de salud; sin embargo, al parecer que opera así porque los privados consideran que esa figura que es solo de las entidades públicas. ¿ Quién vigila esto?.

Los Comités de Participación Comunitaria en Salud - COPACOS, lamentablemente se politizaron o no realizan gestión idónea; hoy están, pero ciertamente no hacen parte de IVC, son de Organismos de de coadministración.

Veedurías ciudadanas en salud, muy poco se ven, la figura no se ha desarrollado; al parecer hacen falta mecanismos del tipo de incentivos para que se conformen y funcionen, así mismo desarrollos normativos que la faciliten y le den por lo menos la opción de veto en decisiones administrativas, contractuales y asistenciales.

Hay que replantear la veeduría para hacerla efectiva. Hay que capacitar a quienes actúen como tales. Cómo evaluarían aspectos de calidad, tales como oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad de la atención en salud; si el mecanismo veedor no está articulado con otros de los organismos de IVC tanto internos de las entidades de salud como con las entidades de control externo, la gestión de veeduría ciudadana y social en salud quedaría como un saludo a la bandera.

El usuario debe tener un rol preponderante en el sistema de IVC, donde pueda realizar seguimiento y evaluación. No podrá ejercer la potestad del control por cuanto esta corresponde a los Organismos del estado.

El quejoso en aspectos de salud, manifiesta que con sus quejas ocurre el “peloteo” entre los diferentes organismos de IVC, e incluso entre diferentes dependencias de una misma entidad, hasta perder de vista el curso de su requerimiento.

VISTA LA IVC DESDE AFUERA DE LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO, AHORA VAMOS A LOS ORGANISMOS DE CONTROL SUPERIOR DEL ESTADO:

El Ministerio Público (Procuradurías, Defensorías del Pueblo y Personerías), las Contralorías (General de la República, Departamentales, Distritales y Municipales), la Auditoría General de la Nación, los Órganos Legislativos (Congreso, Asambleas, Consejos Distritales y Municipales) han venido desapareciendo con el paso de los años en su actuar sobre el Sector de la Salud, o llegan demasiado tarde cuando todo está consumado, además de lo moroso de sus gestiones, o el hecho que no terminan en nada, los quejosos se quedan sin saber que ocurrió en últimas con su denuncia, o los irregulares hechos quedan impunes.

La Defensoría Delegada para la salud y La Seguridad Social, se redujo a ser un programa a cargo de Secretaría General, que es una dependencia de tipo administrativo. ¿Para qué de sus investigaciones si no se hace sentir con la exigencia de la adopción de medidas correctivas de los hechos que amenazan o han vulnerado los Derechos Humanos en Salud?

En fin, hay problemas de presencia oportuna, adecuada y efectiva del Ministerio Público.

En IVC sobre el Sector Salud en Colombia hay multiplicidad de actores, pero en últimas, los resultados de su gestión, no se ven.

Hay que proponer algo efectivo, técnico y algo que verdaderamente intervenga el problema de los recobros por medicamentos, insumos y procedimientos que se están dando por tutela sin que ciertamente sean necesarios, gastando la figura tutelar para lo que en verdad sea requerida, ejemplos: la hormona para crecimiento que hoy se están pidiendo para adelgazar. Todo esto se arreglaría con un plan único e integral de salud. No obstante, esto debe tener una vigilancia, un control, cómo se haría, quien la haría?. Existe un proyecto de ley de control ético de los médicos, con el cual buscan auto - regularse, por que los están constriñendo. Los mecanismos de control del actuar médico están escritos, las sociedades científicas están promoviendo la autorregulación, controles externos, para cuando se transgreda una norma penal está la justicia penal, para la violación de norma administrativa están las instancias administrativas, el ejercicio profesional de ellos está regulado y controlado por lo ético.

¿Cómo hacen otros países con garantías explícitas, dónde los pacientes no se mueren?, hay que observarlo.

Se han dado unos derechos en salud sin límites, y esto es lo que está justificando la autonomía de los profesionales de pedir lo que quieren y eso está trayendo graves consecuencias. Esto hay que integrarlo en la IVC.

Hay que reflexionar al respecto, esta discusión ya se ha dado, ¿es cuestión de normas?. Hay vacíos, se ajustaron los estándares de habilitación, que la competencia de IVC era de las DTS, y se sacaron unos básicos que deben cumplir los PSS. Los médicos debían auto regularse y sus asociaciones y federaciones científicas debían auto regularse.

La preocupación del INVIMA, es que se desgasta dando registros sanitarios, y lo que se observa es que los medicamentos se están prescribiendo por fuera de las indicaciones que se hacen por el mismo INVIMA, para cosas distintas para los cuales fueron indicados.

El medicamento se está fraccionando y utilizando para otras cosas por los médicos, cuando hay indicaciones claras dadas por el INVIMA, se utiliza por fuera de estas indicaciones, ¿qué hacer ante ello? Sólo autorregulación y control ético en el ejercicio profesional por las asociaciones médicas?.

Hay reglamentación, no hay articulación en algunas entidades. Eso es lo que sucede, es más problema de ejecución de la IVC.

El aporte a la mesa es tener en cuenta todos los organismos sujetos de control. Se debe investigar cuando se da un medicamento con un soporte médico no adecuado. Se deben tocar todos los aspectos y que se controle la rigurosidad en la prescripción, se controle y cuestione a los médicos que formulen mal.

Las sociedades científicas son las idóneas para decir cómo se puede hacer este control y cómo se debe hacer, esto se debe tener en cuenta.

Los profesionales de la salud son parte fundamental del Sistema de salud y deben ser parte de los vigilados; Ejemplo: hay unos requisitos para el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los profesionales de salud; Si no lo cumplen, ¿quién lo controla?, ¿cómo se hace esto y a través de quien?.

La autorregulación perfecta, pero no es lo único, debe existir una entidad estatal que controle y vigile esto, para cumplir el fin último que es garantizar el acceso y la obtención de servicios de salud de efectivos.

Las DTS no tienen competencia para ver la actuación del profesional, allí entran los TRIBUNALES DE ÉTICA a quienes se les hace traslado. Pero le falta fuerza a las normas, acompañamiento para poder hacerlas cumplir, puesto que hay sitios en donde no dejan entrar a las DTS, las acusan de allanamiento, se necesita una ayuda mayor con apoyo del CTI de la fiscalía, por quejas sobre Teguas, personal en ejercicio ilegal de profesiones en salud y ha sido muy difícil actuar contra ellos; si es difícil actuar contra los verdaderos profesionales, actuar contra los teguas ha sido terrible, la cultura ciudadana no apoya. Las DTS están amarradas, tienen buena intención, pero no pueden más allá, porque tienen límites. Las DTS territoriales de salud piden más apoyo; una propuesta, es trabajar con los entes de control como aliados de las DTS. Hay graves problemas con la educación del talento humano en salud, con la idoneidad del recurso humano, ha sido difícil hacerle seguimiento a la cantidad de títulos que están expidiendo y no hay verdadero control en esto, o apoyo en esto por parte del Sector de Educación Superior.

## **INTERVENCIONES FINALES DEL DIAGNÓSTICO DE IVC.**

Problemática relacionada con:

La comunicación a la población de sus deberes y derechos para que puedan ejercer el verdadero control social, no tienen ni idea de qué es el sistema que les cure y mucho menos de cómo actúa la IVC para hacer valer sus derechos, igual pasa con los medios de comunicación que enredan el asunto, tergiversan la información y no son multiplicadores sino generadores de caos e incomprensión del sistema.

No obstante, se habla de una mejoría en el conocimiento de los usuarios. Hay que fortalecer el tema, el usuario se le debe fomentar la información sobre sus derechos, los mecanismos de participación y se le debe involucrar en los mecanismos de IVC, que sea parte de la IVC.

La capacitación de los profesionales que hacen parte de la IVC; ya que se nombra personal no idóneo y se cometen errores en el sistema de IVC.

Lo relacionado con los ET y sus competencias de IVC, ya que se plantea que el hecho de tener competencias puede generar conflicto de intereses, es necesario observar esto y replantear el tema de los ET en IVC.

Se informa tener en cuenta lo que tiene que ver con las INTERVENCIONES FORZOSAS PARA ADMINISTRAR Y LIQUIDAR las cuales no debería ser de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud porque sería juez y parte, en el asunto interviene y se vigila a la vez, esto debería ser de resorte del Ministerio de la Protección Social o de presidencia.

El otro punto es el área de la justicia, cuando salen tutelas que no tienen nada que ver, van en contra de la Ley es un punto que debemos tener en cuenta, el problema de los fallos de tutela exorbitantes. No obstante la Corte constitucional se está asesorando bien en el campo pero los Jueces de primera instancia no lo están haciendo allí se debe buscar fortalecerlos a través de estos mecanismos y buscar recursos que financien esto, o buscar jueces especializados en salud para evitar los desmanes que se evidencian en los fallos.

La tutelitis es generada por las propias EPS, ya que dan indicaciones de negar y negar y trabar en los CTC, que conlleva a que el usuario prefiera la medicina prepagada, y los que no tienen con qué, buscar el mecanismo de la tutela, en verdad al usuario le duele que haya tanta negación y por eso busca como protegerse.

Se necesitó la emergencia social para ponernos a todos a trabajar, en pro de la salud, y se ve que lo discutido va de la mano con los proyectos de los senadores.

Apareció en 1991 la Resolución de los derechos en la Salud, pero quienes los conocemos y hablamos de nuestros derechos y responsabilidades. Gastando tanto en publicidad por que la divulgación e estos derechos no hemos logrado transmitirlos. Porque no trascendemos, si es tan importante para todos nosotros.

Se levanta la sesión a la 5 PM, a la espera de realizar nueva sesión con propuestas de arreglo por mesas y en plenaria.

## **SEGUNDA SESIÓN.**

Hora de inicio 8:45 am.

Se plantea aclaraciones y complementaciones a la relatoría de la secretaría de la mesa.

La superintendencia Nacional de Salud hace presentación de cómo está conformada, con énfasis en la delegada de función jurisdiccional y de conciliación.

Se presenta el organigrama y la idea de estructurar toda la línea política y normativa a través de la oficina asesora jurídica.

Cuatro de las delegadas ejercen IVC y una de ellas la de función jurisdiccional y de conciliación no, se declaró constitucional el artículo que dio vida a esta delegada siempre que quienes la compongan no hayan actuado en IVC dentro de los 2 años anteriores.

Se define el marco normativo y la creación de la superintendencia delegada de la función jurisdiccional y de conciliación, la norma que le da vida es el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007. Se plantea que la norma define los 4 casos en los cuales puede actuar como juez, el primero de ellos es cuando exista negativa de la cobertura del POS pero desapareció la posibilidad de tomar medidas cautelares que traía la Emergencia Social en Salud. El segundo es el reembolso de recursos, el tercero es la multifiliación y por último la libre elección y de movilidad.

Cómo se puede acceder a esta función.

Se puede hacer por escrito, no puede actuar por oficio, se debe describir la autoridad a la cual se dirige, las razones en que se apoya, la relación de documentos que se acompañan, lugar de notificación, firma del peticionario, es en realidad un derecho de petición del interesado.

Actualmente se aplica el proceso verbal sumario, porque para ejercer la facultad jurisdiccional no podía tramitarse por un procedimiento administrativo, hay un fallo, sentencia y debe ser sujeto a apelación, por eso se aplica el verbal sumario como procedimiento.

Se ve sencillo el procedimiento, pero este procedimiento verbal sumario, que se está imponiendo por ley 1395 de 2010, para los casos de salud no es un procedimiento expedito.

El usuario puede hacerlo en su propio nombre por virtud del derecho de petición, nunca van acompañados de abogados, ahora todo es centralizado y mandan a través del correo su derecho de petición y cuando se le pide que lo sustenten cuando adolecen de pruebas se le corre traslado, y mientras esto se surte se demora mucho tiempo, el usuario como está fuera de Bogotá, nunca viene a las audiencias de conciliación, es decir en la etapa probatoria tenemos un trancón, alegatos de conclusión el usuario no tiene ni idea de esto en cambio la EPS con su pull de abogados si tiene como y sabe cómo. Pero no se debe olvidar que los jueces deben ser imparciales y no pueden guiar al usuario. Hay unos vacíos en esta norma. Se debe buscar que el procedimiento sea más expedito, y que el que se aplique sea el mismo de las TUTELAS. En segundo lugar resucitar el defensor del usuario, pero las decisiones que tome no deben ser de carácter vinculante, debe estar defendiendo los usuarios frente a las EPS, el defensor del usuario podría actuar ante la función jurisdiccional como defensor del usuario. Se hizo un programa piloto con la U Santo Tomás para que a través del consultorio jurídico se pueda orientar al usuario no representar, esto ha sido algo muy bueno, y se ven resultados para presentar mejor la petición del usuario pero no es suficiente, pero es interesante trabajar con los jóvenes para que conozcan este tema de apoyo.

Aclaran los asistentes que este es un procedimiento especial y se puede dar poder a los alumnos de los consultorios.

Hay un tema donde la SNS se ha sentido maniatada, el tema del CONFLICTO DE GLOSAS, el espíritu del art 41 es absolver los problemas que aquejen a los usuarios de salud, pero no es claro el conflicto entre asegurador y prestador, pero por ese conflicto los PSS empiezan a no prestar servicios y el usuario empieza a tener problemas, y el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007 dice que si el descuerdo persiste se acudirá a la SNS en lo de Ley para el conflicto de glosas, pero no hay norma que así lo defina, lo que se ha hecho es utilizar el mecanismo de la conciliación pero al conciliador no le asiste la función de juez para definir quien tiene o no la razón. Se está estudiando la posibilidad de que ese conflicto pueda ser solucionado a través de la función jurisdiccional, queda esto planteado para que se analice esto. La idea es no solo EPS Vs PSS, sería ver todos los casos de glosas y de las entidades que estas se presenten.

Para reembolso que norma se está aplicando allí? La SNS establece que es un requisito de que el usuario haya agotado el trámite ante la EPS para el reembolso, tiene que hacerse agotado la instancia administrativa.

La figura de la conciliación, hay que ver que el mismo delegado hace las veces de conciliador y de juez. Debería estar aparte el uno del otro pero eso no es así por Decreto es el mismo funcionario para el uno y para el otro. Hay conflicto en esto, y hay inhabilidades para que conciliadores no puedan conocer como jueces, por eso el delegado se debe cuidar en no recaer en inhabilidades. Cuando se impuso la figura para solucionar los conflictos, la idea era resolver los conflictos de usuarios y actores del sistema para que no se vean afectados los derechos, pero realmente ha tenido más actividad en el flujo adecuado de recursos, y son conciliadores del flujo de recursos y se dejó a un lado el usuario.

Por eso es necesario de que estas dos funciones se separen un delegado que actúe como juez, y un delegado que actúe como conciliador.

Se están haciendo audiencias regionales de conciliación.

La función jurisdiccional es justicia a ruego, la de conciliación puede ser de oficio o a petición de parte.

Todos los casos de negación de cobertura que se conocen por jurisdiccional se pueden conocer por conciliación, y todas las demás del artículo 41, el tema de glosas, entre otros casos. Por eso es necesario dividir esas dos figuras, para no crear impedimentos ante la función jurisdiccional.

El conciliador cuando se hacen audiencias, las hace el profesional pero no es lo mismo que sea él que el delegado, por eso se analiza la necesidad de crear un centro de conciliación donde el delegado sea el director pero los profesionales asuman las conciliaciones.

Se levantan actas de acuerdo de no acuerdo, y desistimientos.

No existe revisión por un superior, el control de legalidad no lo ve un superior lo hacen por sí mismos, diferente a lo de procuraduría. La ley los facultó para no tener control de legalidad.

El FOSYGA no quiere asistir por que manifiesta que solo lo puede hacer ante procuraduría.

Las entidades territoriales no han respondido a estos procesos.

Hay un problema no hay competencia para hacer valer los títulos de conciliación. Este delegado no asume IVC, ese tema se tiene que trabajar en forma armónica con la delegada de IVC de recursos, pero la delegada de conciliación no lo puede pedir, para evitar inhabilidades, y lo otro es mirar hasta donde la delegada de recursos puede o no ver el incumplimiento del acuerdo de flujo de recursos.

Art. 177 del CCA estos son recursos públicos y dice que si hay una obligación causada se deben generar las disponibilidades sino esto sería mala conducta y podría ser revisado por la CONTRALORÍA y LA PROCURADURÍA el evento de lo conciliado que no se quiere pagar.

El conciliador no puede exigir, ni mirar si pagó o no pagó, no se pueden meter en el campo de IVC, esto sería competencia de la delegada de recursos, mensualmente se le reporta al superintendente que se ha hecho para que en la competencia de IVC se pueda entrar a ver esto hay que generar un camino para que la delegada de recursos pueda entrar a verificar y sancionar el incumplimiento de las obligaciones conciliadas.

IVC se hace de manera oficiosa? O no se hace se pregunta. Se contesta que la delegada de recursos según 1018 de 2007 tiene funciones definidas, sin necesidad de requerimientos. Pero se considera que esta delegada haga seguimiento a los acuerdos conciliatorios que haga la delegada de conciliación.

Se plantea como propuesta que se utilicen a nivel nacional las cámaras de comercio con una sala especializada en salud, y que frente a los usuarios se subsidie la actuación ante estas y frente actores del sistema no se subsidie la actuación.

Termina la presentación de la SNS.

La mesa hace lectura del proyecto de Ley estatutaria, respecto de las facultades de la SNS, esto es el artículo 6º de esta. La SNS deberá crear juntas médicas ad-hoc, donde debería haber pares de ataque, pares de defensa pares de conciliación, esa es la nueva jurisdicción la que hay que tener que mirar por que es estatutaria ya que es vinculante.

Hay choques entre el artículo 4º y 6º del estatuto, lo que van a decir las EPS es para que llevo a CTC lo no pos si luego lo va a analizar SNS en la nueva instancia, porque queda como si el CTC tiene que dar concepto favorable a todo, pero cuando va a la vía de la nueva función de la SNS; cuando niegue? Si no puede haber porque todo debe ser favorable o cuando no diga nada y por omisión ¿pase a la SNS por efecto negativo. Esto es urgente verlo, ahora hay que ver los costos que traería lo relacionado con las juntas médicas ad-hoc.

**En materia de salud pública:**

Se debe proponer que la SNS vigile todos los planes de salud incluyendo el plan de salud pública.

SE plantea el trabajo en mesas para elaborar propuestas sobre IVC.

Mientras se realiza el trabajo de discusión de propuestas, GESTARSALUD presenta una exposición de la LEY ESTATUTARIA. Se manifiesta que todo debe realizarse alrededor del derecho a la salud no del POS, para ir acorde a lo establecido por la corte constitucional. Los regímenes especiales no deberían existir en Colombia, lo que se puede es dar una característica especial a fuerzas militares y de policía pero dentro del sistema no por fuera de este.

La prestación de servicios de salud debe darse en condiciones de igualdad, con respeto a la vida y a la dignidad de la persona.

Nuestro derecho no es el POS, nuestro derecho es a la salud. Habrá un POS en Colombia con unas garantías básicas. No harán lugar a CTC, no puede haber duda de que se debe dar y que no.

Lo no cubierto por el POS será cubierto por recursos de oferta, entes territoriales o subsidiariamente por el FOSYGA a través de la subcuenta ECAT. Hay un plan que nadie nos puede negar y dentro de nuestro gran derecho si necesita algo que no está en el Plan si el ciudadano tiene capacidad de pago para costear el servicio lo tiene que pagar si no será financiado por los recursos de oferta o del FOSYGA.

(Se recuerda que esta es una propuesta de GESTARSALUD)

Se establece un fondo manejado por encargo fiduciario para manejar los recursos que financien lo no POS de quienes no tienen recursos, y este contratará estos servicios con red prestadora estableciendo las tarifas y valores que se pagarán por estos valores.

El derecho de los usuarios de escoger a las EPS y PSS sobre un ranking de estos actores.

El pos se deberá actualizar integralmente cada 5 años, por las condiciones epidemiológicas y sus cambios que no se puede hacer cada año, porque epidemiológicamente no puede evaluarse esto fácilmente cada año o antes.

**DÍA TRES.**

**TERCERA SESIÓN.**

8 y 45 am.

**PROPUESTAS.**

**Submesa 1.**

La mesa 1 presenta lo siguiente:

1. Creación y puesta en funcionamiento del **SISTEMA NACIONAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD**, el cual estará conformado por:

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD:

OPCIÓN A: El Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud estará conformado por el Consejo Superior de Inspección, Vigilancia y Control de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y los mecanismos de participación comunitaria en salud.

En este caso, consiste en centralizar en un solo Organismo del Orden Nacional (adscribo a la Presidencia de la República, C.N. Artículo 189, numerales 1 y 22), dotado de autonomía técnico - administrativa y presupuestal, que se encargue de la gestión de inspección, vigilancia y control del Sector Salud (del cual harán parte la actual Superintendencia Nacional de Salud, El INVIMA, El Instituto Nacional de Salud - SNS, las actuales Oficinas de IVC en los Departamentos y Distritos, y las competencias actuales en calidad e insumos de salud que adelanta la Superintendencia de Industria y Comercio), con competencia de IVC sobre todos los actores del Sistema de Salud en el territorio nacional (Ministerio de Salud, Entes Territoriales de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, Prestadores Institucionales e Independientes de Servicios de Salud, Tribunales de Ética Profesional de Salud), al que le corresponderá realizar acciones permanentes de seguimiento, evaluación y control en los aspectos:

- a) Operacional (de acuerdo con la misión Institucional: Asistencial, Administrativo, Presupuestal, Financiero y/o técnico - científico,
  - b) De los procesos Organizacional y administrativo propios de cada actor del Sistema de Salud,
  - c) De los procesos Presupuestal y financieros propios de cada actor del Sistema.
2. La presencia de ese organismo superior en inspección, vigilancia y control del sector salud, presidido por la Superintendencia de Salud, se efectuará en todo el territorio nacional, a través de sus dependencias Nacionales y las Delegadas en los diferentes departamentos y distritos de la división político - administrativa del país (Superintendencias delegadas en cada Departamento y cada Distrito Capital o Especial, Superintendencias provinciales delegadas con cobertura de varias ciudades intermedias y algunos municipios de categorías 5 y 6); será un establecimiento público, inminentemente Técnico - Administrativo, cuyo talento humano deberá estar certificado en las actividades propias de competencia de dicha institución. Dispondrá de un régimen de carrera administrativa especial en la cual impere el merito de quienes lleguen a ser parte de él; se le dotará de la infraestructura física, tecnológica y científica que le permita cumplir a cabalidad y suficiencia con la gestión encomendada. Su financiación estará garantizada por medio de la tasa que con destino específico establezca el Gobierno Nacional y los recursos económicos que para ese efecto se dispongan en el Presupuesto General de la Nación. Los recursos económicos para su financiación serán administrados por el Fondo General de Inspección, Vigilancia y Control - FOGIVC, el cual será una cuenta especial creada para tales fines.

OPCIÓN B: El Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud estará conformado por el Consejo Superior de Inspección, Vigilancia y Control de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones de Inspección, Vigilancia y Control de

los Entes Territoriales en Salud, los Alcaldes de Distritos Capitales y Especiales, los Alcaldes de los Municipios no descentralizados en Salud, y los mecanismos de participación comunitaria en salud.

**Del Consejo Superior del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud.-** Crear, conformar, organizar y poner en funcionamiento el Consejo Superior del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud – SINIVICS, el cual estará conformado por el Superintendente Nacional de Salud, el Ministro de Salud, el Ministro de Educación Nacional, un (1) representante de las Autoridades Territoriales de Salud un (1) representante de las entidades Públicas Administradoras de Servicios de Salud, un (1) representante de las entidades Privadas Administradoras de Servicios de Salud, un (1) representante de las entidades Públicas Proveedoras de Servicios de Salud, un (1) representante de las entidades Privadas Proveedoras de Servicios de Salud, un (1) representante de las entidades Públicas Proveedoras de Insumos de Salud, un (1) representante de las entidades Privadas Proveedoras de Insumos de Salud, un (1) representante de las Agremiaciones (Asociaciones y, Colegiaturas) de Profesionales de Salud, un (1) representante de las alianzas de usuarios de Servicios de Salud, un (1) representante de los Comités de Ética Intra-hospitalaria, un (1) representante de las Veedurías ciudadanas, comunitarias o sociales en salud, un (1) representante de los Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS y el Defensor Nacional de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará al respecto.

Esté Consejo tendrá entre sus objetivos para el desarrollo del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud – SINIVICS, el compromiso de adelantar las siguientes tareas:

- a) La definición de la política de Inspección, Vigilancia y Control de Salud.- Corresponde al Consejo Superior de Inspección, Vigilancia y Control de Salud, el diseñar, elaborar, socializar, divulgar la política de Inspección, Vigilancia y Control de Salud en todo el territorio nacional y en especial la que regirá para todos los Organismos del Sistema Nacional de IVC, con sus ejes programáticos, mecanismos, instrumentos de aplicación, procedimiento de IVC, estrategias y acciones; así mismo, establecer su adecuada difusión, divulgación, seguimiento y evaluación; promoverá ejercicios periódicos de capacitación y actualización sobre dicha materia.
- b) Revisar la normatividad vigente en IVC al comienzo de cada año, y actualizarla conforme a las necesidades del sistema.
- c) Definir y reglamentar claramente las competencias de cada uno de los actores del Sistema Nacional del Inspección, Vigilancia y Control de Salud en quienes el Estado delega la función de IVC y crear los mecanismos de coordinación interinstitucional entre la Superintendencia Nacional de Salud y las demás entidades que la ejercen (para que no haya superposición de funciones). Es necesario crear para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de salud una vigilancia más oportuna, a través de un mecanismo expedito, pues la SuperSalud no está en capacidad de ejercer la vigilancia directa, oportuna, eficaz y suficiente.
- d) Establecer mecanismos eficientes y eficaces para un control automático y permanente para la protección de los recursos económicos con destino a la prestación de los servicios de salud.

- e) Control - Center para la atención a los usuarios.- Mecanismo de atención permanente (24 horas al día, 7 días a la semana) en cada una de las instancias del Sistema Nacional de IVC, dotándolo de los recursos de todo orden para que adelante gestión de intermediación eficiente y eficaz en la resolución de los problemas de atención en salud que acusen los ciudadanos en el territorio nacional; lo anterior, sin perjuicio de las acciones de investigación y control que corresponda tramitar al órgano competente de IVC; se aplicarán sanciones ejemplarizantes y de dominio público, en especial, sobre los Administradores y/o Proveedores de Servicios de Salud que presenten situaciones anómalas repetitivas de esa índole.
- f) Organizar, dirigir y coordinar un Sistema de Información de IVC, de modo que permita ejercer adecuadamente, con oportunidad las funciones sobre los sujetos vigilados; definiendo un Sistema de Alerta Temprana (SAT) que actuará con carácter vinculante con quienes constituyan riesgo en la atención en salud.
- g) Y, las demás que le establezca el Gobierno Nacional y que sean pertinentes y convenientes con los objetivos de Sistema de IVC.

**De los Consejos Territoriales del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud.-** Los Consejos territoriales del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud se organizarán y funcionarán en cada ente territorial del Orden Departamental y Distrital, tendrán similar conformación, funciones y atribuciones al nacional, circunscritas al ámbito respectivo de su división político-territorial.

3. La IVC de la calidad de la atención en salud, depende del tipo de plan de beneficios en salud que se establezca y de la organización, administración y financiación que se definan para hacerlo eficiente, eficaz y efectivo; por tanto, las acciones de seguimiento, evaluación y control se adelantarán a partir del establecimiento de un **“Plan Integral, Único y Obligatorio de Servicios de Salud (PIUOSS)”** para todas las personas residentes en Colombia; en el cual, se podrían establecer algunas exclusiones; sin embargo, en la atención plena de salud se privilegiará a las personas que formen parte de los grupos vulnerables (gentes dentro del grupo de NBI).
4. Establecer una cultura de calidad de los servicios de salud en las personas residentes en Colombia, a través de procesos de capacitación y del desarrollo de medidas de auto-cuidado de la salud, y en especial de quienes deseen ejercer actividades de Inspección y Vigilancia de Salud por medio de los mecanismos de participación comunitaria que se establezcan para tales fines; lo cual, a su vez les permita el ejercicio cierto y eficaz de veedurías ciudadanas, comunitarias y sociales sobre los diferentes actores del Sistema de Salud Colombiano.
5. Crear, organizar y poner en funcionamiento la figura del **“Defensor de Salud”**, tanto en el orden nacional como en cada uno de los Departamentos y Distritos, el cual tendrá las funciones y atribuciones de promoción, divulgación y defensa de los derechos humanos en salud en su respectivo ámbito, podrá interponer las acciones de intermediación y las judiciales de tutela, de cumplimiento y populares; así mismo, la de poner en conocimiento público a quienes amenacen o vulneren los derechos en salud en cualquier lugar del Territorio Nacional. El mecanismo de elección será a partir de las alianzas o asociaciones de usuarios en cada ente Departamental y

Distrital; el Defensor Nacional se elegirá por medio de votación que efectúen los defensores territoriales. La financiación de los defensores de salud se hará con los recursos que para tal fin se disponga en el presupuesto general de la Nación y con recursos de cofinanciación de las Entidades Territoriales.

NOTA: Para ser miembro de las Juntas Directivas de las alianzas de usuarios de cada entidad administradora o prestadora de servicios de salud, se establecerá un régimen especial de inhabilidades e incompatibilidades.

6. Se requiere definir y establecer mecanismos de transparencia, información y comunicación de los diferentes actores del sistema de salud colombiano a los usuarios de los servicios de salud, mediante la adecuada y suficiente divulgación de los aspectos relacionados con la organización, administración, presupuestación y financiación de las diferentes entidades administradoras y proveedoras de servicios de salud; así mismo, de sus correspondientes proyectos de planes, programas y acciones que deseen implementar, con el objeto de que sean sometidos a la aprobación de sus afiliados y beneficiarios. El Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud contará a su vez con un Sistema de Control Interno de conformidad con lo establecido en las normas legales vigentes al respecto; sin embargo, el Coordinador de Control Interno será designado por el Director de cada instancia del Sistema de IVC, de terna que presenten la Procuraduría, la Contraloría y el Director de Salud del respectivo ámbito nacional o territorial que corresponda, a quienes también dará cuenta de su gestión.
7. Establecer de manera permanente procedimiento de "Rendición de cuentas de la gestión cumplida a la comunidad por parte de los Organismos que conforman el Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud – SINIVICS"; los de orden territorial, una (1) vez cada tres meses; y el de orden nacional, una (1) vez cada seis (6) meses, a partir de la fecha en que se expida la presente norma.
8. TIPOS DE AUDITORIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD:

AUDITORIA EXTERNA.- Será la gestión de auditoría que ejerza la SuperSalud:

En el orden nacional sobre:

El Ministerio de Salud, El Instituto Nacional de Cancerología, El Instituto Nacional de Dermatología "Federico Lleras A.", Las E.S.E. de Contratación y Agua de Dios, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las demás entidades del orden nacional que ejerzan roles de dirección, administración, coordinación, investigación técnico – científica o administrativa de salud.

En el orden territorial sobre:

Las Autoridades Territoriales de salud – A.T.S., las entidades de dirección, coordinación, administradoras, prestadoras de servicios de salud de cada una de las Divisiones Político-Administrativas del territorio nacional, y en general sobre quienes provean servicios de salud, sean organismos públicos o privados y sobre los profesionales independientes.

AUDITORIA INTERNA: Será la que diseñen, definan, implementen, desarrollen y desplieguen al interior de cada uno de los actores de sistema de salud anteriormente descritos, a partir del modelo básico, único y obligatorio de Calidad y Auditoria de Servicios de Salud, que establezca EL Consejo Superior del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud – SINIVICS.

La acreditación o certificación en calidad de los prestadores y de los administradores de planes de beneficios de salud, en relación con estándares adicionales y diferentes a los establecidos en el modelo básico, único y obligatorio de Calidad y Auditoria de Servicios de Salud, definido por el Consejo Superior del Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud – SINIVICS, será de cuenta de las firmas o empresas privadas registradas en el país ante las Cámaras de Comercio en los diferentes Entes Territoriales, para lo cual deberán cumplir con la condiciones que contemplan las normas legales vigentes en esa materia.

PROPUESTAS ADICIONALES EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD: CALIDAD, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- Pronto pago por parte de todos los Pagadores de Servicios de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, establecer un verdadero, único y obligatorio “Manual de Glosas”.
- Disponer de personal idóneo en todos los Call-Center que deben organizar y poner en funcionamiento las entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud.
- Acabar con la subcontratación en el primer nivel de atención en salud.
- Crear, operar con eficiencia, eficacia e impacto, verdadero sistema de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- Establecer y desarrollar el Sistema de administración del Riesgo en IVC.
- Establecer efectiva participación de los pacientes o usuarios de servicios de salud en aspectos de diseño, elaboración, capacitación y ejecución en los aspectos de inspección, vigilancia y control de los servicios de salud.

### **Opción A.**

Crear un organismo nacional adscrito a la presidencia de la república. Lo que le daría una autonomía técnica, administrativa y presupuestal. Se llamaría Sistema Nacional de IVC. Es un sistema adscrito a la presidencia, esto generaría capacidad de gestión. Ya que actualmente no tiene dientes hacia arriba porque a quién vigila es su superior jerárquico. Tendrá cobertura en todo el territorio Nacional es una reunión de personas que eleva el poder de gestión.

No habría fusión ya que no sería operativo.

De lo que se puede hablar de ARTICULAR las fuerzas para IVC, así lo plantean las mesas ante la propuesta. Esta instancia sería de coordinación de las entidades de IVC.

La financiación de este organismo por un fondo especial el fondo general de inspección vigilancia y control para financiar este sistema.

Se plantean superintendencias delegadas territoriales bajo la figura de desconcentración, pero se discute que para qué las direcciones territoriales de salud si la supersalud se va a desconcentrar. Lo que se dice es que es necesario para que la SNS haga presencia no solo central sino en las regiones por lo ya planteado en las discusiones anteriores.

Se manifiesta que esta figura no fortalece a la SNS, la debilitamos, y lo que hay que buscar es fortalecerla.

### **Opción 2 de la Submesa 1.**

Sistema Nacional de IVC del sector salud conformado por el consejo superior del sistema de inspección, vigilancia y control.

La opción 1 es institucional la opción 2 es representativa. Donde en esta estaría la supersalud en los representantes de cada sector al consejo superior.

El consejo tendría unas funciones específicas.

Los mecanismos de control deben ser no solo EFICIENTES sino EFICACES.

Se plantea un plan universal con exclusiones y no un plan limitado con exclusiones.

Los regímenes de inhabilidades e incompatibilidades deben ser expresos y reales para evitar conflictos en los actores del sistema y con los actores del sistema.

Entidades administradoras o entidades encargadas del aseguramiento de la salud. Se propone ver esto.

La descentralización es una necesidad sentida, los usuarios lo piden a gritos y son quienes lo han solicitado. Pero se propone que haya desconcentración más no de descentralización para evitar la burocracia territorial. Se plantea tener en cuenta como está organizado EL INVIMA que es el modelo de desconcentración.

Se plantea que se dupliquen las funciones de IVC creando un nuevo sistema diferente.

La mesa se opone a crear este nuevo sistema y consejo.

El sistema de administración del riesgo es magnífico, porque hay que construir indicadores, lo mismo el sistema de información en salud. Hálamos de un sistema de seguridad social, un sistema de protección social y un sistema de IVC a parte? Esto no puede estar por fuera, debe estar integrado.

Se manifiesta que uno de los problemas es la falta de articulación se rescata de las propuestas el concepto o instancia de COORDINACIÓN en donde deberían participar única y exclusivamente las instancias nacionales de IVC en un sistema de IVC.

Se haría un fortalecimiento es a la SNS sin dejar de lado al INVIMA.

El régimen de inhabilidad e incompatibilidad es muy importante revisarlo, es una muy buena propuesta dicen las mesas de discusión, hay que mirar si lo que hay es suficiente o no.

El tema de rendición de cuentas es muy importante. Lo mismo el de auditorías y el sistema de administración del riesgo se establece que estos puntos son muy valiosos.

Hay una cantidad de TIPS que son rescatables para todas las entidades, pero hasta qué punto la necesidad de llevar a la ley estatutaria la IVC como garantía fundamental del derecho a la salud.

Se requiere ver lo que ordena ya el Decreto 1018 que está muy bien organizado pero no se ha desarrollado, debe haber una política con lineamientos de acuerdo a las necesidades del país y que genere impactos en la IVC, no hay una verdadera política de IVC, y ese es uno de los puntos del 1018, ahí está y hay que fortalecerlo.

Se establece que no se debe olvidar la propuesta de dividir la función jurisdiccional de la de conciliación de la SNS e incluir en la facultado jurisdiccional el tema de glosas.

Se plantea que hoy la normatividad es confusa para aplicarla, la Circular única es una colcha de retrasos, terrible y dejando muchas cosas por fuera y generando una incertidumbre jurídica, no podemos aplicar la normatividad se pide una revisión y ajuste de la norma.

La otra parte es o son las competencias, si bien es universal no tiene capacidad de hacerlo todo, nos encontramos en un prestador la SNS y los entes territoriales, no hay coordinación de la SNS, no se encuentran puertas abiertas, no se sabe quiénes son los referentes con las ET para estar coordinados y tener impacto en las acciones de IVC.

La propuesta trae la figura del DEFENSOR DE SALUD lo cual gusta mucho a las mesas de discusión, y con cargo a los recursos del Presupuesto General de la Nación, es rescatable. Pero es importante que no tenga nada que ver con el prestador y con el asegurador.

Se plantea que ese defensor del usuario pueda hacer presencia en los procesos adelantados en la función jurisdiccional para que el acceda a proteger al usuario en este proceso. Pero es importante que también tenga presencia en todas partes no solo centralizado, la pregunta es de quien DEPENDERÍA? Se manifiesta que de la defensoría. Pero no como delegada se dice.

Otra cosa que se había hablado y que queda en el tintero, es que se llamó la atención de la necesidad de crear un procedimiento más ágil, expedito en la función jurisdiccional.

## **Submesa 2.**

Estamos coincidiendo en temas. Aquí hay muchas normas, ambigüedad en ellas, mucho desconocimiento, no hay fácil acceso a estas.

Lo que debe haber es una desconcentración de la SNS, y presentan unas definiciones.

Se propone que haya DESCONCENTRACIÓN y no DESCENTRALIZACIÓN.

**DESCONCENTRACIÓN:** Transferencias de funciones administrativas que corresponden a órganos de una misma persona administrativa.

**DESCENTRALIZACIÓN:** Permite la transferencia de competencias a organismos distintos del poder central, que adquieren autonomía en la gestión de las respectivas funciones.

Los funcionarios de las regiones deben tener capacidad técnica, y suficiente idoneidad para llevar a cabo sus funciones. Para fortalecer la función de IVC de la superintendencia, con el fin de que se pueda llegar a lugares más apartados, los funcionarios que presten sus servicios en las regiones deberán tener la suficiente idoneidad, capacidad técnica, para que puedan ejercer de manera eficiente y eficaz sus respectivas funciones, para que no se sigan suscribiendo convenios, sino que se contrate personal para dichas regionales.

Se debe fortalecer el principio de la publicidad dentro de los mecanismos de VYC, hacerse revisión de si se está cumpliendo lo ordenado en esta materia por la Corte Constitucional.

Se debe dar a la SNS autonomía y se le debe dar el orden jerárquico que esta requiere. En un proceso de modernización del estado, se debe fortalecer a la Superintendencia, dándole autonomía y un orden jerárquico sobre las secretarías de salud municipal y departamental, para poder tener más control.

La SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, debe tener autonomía e independencia, se le deben dar herramientas más aceleradas y drásticas para determinar las sanciones que se acarreen a sus vigilados.

Debe dársele herramientas para que pueda aplicar en forma acelerada las sanciones a sus vigilados.

Crear un COMITÉ INTERSECTORIAL que analice los casos de mayor urgencia de vigilancia en el sistema financiero y de calidad de prestación de servicios y que entregue informes. Esto es, crear un comité intersectorial encargado de analizar los casos de mayor urgencia y determinaciones de profundidad y vigilancia del sistema financiero y de calidad de prestación de servicios. Este comité deberá estar conformado por todos los entes de inspección, vigilancia y control, quienes deben presentar informes ante el congreso de la república cada cuatro meses. Este certificaría el manejo de las bases de datos de los afiliados.

Se considera que debería haber jueces especializados en salud con trámites ágiles. Absurda la cifra de la operación de la función jurisdiccional por estar centralizada. La idea es crear la jurisdicción especial en salud en la rama judicial.

Que la Superintendencia una vez tenga conocimiento con pruebas fehacientes de la conducta ilícita del alcalde o gobernador, remita a la procuraduría para efectos de que este ente de control separe temporalmente de su cargo al funcionario objeto de esta conducta.

Que las funciones de IVC a nivel territorial se encuentren acordes a la categorización de cada municipio. Así los municipios de más categoría pueden brindar un apoyo más eficiente y eficaz al SGSSS.

Se propone organizar un sistema universal compuesto por las IAS. Es importante que la DIAN haga parte importante del sistema de IVC, que ayudaría a controlar la evasión, elusión, a los empleadores en la vigilancia de la afiliación y ayudaría a vigilar los recursos del sistema.

Se informa que hay ya mecanismos creados para controlar esto.

DIAN puede cruzar con MUISCA para ver si la gente está en el marco, pero más grave de la elusión es la evasión y ahí es donde se desangra el sistema.

No se le deberían dar orden jerárquico en los territorios sino con la desconcentración ya los delegados de la SNS la tendrían.

Fortalecimiento de los CTC para darle mayor aplicabilidad, y los comités de farmacia. Una mesa dice que hay que replantear las funciones de los CTC, y la idea es separar de las EPS e IPS que sea técnica y a que dependa del Ministerio.

Con base en la orden que da la corte en la sentencia 760 de 2008, se propone generar un sistema universal compuesto por DIAN, contraloría, procuraduría delegada para la vigilancia, personería, supersociedades, superintendencia financiera.

Se propone que se de lugar a trabajar en retomar LA RED DE CONTROLADORES que hacia el año de 1998 se organizó para trabajar en conjunto en el control y evitar duplicar esfuerzos para revisar lo mismo generando desgaste financiero y administrativo actuando doble sobre el mismo evento cuando cada uno podría apoyar al otro y no duplicar esfuerzos haciendo cada uno lo mismo.

Entra el concepto preventivo que es lo que no se está haciendo la SNS es reactiva, castigadora y nada más, todo es amenaza, solo SOPENA y sacan normas, no hay capacitación para entenderla y aplicarla, hace falta desarrollar mucho más la parte preventiva.

### **Submesa 3.**

Fueron agrupando por entes vigilados para ver cuál era la problemática por entidades.

La multiplicidad de requerimientos de información se halla en la ley anti trámites, que dice que no se debe pedir doble la información por el estado.

La información del Ministerio y de la Supersalud no coincide e impide una buena IVC, se plantea no cambio normativo sino gestión.

Uso excesivo de tutela, hay una serie de incentivos que lleva a esto. Incentivos para recobrar al Fosyga, uso indiscriminado de nuevas tecnologías. La propuesta de manejo Ley estatutaria, manejo residual de servicios NO POS por un organismo técnico independiente de las entidades que participan en el sistema. Revisar y fortalecer que sea el INS quien asuma la función de acuerdo al art 33 de la ley 1122

Por eso ello debe manejarse con un POS robusto que se complementen con los demás planes de beneficios del sistema esto es con PIC y todo lo relacionado con el artículo 49 de la CP, y se propone a nivel legislativo un órgano independiente de todas las entidades que participan en el sistema, estatal, ubicado, realmente técnico científico, que haga evaluación de pares, ya que la corte dice que no es científico no tienen la competencia técnica, científica para controvertir el concepto del médico tratante y si hay discrepancia prima el concepto del médico tratante, por eso se propone un verdadero CTC científico y técnico.

Es necesario claridad en las entidades de los planes de beneficios, y de cómo se complementan. La Regulación no es clara y cuando no es clara como se va a exigir y sancionar. Debe haber verdaderamente una complementariedad en los planes que están no solo del POS, esto es mucho más integral. Un ejemplo de ello lo relacionado con riesgos profesionales y riesgo común.

Las quejas de los usuarios no se resuelven con la oportunidad requerida. Debe darse claridad sobre responsabilidades de cada una de las entidades que garantizan planes de beneficios POS, ARP, ECAT, SOAT; PIC, PNSP y su complementariedad. Definir una jurisdicción especializada para que la atención de las tutelas tenga elevados estándares técnicos para resolver las peticiones.

Es indispensable que a través de la ley estatutaria se limite el alcance de los servicios y el uso de los derechos en salud, teniendo en cuenta la capacidad de pago de las personas.

Teniendo en cuenta que la corte constitucional definió el Derecho a la Salud como un derecho fundamental autónomo hecho que permite fijar límites y definir su núcleo esencial básico, se propone dar competencia a un organismo propio de dirección del sistema que defina expresamente las competencias de cada uno de los actores administradores de planes de beneficios para que la supersalud le realice trazabilidad al desarrollo y oferta de los planes, programas y procedimientos otorgados o negados por los aseguradores.

Fortalecer el mecanismo de monitoreo de quejas y seguimiento y acercar la SNS a las regiones, favoreciendo el modelo de desconcentración de sus funciones para que los usuarios puedan acceder en la región.

Hay una diferencia de desarrollo de capacidad muy desigual en los ET, no es homogéneo, hay debilidad para efectos de hacer visitas de verificación en el cumplimiento de los requisitos de habilitación en las ET, hay poca capacidad en esto.

Existe conflicto de interés en el ET, y poca capacidad para verificar el cumplimiento de las normas de habilitación

Hay conflicto en las ET en la habilitación, por ser parte de las juntas directivas de ESE. Por eso la vigilancia de los bancos de sangre son del INVIMA y no de las ET para evitar situaciones y conflictos entre públicos y privados por que la secretaría los vigilaba a todos.

La SNS debe reasumir la competencia frente a la habilitación de los prestadores en seguimiento de la política de desconcentración, y en previsión de las posiciones dominantes.

Hay que homologar las normas, darles claridad, se deben capacitar a las personas, no se debe quitar la capacitación de los verificadores, hay problemas de regulación poca claridad en la norma de habilitación. Inseguridad jurídica, se procede a hacerse cambios sin hacer la evaluación de las anteriores, que no se dejan implementar.

La idea es darle la verificación de la habilitación a las SNS desconcentrada en regiones.

Se requiere apoyo de otras entidades como fiscalía a las entidades territoriales para efectos de controlar prestadores no autorizados.

Las firmas interventoras se propone que se debe fortalecer la institucionalidad pero también se pueden buscar terceros para que apoyen la función pero se busca que deben estar habilitadas por la SNS para evitar que los ET pidan otras cosas diferentes a estas. La SNS debe asumir la competencia frente a la habilitación de las firmas interventoras, que continuará efectuándose a través de personas jurídicas en seguimiento de la política de desconcentración, y en previsión de las posiciones dominantes.

Artículo 40 párrafo de la Ley 1122 que la SNS se puede apoyar con externos privados para ejercer IV, lo que se dice es que las personas que van a realizar el soporte que se verifique esas personas si pueden soportar verdaderamente a la SNS y que surtan un proceso de verificación y de habilitación para eso y no llegue cualquier persona hacerlo.

Hubo una habilitación por los departamentos y cuando se surte el concurso en este se sobrepasa y salen unas firmas no idóneas. Eso debe subir a la SNS y se vigile ese proceso y que sea serio y que se de con un verdadero soporte de la SNS.

No hay control sobre la ejecución de los planes de salud pública.

No hay participación de los usuarios ni quien vele por sus derechos.

Hay que revisar la pertinencia de unificar la IVC del SOAT, ARP y otros planes de salud, en la SNS (superintendencia de la seguridad social)

El tema SOAT, EPS, e IPS y ARP la parte financiera debe pasar a la superfinanciera, eso se planteó, la superfinanciera dice no. La reflexión que hace la financiera, lo que debería fortalecer es la institución y no cambiar la vigilancia, lo que se debe unificar es el tema de criterios coherentes de la participación el sistema.

Lo que se mira no es solo lo financiero o económico es la participación en redes de todo, y no se puede partir la parte financiera de lo demás, es la base pero no se puede desarticular, se plantea es tener una división con fortaleza para vigilar esto.

La propuesta inicial es segmentar la parte financiera y dejar en salud solo la parte de salud.

La conclusión de la mesa es tener los mismos criterios para evaluar a todas las entidades de sistema de seguridad social en salud, si se tiene claro esto podríamos decir que esto claro ya no importaría quien vigilaría esta situación. Lo importante es el fortalecimiento del recurso humano y los mismos criterios técnicos de operación.

La superfinanciera dice que hoy tiene problemas con las ARP en donde se dan cuatro criterios de interpretación y se dan hasta cuatro conceptos por la superfinanciera, supersalud, MPS, al MHYCP, y si se plantea que financiera mire lo de los actores del sistema se va a recaer lo mismo. Y cómo pasarían las EPS como Aseguradoras o no? La corte ya reguló esto y dice que si se entienden que son entidades que manejan una prima tienen un riesgo, un margen muy diferente al aseguramiento en salud y su único margen es control de costos, selección de red, no puede aplicar preexistencias, selección de riesgo.

Hay es que entrar a revisar el marco normativo para ver que falta para que el control sea eficaz. No es pasar a superfinanciera todo y ya.

Pero se propone resolver esa cantidad de normas que nos impiden el fortalecimiento y ponen tropiezos en el desarrollo de las actividades de la SNS. Hay que mirar el marco regulatorio en donde están las funciones para evitar la colisión de competencias.

En el tema de profesionales de la salud no había un control administrativo, sobre historias clínicas y prescripción que la haga la super y sea regulado por la ley.

No existe una entidad que controle el cumplimiento de las normas administrativas (por ejemplo, historia clínica, prescripción). Control administrativo SNS: exigibilidad de los RIPS

En medicamentos y dispositivos médicos tampoco hay vigilancia y control la propuesta es entregarlo al INVIMA para controlar prescripción distribución y clasificación de medicamentos y dispositivos médicos.

Medicamentos, dispositivos y elementos médicos, tienen falta de vigilancia y control; el INVIMA no tiene competencia para controlar a los profesionales que prescriben los medicamentos para usos no registrados (caso hormona de crecimiento)

Sería interesante que el INVIMA tenga el control sobre toda la trazabilidad del medicamento hasta la distribución de este. Desde que lo aprueba hasta su distribución y dispensación. Y le dan a la secretaría que se fortalezcan en lo que deben hacer y se fortalezcan en lo suyo.

Operadores de régimen subsidiado que los eliminen. Constituyen una intermediación innecesaria en el RS, y enmascara ineficiencias municipales que deben suplirse.

Fortalecer financieramente la gestión de la SNS

Capacidad de gestión y fortalecimiento del recurso humano de la SNS. Fortalecer recurso humano y técnico institucional; Dentro de su desconcentración puede soportar su actividad, vinculando talento humano que garantice : idoneidad, experiencia y competencia.

La falta de articulación en el sistema.

Falta de canales de comunicación de los usuarios en el sistema para que haya mayor control social.

Fortalecimiento del recurso humano y técnico, para fortalecer el control, el problema no es de norma, es la capacidad de quienes lo llevan a cabo.

En el tema de sistemas de información, es un problema de siempre y común y diagnosticado, se debe centralizar esa información en esa entidad como única responsable de todo ese sistema de información esto es el MPS, y que sea de acceso fácil a todas las entidades de IVC y lo que no tengan allí pues cada entidad con sus bases de datos lo complementarían y así no duplicar esfuerzos en la IVC.

Por eso se propone que haya una sola entidad responsable del sistema de información de salud, y que esta sea pública y compartida entre los actores del sector y que sea obligatoria para todas las entidades.

Las actividades de control social no son tenidas en cuenta como insumos. La idea es que se involucre esta red de control social, para favorecer las actividades de vigilancia.

Asociación de usuarios financiados por los vigilados y eso podía generar conflicto de intereses, hay que revisar bien lo de alianza de usuarios, que no fuera a través de IPS, o EPS.

Revisar la normatividad relacionada con la UNIDOSIS en medicamentos y revisar la política de precios de medicamentos.

No existe un mapa de procesos que garantice que el ciclo de control se cierra. Debe existir la trazabilidad del procedimiento y de las solicitudes elevadas, y que su producto sea visible al ciudadano.

No hay autonomía de la SNS frente al MPS.

Las entidades de IVC solicitan información redundante. Debe haber racionalidad en los requerimientos

Inhabilidad cuando la SNS interviene una empresa y debe autovigilarse.

**La mesa propone:**

Fortalecer un sistema de administración de riesgo en todo el SGSSS.

Es fundamental fortalecer la función preventiva de la SNS.

Revisar la posibilidad de fortalecer con equipos externos (Universidad o firmas especializadas) los procesos de I y V, se plantean dificultades de orden constitucional y legal.

Jueces especializados.

Procuraduría delegada para el sector de la salud.

Fortalecer a la SNS en recurso humano y tecnológico.

Desconcentración de las funciones de la SNS.

Fortalecimiento de un sistema de información obligatorio para todos los participantes en el SGSS.

Autorregulación de los profesionales de la salud y definición de instancias administrativas de control, adicionales a los tribunales de ética médica.

Las entidades encargadas de IVC deben ser adecuadas técnicamente en su organización y capacidad institucional para el cumplimiento de sus competencias en todos los niveles territoriales.

Se debe instituir la revisión periódica de las capacidades operativas de las entidades encargadas del IVC.

Se requiere ver lo que ordena ya el Decreto 1018 que está bien organizado pero no se ha desarrollado, debe haber una política con lineamientos de acuerdo a las necesidades del país y que genere impactos en la IVC, no hay una verdadera política de IVC, y ese es uno de los puntos del 1018, el cual hay que fortalecer.

## 6. Mesa de Política Farmacéutica

Coordinador: Orlando Gracia

Secretario: Juan Fernando García (Asesor Ministerio de la Protección Social)

### Resumen de de los Planteamientos

#### PROCESO DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD MESA TEMÁTICA – POLÍTICA FARMACÉUTICA BOGOTÁ D.C., SEPTIEMBRE 23, 28 Y 30 DE 2010

En atención a la convocatoria formulada desde el Ministerio de la Protección Social, diversos actores del sector salud se reunieron para discutir la política farmacéutica nacional. Participaron representantes de Organizaciones Internacionales, de la academia, de la sociedad civil, de usuarios del sistema, de asociaciones de profesionales, de gremios que agrupan industrias de capital nacional y extranjero y de otros agentes de la cadena comercial y de entidades de gobierno, lo que aseguró la exposición de diferentes posiciones en relación con los temas en discusión. Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Total Asistentes 23 De Septiembre		Tabla 2. Total Asistentes 28 De Septiembre	
Tipo de Institución	Cantidad	Tipo De Institución	Cantidad
Académico	1	Académico	2
Asociación de Hospitales	1	Asociación De Trabajadores	1
Asociación de Usuarios	1	Asociación De Usuarios	1
Asociaciones de Profesionales de la Salud	6	Asociaciones De Profesionales De La Salud	5
Congreso	2	Congreso	3
Entidades Adscritas al MPS	5	Entidades Adscritas Al MPS	4
EPS	1	EPS	1
Gremio De Medicamentos	5	Gremio De Medicamentos	10
Gremio Económico	3	Gremio Económico	2
MPS	4	MPS	4
Organismo Internacional	1	Organismo Internacional	1
Organismos de inspección, vigilancia y control	2	Organismos De Inspección, Vigilancia Y Control	1
Otras Entidades del Gobierno	3	Otras Entidades Del Gobierno	4
Otros	1	Secretaría De Salud	1
Otros Ministerios	1	Total	40
Secretaría de Salud	3		
<b>Total general</b>	<b>40</b>		

<b>Tabla 3. Total Asistentes 30 De Septiembre</b>	
<b>Tipo De Institución</b>	<b>Cantidad</b>
Académico	2
Asociación De Usuarios	1
Asociaciones De Profesionales De La Salud	5
Asociación De Hospitales	1
Congreso	3
Entidades Adscritas Al MPS	3
EPS	1
Gremio De Medicamentos	4
Gremio Económico	2
MPS	3
Organismo Internacional	1
Organismos De Inspección, Vigilancia Y Control	1
Otras Entidades Del Gobierno	3
Otros	1
Secretaría De Salud	1
<b>Total</b>	<b>32</b>

La metodología de discusión partió de la constitución de subgrupos de trabajo en los que se abordó el diagnóstico de la situación actual y el establecimiento de escenarios ideales a partir de lo cual se formularon propuestas y estrategias que permitieran reducir la brecha entre la situación diagnosticada y tales escenarios. Se destacó que el objetivo de la mesa era recoger las posiciones/recomendaciones de los diferentes actores como un insumo para que el Gobierno tuviera los elementos de juicio para la toma de decisiones. En todos los casos, las discusiones fueron luego expuestas y debatidas en plenarios.

Los subgrupos se ocuparon de analizar, según sus prioridades, los elementos que conforman la política farmacéutica en Colombia y se establecieron algunos componentes de estos elementos macro por el impacto e importancia para la definición de la política farmacéutica:

**Acceso a medicamentos:**

- Criterios técnicos y procesos de actualización del listado de medicamentos esenciales y Planes de Beneficio.
- Precios
- Promoción de la competencia
- Sistema de suministros
- Propiedad Intelectual

**Calidad:**

- Buenas Prácticas en toda la cadena
- Modelo de vigilancia en red a nivel nacional
- Biodisponibilidad y equivalencia terapéutica
- Biológicos y Biotecnológicos

**Uso racional del medicamento**

- Publicidad e información a pacientes.

**Otros elementos incluidos en la discusión, incorporados en los bloques temáticos relacionados:**

- Inspección, vigilancia y control
- Fortalecimiento institucional (MPS - INVIMA)
- Financiación
- Falsificación y adulteración
- Recurso humano

Como apoyo y con el fin de organizar la discusión se tomó como base el documento de “*Política Farmacéutica Nacional*” elaborado en 2003 por el Ministerio de la Protección Social con la participación de la Organización Panamericana de la Salud. Este documento, si bien no fue acogido a través de acto administrativo, ha servido de fundamento para la expedición de normas que regulan aspectos relacionados con el sector farmacéutico. Para ello, se sugirió el diligenciamiento de una matriz de síntesis que contenía los elementos descritos de política.

De otro lado se abordó, aunque de manera tangencial, la discusión acerca del proyecto de ley estatutaria, así como también de proyectos de ley que actualmente cursan en el Congreso de la República y que tienen incidencia en la política farmacéutica.

A continuación se presenta la síntesis del trabajo realizado, a partir de los archivos entregados por los subgrupos y las notas de la secretaría tomadas en la plenaria.

Aunque el objetivo no era alcanzar un consenso, este se alcanzó especialmente en temas puntuales del diagnóstico. Aquellas propuestas o anotaciones que generaron discusiones por las diferencias de perspectiva se resaltan en el documento. Así mismo, dado que algunas propuestas y elementos cruzaban varios ejes temáticos, la Secretaría los ubicó en el aquel con mayor relación en función de la coherencia con el diagnóstico o problemas descritos.

Existen temas y asuntos que no fueron discutidos en los subgrupos o en las plenarias pero comentados por escrito a la secretaría. Estos documentos se anexan a las memorias de la mesa para su consulta, pero no se incorporan en la relatoría atendiendo a la metodología de discusión acordada.

## **DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA**

Como una primera aproximación a la discusión, los subgrupos trabajaron en la definición y alcance de la Política Farmacéutica. **Teniendo en cuenta que no es el objetivo de la mesa llegar a una definición consensuada**, se resaltan los elementos que algunos grupos expusieron para determinar el alcance de la política farmacéutica:

- El derecho a la salud hace parte del bloque de constitucionalidad.
- La Política es una respuesta de Estado que permite garantizar el derecho a la salud a través de tecnologías sanitarias empleadas en la terapéutica alopática, medicinas tradicionales, alternativas y complementarias.

- La política debe expresar y estar en concordancia con los lineamientos constitucionales.
- La política debe estar armonizada con los principios orientadores de la reforma: equidad, sostenibilidad y calidad.
- La política debe delinear el propósito respecto al manejo y el desarrollo de los temas de medicamentos en el país, constituye el abordaje y respuesta de Estado a los problemas y asuntos farmacéuticos.
- La política es una forma de darle noción de posibilidad a la ejecución de los recursos, en función de unas prioridades establecidas.
- La política debe estar soportada en regulaciones y un documento Conpes, que le dará el alcance intersectorial. Aunque se discute que ello no lo hace más obligatorio, ni garantiza por sí mismo los recursos frente a lo que se definió en el documento de 2003.

*“El documento OMS, 2003 establece que una política farmacéutica nacional es un compromiso con un objetivo y una guía de acción. Expresa y prioriza las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico e identifica las estrategias principales para alcanzarlas. Proporciona un marco dentro del cual se pueden coordinar las actividades del sector farmacéutico. Abarca los sectores tanto público como privado, e implica a todos los protagonistas del ámbito farmacéutico”.*<sup>4</sup>

## **DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS**

Los medicamentos representan un componente importante del gasto en salud. Por ello una política farmacéutica adecuada se considera factor clave para la sostenibilidad del sistema.

No existe un documento del Ministerio de la Protección Social que evalúe la *Política Farmacéutica Nacional*, lo cual es requerido para establecer un diagnóstico. Sin embargo, como actores del sector de la salud, los participantes de la mesa presentan su visión basada en sus experiencias.

### **I. ACCESO A MEDICAMENTOS**

#### **1. LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y PLANES DE BENEFICIOS:**

##### **Diagnóstico**

Si bien la actualización del listado de medicamentos del POS es un punto que se discute en la mesa de evaluación de tecnología, generó un debate interesante, fundamentalmente por la necesidad de actualizarlo y depurarlo.

Para los participantes, los procesos de actualización del listado medicamentos en el POS no obedecen en la actualidad a criterios de técnicos de evaluación de tecnologías en atención a parámetros como la relación riesgo/beneficio, necesidades epidemiológicas e impacto en

---

<sup>4</sup> OMS, 2003. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Serie “Perspectivas políticas sobre medicamentos” No. 06

costos. Algunos de ellos plantearon que posiblemente prácticas corruptas incidieron en el incremento de la formulación por fuera del POS.

Adicionalmente, en el listado actual existe un número de moléculas importantes en desuso y sin registro sanitario, otras que podrían ser excluidas y/o sustituidas por otras con ventajas terapéuticas documentadas y algunas que se requieren por nueva evidencia sobre su utilidad.

La no actualización ha inducido en gran medida las distorsiones de uso, con alto impacto en la sostenibilidad del sistema.

Algunos asistentes opinan que la salud no obedece a la lógica de seguros y que la lista de medicamentos del POS debe considerarse en su sentido indicativo.

### **Propuestas**

- Adopción de metodología racional, técnica, transparente y sistemática que incluya criterios de viabilidad, evidencia científica, riesgo/beneficio, de acuerdo a las necesidades epidemiológicas, para la actualización del POS.  
**Algunos participantes proponen que se incluyan en el POS los medicamentos más recobrados, como mecanismo para mejorar el acceso a los mismos. Otros agentes consideran que incorporar los más recobrados sin una evaluación previa, introduce otras distorsiones detectadas en el mercado farmacéutico.**
- Fortalecimiento de la CRES para que actúe como instancia de decisión eficiente que determine las metodologías y criterios y asuma la perentoriedad de la actualización.
- **Hay otras opiniones que sugieren el cambio de la CRES por otra instancia que utilice mecanismos de mayor eficiencia, oportunidad y capacidades técnicas. Así mismo, otra propuesta sugiere establecer diferencia entre la instancia de evaluación técnica de la instancia de decisión política, que podría denominarse Consejo Nacional de Evaluación de Tecnología, asesor de la CRES. Se sugiere que la actual CRES se alimente de una agencia, organismo o instituto de evaluación de tecnologías que aporte la evidencia para las decisiones de actualización,**
- Promoción de la intersectorialidad y fortalecimiento institucional en los procesos de evaluación de tecnologías (INVIMA, INS, Universidades y otras entidades).
- Elaboración del listado del POS por principio activo, denominación común internacional - DCI y no por presentaciones por posología.

## **2. FINANCIACIÓN**

### **Diagnóstico**

Se considera que el flujo de recursos inadecuado afecta la sostenibilidad del sistema. Adicionalmente, se reconoce que existe una crisis financiera del sistema de salud debido al crecimiento exponencial del gasto en salud, en donde el elemento central que la dinamiza y la precipita es el componente No POS (medicamentos y procedimientos).

En el componente No POS, existe una fracción medible a través de la información de recobros, pero hay una fracción no medida que son los gastos de las entidades territoriales (subsidiado).

Asimismo, la información técnica de los recobros presenta deficiencias graves en términos económicos y de racionalidad terapéutica y, aunque el SISMED incluye recobros, es deficiente la información que contiene.

La ausencia de información o limitaciones a la misma es preocupante por el soporte que se requiere para la toma de decisiones de financiamiento. Este elemento agrava la crisis del sector salud al lado de los elementos descritos como la actualización de listado y los márgenes de intermediación.

Desde la perspectiva del gobierno es suficiente la relación POS-UPC incluso para unificar los listados de contributivo y subsidiado, mientras que el No POS es más complejo por el comportamiento de los recobros.

Así mismo, los recursos en salud no se monitorean y asignan en función de los resultados en salud.

### **Propuestas**

- Establecer estrategias articuladas e integrales que incluyan la adopción de un listado de medicamentos actualizado, tarifas adecuadas, financiación racional, márgenes de comercialización y mejoramiento del flujo de recursos.
- Corregir las prácticas incorrectas e inadecuadas en el recobro.
- Atar una porción del pago de UPC a la gestión de indicadores de resultados en salud.
- Implementar un sistema de información único con información técnica adecuada.

## **3. PRECIOS DE MEDICAMENTOS**

### **Diagnóstico**

El actual sistema de regulación de precios no ha cumplido su objetivo de impedir los altos precios de los medicamentos, bien por la concepción misma del sistema de libertad de precios (en opinión de algunos participantes) bien por la inadecuada implementación de dicho sistema (en opinión de otros) dado que la regulación se basó en un mecanismo de monitoreo de reportes que no se realizó adecuadamente.

Se mencionó también la debilidad institucional (tanto del MPS como del MinComercio y de la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos – CNPM) en términos de recursos técnicos y financieros y la debilidad del sistema de información.

Es importante tener en cuenta que la problemática de precios de medicamentos involucra toda la cadena de comercialización. Existe evidencia de márgenes de intermediación, abuso

de EPS en la posición dominante y prácticas perversas en los recobros, por citar ejemplos, que generan distorsiones en los precios de estos productos.

Adicionalmente, el consumo medido en unidades de ventas de algunos medicamentos no atiende a los precios; existe distorsión de precios por marcas y prácticas perversas de comercialización. Algunos asistentes mencionan que ciertos genéricos de marca se comercializan y recobran a precios altos, incluso cercanos o más altos a los del medicamento innovador.

De todas formas, para algunos, la *desregulación* de precios en moléculas monopólicas constituye un factor a tener en cuenta. Quienes esto afirman manifiestan que los precios de entrada de medicamentos innovadores son consistentemente más altos que en países de referencia.

No obstante lo anterior, existe consenso en que el componente de medicamentos – y su precio- tiene un impacto significativo en el sistema de salud y por ello algún tipo de regulación resulta necesaria.

Existe también consenso en que el acceso a la información y la transparencia en la misma es un factor clave en una política de precios, al igual que la implementación de un sistema de monitoreo y en la urgencia del fortalecer la CNPM. Ver nota aclaratoria.

### **Propuestas**

- Elaborar un estudio que evalúe el efecto de la adopción de la regulación de precios vigente y que se constituya en fuente oficial que permita orientar los elementos regulatorios en el marco de la reforma. Este debe incorporar un análisis de las regulaciones de países de referencia.
- Establecer un sistema de regulación basado en precios de referencia internacionales y adoptar metodologías para el establecimiento de los países de referencia.
- Fijar precios con base en el valor terapéutico de los medicamentos (esquema de Brasil).
- Establecer un sistema de información de precios confiable, transparente y público, como fuente oficial de consulta. Este sistema de información debe ser integral, es decir, incluir información farmacológica, regulatoria, sobre calidad y económica. La operación del sistema debe contar con recursos técnicos, tecnológicos y humanos suficientes. Ver nota aclaratoria.

Algunos plantean que la información sobre precios no debe estar sujeta a ningún tipo de confidencialidad, con el fin de garantizar la eficiencia del sistema. Otros, por el contrario, manifiestan existe información relacionada con precios que es considerada como secreto empresarial y cuya divulgación puede generar prácticas de competencia desleal, restrictivas del comercio o de abuso de posición dominante.

- Establecer bandas de precios.
- Establecer márgenes máximos de intermediación.

Las IPS representadas en algunos subgrupos llaman la atención sobre los riesgos de trasladar los márgenes del canal comercial al canal institucional sin considerar los costos asociados a la adecuación de medicamentos intrahospitalarios y el valor agregado en los procesos de dispensación, distribución y administración.

- Fijar precios máximos de venta al público e indicarlos en las etiquetas.
- Fijar valores máximos de recobros. Algunos proponen que el precio promedio del mercado debe tomarse como valor máximo de recobro.

Esto preocupa a quienes consideran que la determinación de promedios puede desplazar hacia arriba los precios.

- Eliminar valores de recobro diferenciados para un mismo principio activo. Se argumenta que genera percepción de calidad inferior. Sin embargo, para otros agentes la tarifa de recobro debe ser diferencial dependiendo de la marca, el laboratorio productor o titular del registro, volúmenes de producción, controles de calidad, valores agregados, comportamiento histórico, entre otros elementos. Adicionalmente, se plantea que fijar el precio de recobro de acuerdo con el precio del innovador implicaría que el precio de los competidores sea arrastrado hacia arriba.
- Establecer mecanismos de monitoreo y/o control de precios a los medicamentos genéricos que se comercializan con precios altos (cercanos o mayores al precio del pionero o innovador).
- Diseñar un sistema de monitoreo de precios efectivo, que aplique a todos los eslabones de la cadena, los precios por marcas y que tenga especial énfasis en aquellos productos con exclusividad en el mercado.
- Fortalecer la capacidad sancionatoria de las autoridades competentes.
- Derogar la Circular 04 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos CNPM. En su lugar, establecer control directo de precios a los medicamentos monopólicos.

La propuesta alternativa es fortalecer a la CNPM para un mejor funcionamiento del actual sistema de regulación de precios y permitir la intervención estatal solo en aquellos medicamentos que generan desequilibrios en el sistema de salud.

- Fortalecer la secretaría técnica de la CNPM con recursos y herramientas técnicas.
- Establecer mecanismos disponibles de consulta de precios de medicamentos comparativa por DCI a los usuarios.
- Considerar que las tarifas reconozcan los costos de las IPS en los procesos de adecuación de medicamentos y atención.
- Realizar un análisis de comportamiento de precios innovador vs marca genérica y que se comercialicen con DCI comparativo con precios de referencia internacional.
- Efectuar pruebas piloto respecto de procesos de compras que efectúa CAPRECOM, así como de los mecanismos que emplea la Superintendencia Nacional de Salud para controlar recobros, con el fin de determinar incidencias en los precios.
- Hacer transparente la información de recobros al Fosyga.
- Fortalecer en el MPS los mecanismos de coordinación (Viceministerio Técnico y de Salud) en lo relativo al seguimiento y toma de decisiones sobre uso de medicamentos dentro del

SGSSS (frecuencias de uso y recobros) para identificar aspectos que deben ser abordados como competencia de la CNPM o del MPS /Supersalud.

**Notas aclaratorias:**

- Los aspectos asociados a tarifas de reembolso se refieren a canal institucional, los relacionados con las circulares de CNPM y precios de referencia internacional se refieren a canal comercial.
- El funcionario de la Dirección de Regulación del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo señala que en la actualidad la información de precios de medicamentos que podría ser pública se refiere a la que no se considere secreto empresarial. Así mismo aclara que el esquema de regulación adoptado y las decisiones de regulación están en cabeza de la CNPM. Dentro de las actividades de la CNPM se comunica a la mesa que la lista de medicamentos en control está en análisis, mientras que las tarifas y criterios de recobro son potestad del MPS. El delegado menciona que un proyecto de reestructuración del Ministerio incluye el fortalecimiento de la Secretaría Técnica de la CNPM con recursos económicos, financieros y tecnológicos. La propuesta destinará cerca de 140 millones en 2011 vs. 67 millones previstos.

- **PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA**

**Diagnóstico**

La perspectiva de la discusión de este componente se abordó de manera más amplia a la tradicional que asocia los aspectos de competencia a la promoción de comercialización de medicamentos genéricos versus innovadores.

Se reconoce que con respecto a la lista de medicamentos del actual POS, en términos generales, existe suficiente oferta y competencia.

El mercado de medicamentos genéricos representa en gran medida el consumo en unidades del mercado nacional. Sin embargo, se debe distinguir el mercado comercial vs canal institucional, pues los indicadores de medición y monitoreo no son comparables.

Así mismo, algunos señalan el impacto social del gasto de medicamentos está concentrado en algunos productos. En esta porción que no cuenta con competencia, la promoción de estrategias para aumentarla tendría mayor impacto.

Por otra parte, si bien no se conoce la magnitud de prácticas de competencia desleal o restrictivas del mercado farmacéutico, lo cual implica *per se* un problema, de todas formas, existe evidencia de conductas perversas en el desarrollo de prácticas como recambios, dispensación, publicidad, recobros y en general en actividades que restringen de manera irrazonable la competencia. Otros asistentes destacan que existen estrategias globales de bloqueo a la competencia mediante la confusión de estrategias de lucha contra la falsificación, descrédito de calidad de genéricos con personal médico y pacientes.

Las autoridades competentes no cuentan con los instrumentos adecuados para ejercer una efectiva inspección, vigilancia y control sobre estas actuaciones.

La integración vertical, por su parte, ha permitido el desarrollo de prácticas limitativas de la competencia.

Existen quejas en relación con la participación en el mercado de actores no idóneos desde el punto de vista técnico, así como también de diferencias en la aplicación de procedimientos y requisitos de aprobación de comercialización de medicamentos y en algunos casos obstrucción a los trámites de medicamentos competidores, aspectos que igualmente afectan la libre competencia.

### **Propuestas**

- Establecer un sistema de información confiable, transparente y público. Este sistema de información debe ser integral, es decir, incluir información farmacológica, regulatoria, sobre calidad y económica. Ver nota aclaratoria.
- Realizar un diagnóstico y levantamiento de información de prácticas restrictivas de la competencia y del mercado.
- Regular la integración no solo en la prestación sino en todos los procesos, en proporciones que eviten excesos y no lesionen la capacidad de negociación. Evitar abuso de posición dominante de cualquiera de los agentes.
- Fortalecer la SIC en materia de competencia.
- Fortalecer los procesos de aprobación de comercialización del INVIMA.
- **Desarrollar una política de genéricos sin marca. Sobre el particular se expresaron reservas en materia de constitucionalidad, pues la prohibición de las marcas afectaría el derecho a la libertad de empresa, así como también posibles riesgos en materia de cumplimiento de normas supranacionales.**
- Articular una agenda de investigación con COLCIENCIAS, Universidades y centros de investigación que promueva transferencia de tecnología y la competencia, genere evidencia y/o resuelva dudas e incertidumbres sobre seguridad y calidad terapéutica.
- Establecer estrategias de competencia en el segmento de medicamentos exclusivos, biotecnológicos, vitales no disponibles y otros de alto costo que consideren y evalúen las propuestas que se establecieron en la emergencia social, algunas otras contenidas en la regulación vigente y otras para ser desarrolladas:
  - Importaciones paralelas: reglamentar el Decreto vigente y no limitar su alcance a medicamentos determinados por el Ministerio.
  - Procedimiento de registro acelerado: no limitar su alcance a medicamentos determinados por el Ministerio.
  - Licencias obligatorias. Decretarlas cuando resulte necesario (voluntad política)
  - Modelo de innovación con orientación a productos no ofertados o sin competencia.
- Incentivos tributarios e industriales a la producción local de medicamentos vitales no disponibles.

- Verificación de capacidad tecnológica instalada de oferta de medicamentos esenciales en la región y en el país (Brasil, UNASUR).

#### - **SISTEMAS DE SUMINISTRO**

##### **Diagnóstico**

El grado de cumplimiento de los estándares de gestión de suministro de insumos en salud pública, incluidos los medicamentos, en los niveles territorial y nacional no es adecuado. Falta mayor acompañamiento por parte del Ministerio en la implementación de planes de mejoramiento sobre el particular.

La compra, distribución y manejo de los medicamentos e insumos de salud pública presentan deficiencias que afectan la oportunidad y calidad de la atención.

Herramientas implementadas por el Gobierno no han sido adecuadamente empleadas y/o evaluadas. Se citan como ejemplos el convenio MPS-CAPRECOM y su estrategia de negociación para disminuir precios y fomentar la competencia, subastas inversas y/o compras centralizadas.

Otras herramientas no han sido implementadas, por ejemplo las facultades del MPS para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras de medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos para enfermedades ruinosas o catastróficas, en particular VIH/SIDA, insuficiencia renal y cáncer (Ley 972 2005)

No se conoce el efecto de las medidas regulatorias de importaciones paralelas y del establecimiento de los precios de referencia del Decreto 1313 y la Circular 04 de 2010.

En el marco del sistema de salud existe demanda insatisfecha (entrega incompleta o no entrega de medicamentos) documentada en diferentes estudios de defensoría y otras entidades.

##### **Propuestas**

- Hacer eficiente el flujo de recursos en toda la operación.
- Desarrollar mecanismos de negociación y compra centralizada de precios, que privilegien criterios de transparencia, economía y eficiencia.
- Participar como país en procesos de negociaciones y compras centralizadas internacionales (Fondo Estratégico de la OPS, ORAS y otros).
- Priorizar en la gestión de suministro de medicamentos e insumos la eficiencia y calidad.
- Establecer estrategias que optimicen la gestión de suministro de insumos en salud pública y el acompañamiento del MPS incluida la articulación institucional (INS y entidades territoriales) en lo relacionado con la planificación.

- Dar continuidad a la vigilancia y control sobre la gestión de insumos a nivel territorial en lo relativo a planes de mejora (medicamentos, biológicos PAI, reactivos de diagnóstico y plaguicidas) y a través de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Seguimiento y evaluación junto con la OPS a la operación del Fondo Estratégico, dada la reciente adhesión de Colombia a este mecanismo.
- Promover sistemas de suministro y distribución de dosis unitaria integrada a seguimiento terapéutico y gestión clínica de la terapia farmacológica.
- Establecer incentivos al uso y comercialización de de dosis unitaria desde el inicio de la cadena.
- Realizar seguimiento y vigilancia al cumplimiento de la prohibición de fraccionamiento, a la pertinencia y oportunidad de la asignación de citas médicas vs. entrega de medicamentos y otros aspectos críticos de calidad en la atención.
- Incorporar a la actualización que se está realizando a los estándares de habilitación y acreditación los elementos mencionados y aquellos sobre promoción y publicidad, profesionalización del recurso humano, dosis unitaria y fraccionamiento,
- **PROPIEDAD INTELECTUAL Y ACUERDOS COMERCIALES**

### **Diagnóstico**

Hay quienes manifiestan que en Colombia el régimen de propiedad intelectual establece un marco de protección razonable que promueve el acceso a tecnologías de salud e inversión directa en investigación frente a otros mercados.

Sin embargo, otros opinan que el modelo actual de PI no genera verdadera innovación, especialmente en enfermedades endémicas o de mayor prevalencia y que no es clara en la aplicación de los criterios de patentabilidad. Los que argumentan esta posición destacan que los estudios realizados para evaluar el impacto de la PI estimaron cifras inferiores al exceso de gasto en medicamentos en el sistema de salud.

En concreto, se abordó el tema de datos de prueba.

Algunos participantes señalan que la protección de datos se otorga para evitar competencia desleal, en cumplimiento de estándares internacionales de protección. Otros argumentan que el Decreto 2085 de 2002 constituye una patente express vía la agencia sanitaria, que no es la mejor facultada para ello.

Otros señalan que la protección de datos en Estados Unidos, Europa y otros países es más amplia comparada con Colombia y que las negociaciones de los Tratados de Libre Comercio no modificaron el status quo. Quienes así opinan destacan que los medicamentos protegidos con PI corresponden al 5% del total de recobros en 2009.

Se formulan reparos al INVIMA, unos por ser excesivamente laxo y otros por ser excesivamente rígido en la aplicación de los criterios para la concesión de protección a la información no divulgada.

Aunque no se estableció en plenaria la necesidad de modificar el Decreto 2085 de 2002, algunos sugieren que se ajuste dicha regulación con el fin de que exista mayor claridad en su aplicación, así como también con el objeto de incorporar disposiciones acordadas en nuevos Tratados de Libre Comercio negociados, particularmente en la aplicación de la excepción “Bolar” (solicitud temprana) a la protección de datos, la no protección de segundos usos, la protección por referencia y la unificación del proceso de otorgamiento de registro sanitario.

### **Propuestas**

- Respeto por las normas de propiedad intelectual establecidas en la legislación interna y en los acuerdos y tratados internacionales manteniendo y aplicando las flexibilidades y salvaguardas establecidas para protección de la salud y la sostenibilidad del sistema.
- Implementación de sistemas de monitoreo a las solicitudes de patente para evaluar el cumplimiento de los criterios de patentabilidad.
- Acceso público a la información del estatus de protección.
- **Ajuste al Decreto 2085 de 2002 con el fin de otorgar seguridad jurídica a los beneficiarios de la protección de datos, así como también con el objeto de permitir la aplicación de la excepción de trabajo temprano o Excepción Bolar, evitar interpretaciones que permitan proteger segundas indicaciones, definir si se acepta la protección por aprobación por referencia, establecimiento de un procedimiento unificado de otorgamiento de registros sanitarios que contribuya a la aplicación correcta del Decreto, entre otros aspectos. Esta propuesta no es compartida por quienes consideran que la norma actual es suficiente para cumplir con los acuerdos comerciales y estándares de protección internacionales.**
- **Fortalecimiento del INVIMA en cuanto a la evaluación de solicitudes de protección de datos de prueba. Algunos plantearon trasladar esta función a la SIC, pero otros señalaron las inconveniencias de esta alternativa.**
- Participación activa en los procesos globales y regionales asociados a la discusión del modelo de innovación que atienda a las necesidades de salud pública y desarrollo.

## **II CALIDAD**

El documento de política farmacéutica de 2003 contempló aspectos relacionados entre otros con los agentes en toda la cadena, los productos, el recurso humano y las funciones de rectoría.

Algunos consideran que el INVIMA es una entidad con reconocimiento internacional, pero que aún necesita fortalecerse como agencia sanitaria, establecer relaciones eficientes con otras agencias de referencia y generar confianza en los actores del sistema. Consideran que debe

enfocarse más en el aseguramiento de la calidad, que en el otorgamiento de registros y autorizaciones de publicidad, entre otras funciones de corte administrativo.

En lo relativo a la política farmacéutica, se mencionó que la de los laboratorios de salud pública no tiene desarrollado el componente de medicamentos, que dé soporte a las acciones de IVC desarrolladas por el INVIMA. Así mismo, se establece que existen vacíos y brechas en la constitución de una red nacional de laboratorios que cumplan los estándares del sistema nacional de calidad, en especial los laboratorios considerados de referencia (INVIMA), asunto que requiere el fortalecimiento de los recursos físicos, tecnológicos, financieros y humanos.

## **BUENAS PRÁCTICAS EN TODA LA CADENA.**

### **Diagnóstico**

Acorde con las competencias y responsabilidades de los diferentes agentes se contemplan las Buenas Prácticas Clínicas (BPC), Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE), Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL).

Considerando el creciente volumen de investigación clínica que se realiza en el país y los avances en la adopción de la regulación de Buenas Prácticas Clínicas, es importante establecer mecanismos de trazabilidad de los ensayos para realizar una adecuada vigilancia, a la vez que se realice un monitoreo integral de la investigación clínica y de cumplimiento de los estándares de Buenas Prácticas Clínicas.

Existe un consenso respecto de la fortaleza del INVIMA en materia de Buenas Prácticas en Manufactura -BPM- al punto de haber sido certificada por la OPS en esta materia. De todas formas, la normativa actual requiere ser actualizada de acuerdo con los lineamientos de la OMS.

Si bien existen garantías en materia de BPM, requiere fortalecerse la inspección, vigilancia y control en los demás eslabones de la cadena, tales como el transporte, almacenamiento y dispensación.

Algunos plantean que los establecimientos farmacéuticos (mayoristas y minoristas) no cuentan con los elementos necesarios para implementar sistemas de gestión de calidad en procesos de almacenamiento, distribución y dispensación. Esto obedece en parte a la utilización de personal no calificado y a la vigencia de normas obsoletas (Expendedor de drogas), aun cuando el país ha avanzado en la oferta de programas de formación de técnicos y tecnólogos. Sin embargo, otros consideran que existe extensa normatividad que regula el funcionamiento de minoristas y droguerías y que las farmacias y servicios farmacéuticos efectúan inversiones en infraestructura, desarrollo de programas y talento humano para suplir las carencias en formación sobre el particular.

Existe preocupación en materia de control de materias primas de medicamentos, así como en la verificación de la producción de otros productos como los homeopáticos.

Dado que el país cuenta con un modelo de gestión de servicios farmacéuticos (SF) en el marco del SGSSS, se recomendó evaluar la implementación de este modelo y necesidad de adecuación, tomando como fuente la información del sistema de habilitación de servicios farmacéuticos. Se reconoce que el sistema se basa en la autodeclaración, pero que en términos de verificación de esto hay necesidad de avanzar.

Hubo consenso en la necesidad de fortalecer la gestión de calidad en alianzas públicas y privadas con gremios y las asociaciones, distribuciones mayoristas y minoristas y del comercio en general

### **Propuestas**

- Adecuación de la normativa en BPM a los estándares armonizados.
- Certificación de proveedores de materia prima y excipientes.
- Adopción de un registro único de ensayos clínicos y de un sistema de monitoreo y seguimiento a la investigación clínica articulada con COLCIENCIAS.
- Incluye el establecimiento de un inventario de comités de ética.
- Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control en establecimientos farmacéuticos.
- Profesionalización del personal encargado de labores como el almacenamiento y dispensación de medicamentos.
- Articulación de la profesionalización y la capacitación del talento humano en servicios farmacéuticos con la Ley del Talento Humano en Salud.
- Fortalecimiento humano, financiero, físico y tecnológico de los laboratorios de control de calidad en especial los de referencia para la disminución de las brechas operativas y regulatorias que permitan adoptar los estándares del sistema nacional de calidad (calificación de equipos, normas ISO, etc.). Revisar la incorporación de este tema en el CONPES de calidad.
- Implementación de un sistema de gestión de servicios farmacéuticos que incluya validación, prescripción, sistema de distribución en dosis unitaria, trazabilidad, entre otros aspectos.
  - Armonizar los diferentes programas de capacitación sobre competencias del recurso humano en servicios farmacéuticos.
  - Establecer mecanismos de evaluación del desempeño del servicio farmacéutico tanto de los programas como del talento humano involucrado (todos los niveles de formación).
  - Identificar experiencias exitosas sobre alianzas en la certificación de competencias de recurso humano técnico (Ej. SENA-COHAN).

## **1. MODELO DE VIGILANCIA EN RED A NIVEL NACIONAL**

### **Diagnóstico**

Existen diferencias en la capacidad de vigilancia en las entidades territoriales, lo que genera disparidad en la ejecución de actividades y obtención de resultados.

Aunque existen programas nacionales de muestreo de calidad de medicamentos, persisten dudas sobre su confiabilidad en algunos sectores. Adicionalmente, los resultados no son de acceso público.

No existen sistemas integrados de información de actividades de vigilancia.

### **Propuestas**

- Fortalecimiento de las oficinas regionales del INVIMA para que ejerzan actividades de inspección, vigilancia y control en materia de medicamentos.
- Ajuste y continuidad de los programas de muestreo de calidad a nivel nacional y disposición pública de los resultados.
- Establecimiento de un sistema de información nacional en materia de vigilancia.
- Realización de actividades de farmacovigilancia activa de productos de relevancia terapéutica, obligatoria en productos biotecnológicos.

## **3. BIODISPONIBILIDAD Y EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA**

### **Diagnóstico**

Existe en Colombia un vacío regulatorio en la exigencia de estudios de biodisponibilidad y biodisponibilidad comparativa (bioequivalencia), especialmente en la definición de aquellos productos que lo requieren y la estandarización de los procedimientos de realización de tales estudios.

Otros actores consideran que existe una regulación que establece estos requisitos (Resolución 1400 del 23 de agosto de 2001) en la que además se adopta la Guía de Biodisponibilidad y de Bioequivalencia de medicamentos de que trata el Decreto 677 de 1995. Quienes argumentan a favor de la necesidad de una nueva regulación establecen que gran parte de la Resolución mencionada fue derogada posteriormente por la Resolución 1890 de ese mismo año.

### **Propuestas**

- Reglamentar la exigencia de estudios de biodisponibilidad y biodisponibilidad comparativa (bioequivalencia) para aquellos medicamentos que lo requieran, con base en fundamentos técnicos que atiendan principios de garantía de calidad y que no se constituyan en barreras irrazonables para la competencia.

Se plantean dos alternativas de regulación: i) la adopción de la estrategia establecida en los procesos de armonización de la Red Panamericana de Armonización Farmacéutica RED PARF (medicamentos de riesgo que requieran de estos estudios); o ii) la adopción del listado sugerido por la OMS para la exigencia de estudios de biodisponibilidad y biodisponibilidad comparativa (bioequivalencia).

#### **4. FALSIFICACIÓN Y ADULTERACIÓN**

##### **Diagnóstico**

El sistema penal es laxo con quienes cometen delitos que atentan contra la vida y la salud de las personas al falsificar o adulterar medicamentos.

En muchos casos existe desarticulación de entidades como la DIAN, la Fiscalía, las entidades territoriales, el INVIMA, en la persecución de este tipo de actividades fraudulentas.

De otro lado se destaca que no se ha expedido la regulación y los mecanismos que garanticen la trazabilidad de productos (lote, nombre, fecha de vencimiento, etc.) a través de tecnologías adecuadas de señalización lo que implica el aumento del riesgo de contrabando, adulteración y falsificación.

##### **Propuestas**

- Fortalecer las instancias de interinstitucionales y propiciar mejor articulación de las autoridades competentes para lograr mayor eficacia en las acciones y los resultados.
- Expedir la reglamentación sobre la adopción de tecnologías de señalización de medicamentos que permitan garantizar la trazabilidad de los medicamentos en todo el circuito de comercialización hasta el uso, cuidando que éstas no se constituyan barreras al comercio y no trasladen el costo al consumidor.
- Gestionar propuestas de adopción de tecnologías de señalización con la aplicación de ensayos piloto en los que participen todos los actores, se reconozcan las capacidades nacionales, los estándares internacionales y los procesos de armonización subregionales.

#### **5. BIOLÓGICOS Y BIOTECNOLÓGICOS**

##### **Diagnóstico**

Aunque se acepta que la regulación de los productos biológicos y biotecnológicos es necesaria y plantea desafíos para todos sus agentes, se establece que las propuestas de regulación de este asunto discutidas hasta el momento, se han presentado sin que haya claridad suficiente sobre el tema en el país.

**Otros consideran que se requiere la inmediata expedición de regulación estricta para su comercialización.**

En cuanto a la forma de abordar la discusión en el marco de la Política Farmacéutica unos señalan que este aspecto se debe ubicar en el capítulo de acceso por el impacto económico que significa para el sector. Otros reconocen la necesidad de un abordaje integral del tema desde la perspectiva de calidad y acceso considerando que es un asunto asociado a la innovación y a los procesos de transferencia de tecnología, por las potencialidades locales de producción.

### **Propuestas**

- Generar un marco teórico y técnico que sirva de fundamento para la discusión en materia de regulación de este tipo de productos.
- Establecer una agenda de regulación de biotecnológicos.
- Promover el establecimiento de una política industrial de empleo e innovación para la investigación y desarrollo de productos biotecnológicos en el ámbito local.

## **III USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS**

### **Diagnóstico**

En materia de uso adecuado o racional de medicamentos, se abordaron diferentes temas tales como la prestación del servicio farmacéutico, sobre el cual si bien existe un modelo de gestión, su aplicación no ha sido evaluada. Adicionalmente, no existe una adecuada inspección, vigilancia y control por parte de las entidades territoriales a los establecimientos farmacéuticos.

Cuando el recurso humano de los establecimientos farmacéuticos no es calificado, no está en capacidad de contribuir al uso racional de medicamentos, lo que deriva en auto prescripción, automedicación no segura y sustitución no controlada, entre otras situaciones.

De otra parte, en términos generales, el consumidor colombiano de medicamentos no está suficientemente informado, asunto crítico frente a la exposición de información publicitaria y la falta de claridad en información como insertos o información para prescribir y que incide negativamente en el uso racional de medicamentos. En este aspecto debe haber mayor control por parte del INVIMA para aplicar la regulación existente.

Otros resaltan que debe distinguirse entre información para la prescripción de las actividades de promoción y publicidad y no restringir la disponibilidad de la información a los usuarios y prescriptores, por ejemplo en los insertos de los medicamentos.

De otro lado, no existe adecuado control respecto de publicidad engañosa tanto de medicamentos como de productos naturales.

Algunos consideran que pueden existir conflictos de intereses entre compañías productoras de medicamentos y asociaciones de pacientes y de profesionales.

### **Propuestas**

- Prohibir la venta de medicamentos en establecimientos cuya actividad comercial es diferente (tiendas de barrio, papelerías, entre otros)
- Promover un sistema de prestación de servicios que incorpore los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada, incluidos los servicios farmacéuticos.
- Empoderar a la población para que realice una automedicación responsable con los medicamentos OTC y controlar la autoprescripción. Desde la perspectiva de la industria:

considerar la categoría de medicamentos que sirven para el autocuidado de la salud y para el apalancamiento financiero del sistema, como se ha hecho en países de Europa.

- Desarrollar programas efectivos de promoción del uso racional de medicamentos. Incluye el cumplimiento de normas sobre prescripción en Denominación Común Internacional.
- Efectuar mayor control a la publicidad de medicamentos y productos naturales.
- Adoptar el Manual OMS sobre análisis crítico de promoción y publicidad e información independiente como apoyo a la incorporación de cátedras en universidades
- Realizar investigaciones sobre regulación deseable en materia de publicidad y promoción, por su potencial papel distorsión del uso de medicamentos.
- Promover la participación de Colombia en el grupo de la RED PARF sobre publicidad y promoción.
- Prohibir el financiamiento de sociedades científicas. Quienes defienden esta propuesta destacan que en otros sectores regulan la destinación de dinero a la promoción para evitar distorsiones del mercado. Otros señalan que la interacción entre laboratorios y profesionales de la salud es necesaria para que exista una adecuada información sobre enfermedades, tratamientos y medicamentos.
- Regular y vigilar los posibles conflictos de interés en investigación.
- Adoptar tecnologías de dispensación en dosis unitaria con incentivos económicos concretos a su utilización.
- Validar y adoptar las experiencias exitosas de uso racional de medicamentos adelantadas por la SDS de Bogotá.
- Brindar mayores posibilidades de acceso a la información por parte de los consumidores en formatos de fácil conjunta.
- Procurar prácticas de dispensación bajo el sistema de dosis unitaria.
- Clasificar a la droguería como establecimiento de salud, considerando las especificidades e implicaciones comerciales de su uso, para que se establezca un sistema de remuneración diferente al del simple ánimo de lucro.
- Expedir una Ley que sustituya aquellas que determinan la credencial de expendedor (Ley 8 de 71 y la 17 del 74), considerando lo establecido en el Decreto 1070 del 90 que permite la profesionalización del recurso humano, de manera que el director responsable de droguerías debe tener por lo menos formación de tecnólogo. Ello, dejando actuar a quienes actualmente la ostentan.

## **DISCUSIÓN DE LOS PROYECTOS DE LEY**

Con relación al borrador de proyecto de ley estatutaria, algunos manifestaron inquietudes en relación con el principio de auto cuidado. Les preocupa que la aplicación de este principio derive en la denegación de la prestación de servicios de salud.

Adicionalmente, cuestionaron que la calidad se establezca como principio más que como requisito de prestación de servicios y que la misma se ate a protocolos y guías. Manifiestan que esto implica la limitación de la autonomía de los prestadores de servicios.

Por otra parte, los asistentes tuvieron oportunidad de revisar las disposiciones sobre política farmacéutica incluidas en los proyectos de ley 01 y 095 de 2010, presentados por los Honorables Senadores Dilian Francisca Toro y Eduardo Carlos Merlano, respectivamente.

Hubo consenso en que aspectos de índole técnica como la regulación sobre el control de calidad, biodisponibilidad y bioequivalencia, farmacovigilancia, no deben ser regulados a través de leyes de la República.

## 7. Prestación de Servicios de Salud

**Coordinador:** Blanca Cajigas (Asesora Viceministerio de Salud y Bienestar. Ministerio de la Protección Social)

**Secretaría Técnica:** Enriqueta Cueto (Asesora Dirección de Calidad. Ministerio de la Protección Social)

### Resumen de los Planteamientos y Relatoría

#### 1. Participantes en la mesa

En las discusiones de la mesa se contó con la participación de representantes de:

Congreso de la República	Sindicatos
Asociaciones de prestadores	Asociaciones de sociedades científicas
Asociaciones de usuarios	Contraloría General de la República
Prestadores de servicios de salud	ANDI
Entidades promotoras de salud	Secretarías de Salud
Secretaría de Educación	Comisión Reguladora en Salud – CRES –
Departamento Nacional de Planeación	Universidades
Icontec	Confederación de Profesionales
Superintendencia Nacional de Salud	Defensoría del pueblo

#### 2. Metodología

A partir de los últimos documentos de aportes e inquietudes enviados al Ministerio de la Protección Social por los diferentes instancias o actores del sector, la mesa de prestación de servicios inició con la identificación de los temas en común que afectan directa o indirectamente la operación de la prestación de servicios de salud, planteando para cada uno de ellos la problemática principal y a partir de esto, las propuestas y alternativas de solución fueron analizadas por los subgrupos conformados para llegar en muchos de los casos a un consenso y en otros pocos a propuestas con diferentes enfoques.

De igual manera, fueron señalados algunos temas que si bien afectan la prestación de servicios, no eran objeto de análisis en ésta discusión, pero si deberían ser mirados dentro del contexto y análisis global del sector.

Fueron identificados y agrupados seis temas y dentro de ellos los aspectos que se consideraban relevantes para ser analizados tanto en problemática actual como en propuestas a desarrollar, estos fueron:

Calidad y organización en la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modelo de atención/enfoque diferencial</li> <li>▪ Accesibilidad a la prestación de servicios Estudio oferta/demanda</li> <li>▪ Organización de redes</li> <li>▪ Indicadores de calidad y resultados en la atención</li> <li>▪ Habilitación y acreditación</li> <li>▪ Prestación especializada y servicios de alto costo</li> <li>▪ Prestación de servicios a través de telemedicina</li> </ul>
Flujo de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartera</li> <li>▪ Glosas</li> <li>▪ Clausulas adicionales de hecho</li> </ul>
Contratación de prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capitación</li> <li>▪ Incentivos a la contratación</li> <li>▪ Sistema de información</li> <li>▪ Tarifas</li> </ul>
Gestión de tecnología y medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de medicamentos</li> <li>▪ Reúso de insumos</li> <li>▪ Gestión de adquisiciones</li> <li>▪ Guías de práctica clínica</li> </ul>
Recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suficiencia</li> <li>▪ Externalización de servicios</li> <li>▪ Política de talento humano</li> </ul>
Hospitales públicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subsidio a la oferta</li> <li>▪ Pasivo prestacional</li> <li>▪ Juntas directivas</li> <li>▪ Régimen laboral y presupuestal</li> <li>▪ Estatuto de funcionamiento de ESES</li> <li>▪ Saneamiento fiscal y financiero</li> <li>▪ Impacto de unificación de POS</li> <li>▪ Aportes patronales</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integración vertical</li> <li>▪ Sistemas de información</li> <li>▪ Historia clínica electrónica</li> <li>▪ Regulación y régimen de vigilancia</li> </ul>

El resultado del trabajo de los diferentes grupos y las sesiones plenarias se presenta a continuación, con la enumeración de la problemática principal, las propuestas de la mesa y los requerimientos en términos de inclusión, eliminación o modificación de contenidos legales.

### 3. Modelo de atención

#### a. Problemática principal

- Existencia de múltiples modelos de atención en función de los contratos de cada prestador, no relacionados con la realidad nacional y territorial, e inexistencia de mecanismos de medición de resultados
- Modelos de atención basados en procesos administrativos y no asistenciales

- Regímenes únicos que no contemplan la heterogeneidad de la población, ni con condiciones de acceso desiguales
- Dificultad y generación de conflictos y duplicidades para incorporar la atención primaria en salud dentro del esquema de aseguramiento
- Cambio de responsabilidades en la operación de las acciones de salud pública, promoción y prevención

b. Propuesta de la mesa

- Revisión de modelos de atención, y adecuación del modelo actual a los nuevos planteamientos basados en atención primaria en salud, que incluyan atención integral e integrada en respuesta a necesidades, con servicios suficientes, oportunos y adecuados, niveles de coordinación definidos, mayor énfasis en promoción y prevención con enfoque de riesgo, eliminación de barreras administrativas, económicas, de aseguramiento y geográficas, y alta participación social.
- Inclusión en el modelo del concepto de intersectorialidad con afectación positiva de determinantes sociales, coordinado por el Estado, operado con participación público – privada y definición de único pagador.
- Definición de modelo de atención para poblaciones dispersas con procesos especiales
- Evaluación de prestación de servicios en función de indicadores de resultados deseables en salud, tomando en cuenta las diferencias regionales por desarrollo y perfil epidemiológico.

c. Requerimientos en la ley

- Incorporación de los conceptos anteriores en el proyecto de ley.
- Revisión de la posibilidad de tener un único pagador para los diferentes riesgos cubiertos por el Sistema. (PIC, POS, ARP, SOAT)
- Generación de un esquema de atención diferente y de la forma de operación del régimen subsidiado en las regiones del país con dificultades de acceso y alta dispersión poblacional.

4. Redes de prestación de servicios de salud

a. Problemática principal

- El concepto de red de prestadores ha evolucionado hasta llegar a convertirse en red de aseguradores y no se ajusta a las necesidades de la población por ubicación geográfica y perfiles epidemiológicos
- Desconocimiento de la capacidad instalada de prestadores frente a los requerimientos de servicios en salud
- Insuficiencia de red para algunos servicios y sobredimensionamiento de la oferta por parte de algunos prestadores

b. Propuesta de la mesa

- Elaboración de estudio de oferta demanda, con identificación de capacidad instalada, suficiencia de red de los pagadores en función del número de afiliados y cuantificación y caracterización de la demanda insatisfecha
- Generación de incentivos para instalación de oferta en las zonas donde se requiera

- Conformación de redes basadas en el modelo de atención y riesgo poblacional, regulación desde el Ministerio de la Protección Social, acompañamiento de las direcciones territoriales de salud y vigilancia para el cumplimiento de la normatividad vigente, que garantice la rendición de cuentas en su operación, de los resultados clínicos, de acceso, integralidad y del estado de salud de la población a la que sirven.
- Desarrollo de redes integrales, con el concepto de georreferenciación, en función de la ubicación de la población, con atención en el sitio de residencia, portabilidad del aseguramiento, respuesta continua, adecuada y efectiva en todos los niveles, alta resolutivez en la baja complejidad, apoyada con servicios a través de telemedicina
- Exigencia para que la conformación de las redes por parte de los pagadores sea suficiente en proporción a sus afiliados, y para los prestadores que la oferta de servicios esté en función de su capacidad instalada.
- Complementariedad por parte del CRUE territorial para garantizar la referencia oportuna en caso de urgencias.
- Determinación de redes prioritarias en salud pública (trasplantes, bancos de sangre, urgencias, cáncer, entre otras), con regulación especial, coordinación estatal y operación público-privada
- Priorización de la atención de patologías de alto costo en centros de excelencia.

c. Requerimientos en la ley

- Elaboración de estudio oferta – demanda (PND)
- Definición de reglas básicas para la conformación y operación de redes.
- Definición de la función del Estado en la coordinación de redes prioritarias en salud pública
- Generación de incentivos para instalación de oferta en las zonas donde se requiera

5. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

a. Problemática principal

- La mesa encuentra que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud ha significado un gran avance en la prestación de los servicios con estándares de calidad universalmente aceptados y que han mejorado la práctica clínica, existiendo aún algunos condicionantes que demoran el avance con calidad como son los procesos de tercerización de servicios misionales, formas de contratación de los profesionales de la salud, aplicación de algunos estándares de habilitación mayores a las condiciones mínimas y deficiencia en la medición de indicadores de resultados en salud.
- Falta desarrollar un programa de incentivos que promocióne y motive mejoramiento en la prestación de servicios con calidad y proceso de acreditación
- Poco desarrollo y énfasis en el establecimiento de los procesos de habilitación y acreditación de las entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales, incluyendo el sistema de vigilancia

b. Propuesta de la mesa

- Ajuste de los estándares de habilitación para los servicios de baja complejidad de modo que posibiliten una mayor capacidad resolutivez sin afectar la seguridad del paciente, prioritariamente en los estándares de infraestructura.

- Ajuste de los estándares de habilitación para la prestación de servicios por parte de profesionales independientes.
  - Ajuste de los estándares de habilitación que permitan mejorar la seguridad del paciente y la integralidad en la atención (interdependencia de servicios y procesos prioritarios).
  - Revisión de las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
  - Generación de incentivos para instalación de oferta en las zonas donde se requiera
  - Ampliación de los estándares de habilitación para servicios de promoción y prevención, rehabilitación, salud mental, medicinas y terapias alternativas y centros estéticos.
  - Revisión y ajuste de las normas de habilitación de las entidades administradoras de planes de beneficios, incluyendo estándares técnico científicos y técnico administrativos y verificación periódica.
  - Ajuste del procedimiento de habilitación de servicios especiales, con verificación previa y ajuste de las condiciones de verificación de los mismos, con capacitación a verificadores o por grupos de pares, fortaleciendo la vigilancia en la apertura de nuevos prestadores.
  - Definición del alcance, procedimientos operativos y estándares para la creación de centros de excelencia públicos y privados, que puedan concentrar la atención de patologías de alto costo.
  - Regulación de la acreditación de IPS, dejándola sujeta a la habilitación y verificación reciente
  - Incentivo y promoción de acreditación de EPS y DTS, e IPS, con estímulos arancelarios, reducción de tasa de vigilancia, prioridad en créditos y contratación, entre otros.
  - Homologación de sistemas de gestión de calidad en DTS e IPS públicas
  - Eliminación de la intermediación laboral que garantice adherencia y motivación del personal hacia procesos de calidad y modulación de la rotación
    - c. Requerimientos de ley
  - Generación de incentivos para la instalación de oferta en las zonas donde se requiera
  - Generación de incentivos para la acreditación de EPS y DTS, e IPS
6. Contratación de prestación de servicios de salud
- a. Problemática principal
- Deficiencias en la gestión del riesgo por parte de los pagadores
    - b. Exceso de intermediación en las autorizaciones de prestación de servicios de salud
  - Dificultad en la implementación de las normas asociadas a las relaciones entre pagadores y prestadores
  - Inexistencia de regulación sobre precios y tarifas, con tarifarios múltiples y desactualizados, e interpretación de contenidos diversas
  - Contratación de prestación de servicios, más enfocada en el control del costo, que en la gestión del riesgo, mediada por los intereses individuales de subsistencia, sin medición de indicadores de resultado y cumplimiento de metas.
  - Abuso de posición dominante en los procesos de contratación por parte de pagadores y prestadores

- Inoportunidad en la contratación y múltiples contratos en una misma vigencia
  - c. Propuesta de la mesa
- Incentivo a la confianza entre pagadores y prestadores en función del paciente, compartiendo responsabilidades y riesgo en la atención
- Modulación del proceso de autorización, sin perjuicio de la auditoría de pertinencia médica, transparente para el usuario, buscando mejoramiento de la oportunidad y resultados en salud, eliminando segundas autorizaciones para eventos incluidos en POS previamente autorizados y servicios promoción y prevención, entre otros.
- Actualización de CUPS, CUMS, tarifarios, con definición clara de materiales, unificación de listados de procedimientos
- Regulación simultánea de precios, tarifas, costos, márgenes de comercialización, y formas de contratación que prevenga la posición dominante y el riesgo moral
- Definición de la operación de los comités técnico científicos - CTC, con replanteamiento de su conformación.
- Prohibición de cláusulas taxativas de hecho
- Regular el sistema de información de afiliados que facilite el seguimiento de los contratos de capitación
- Creación de incentivos, en tarifas o tecnología, con base en indicadores que den cuenta de los resultados en salud, donde la auditoría se centre en la resolución de conflictos médicos y en la pertinencia médica
- Vigilancia y control efectivo para el cumplimiento del Decreto 4747, con inclusión de FOSYGA y aseguradoras del SOAT.
- Diferencias frente a la aplicación de medidas en los contratos por capitación, con solicitudes de fijación de UPC "oficial", contratos mínimos de un año, definición de indicadores e integralidad en la contratación de los servicios.
- Definición de reglas para que el incremento de tarifas reflejar el incremento en el valor de la UPC
- Búsqueda de medidas que eviten la tercerización en la prestación de servicios y eliminación de intermediarios dirigidos a bajar costos
  - d. Requerimientos de ley
- Creación de un sistema de información de los mercados de salud que facilite las decisiones de regulación y las relaciones entre los diferentes actores, especialmente entre pagadores y prestadores, que prevenga la posición dominante y el riesgo moral (PND)
- Definición de la operación de los comités técnico científicos - CTC, con replanteamiento de su conformación.
- Prohibición de cláusulas taxativas de hecho en la contratación de prestación de servicios

## 7. Flujo de recursos

### a. Problemática principal

- Esquema con múltiple intermediación e incumplimiento de la normatividad vigente
- Establecimiento de barreras para el pago oportuno, a partir de la conciliación de glosas y aplicación de cláusulas de hecho
- Multiplicidad de fuentes de pago para las actividades de salud pública, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación

- Ausencia de mecanismos que garanticen el pago de acreencias en el caso de liquidación de pagadores y prestadores.
    - b. Propuesta de la mesa
  - Estudio de la propuesta de la creación de un fondo de garantías para salud, que garantice el pago a prestadores y proveedores, cuando las entidades pagadoras o las IPS entren en procesos de liquidación.
  - Revisión de la posibilidad de tener un único pagador para los diferentes riesgos cubiertos por el Sistema. (PIC, POS, ARP, SOAT)
  - Creación de un pagador único para el sector salud que elimine la intermediación y giro directo a prestadores.
  - Establecimiento de sanciones claras a los pagadores que no paguen a los prestadores incluyendo la pérdida de la habilitación, con definición de intereses de mora a tasa de usura
  - Igualdad en el tratamiento para el pago del no POS-C y el no POS-S a cargo de las entidades territoriales
  - Ajuste de normas sobre flujo y fortalecimiento de IVC, con inclusión de Fosyga y SOAT en el alcance del Decreto 4747 y centralización de información de cartera con reglas claras, con procedimientos para la aclaración y saneamiento anual de la misma
  - Inclusión de la facultad jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud para dirimir conflictos frente a glosas, o conformación de tribunales de arbitramento para la solución de glosas, regulación del abuso de la glosa por parte de los pagadores y capacitación para el uso del manual de glosas vigente.
    - c. Requerimientos de ley
  - Creación de un fondo de garantías para salud
  - Revisión de la posibilidad de tener un único pagador para los diferentes riesgos cubiertos por el Sistema. (PIC, POS, ARP, SOAT)
  - Creación de un pagador único para el sector salud
  - Establecimiento de sanciones a los pagadores que no paguen dentro de los términos, o abusen de la glosa
  - Inclusión de la facultad jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud para dirimir conflictos frente a glosas
- 8. Talento humano**
- a. Problemática principal
  - Insuficiencia e inadecuada distribución geográfica del recurso humano
  - Formas de vinculación laboral que desincentivan el compromiso con las instituciones, y generan alta rotación del personal
  - Intermediación laboral creciente y dificultades en la aplicación de lo dispuesto en la Sentencia C-614.
    - b. Propuesta de la mesa
  - Fortalecimiento del observatorio laboral planteado en la Ley 1164 de 2007 que permita contar con información de oferta y demanda de recurso humano en salud y su distribución geográfica.
  - Concertación ministerios salud/educación sobre necesidades de talento humano en salud, generación de políticas de formación y análisis conjunto de pensum universitarios que garanticen suficiencia, idoneidad y satisfacción de la demanda en la formación en el mediano y largo plazo.

- Análisis del régimen laboral del sector salud con revisión de formas de vinculación, régimen salarial que contemple formación, experiencia, localización y condiciones de prestación de servicios e incentivos para el recurso humano.
- Revisión de las competencias de los médicos generales para que incrementen su capacidad resolutoria, a través de mecanismos como la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.
- Generación de incentivos al servicio social obligatorio que cubra la baja complejidad en zonas dispersas, a la formación de especialistas a través del fortalecimiento de programas de becas (ICETEX, o capacitación en el exterior, con retorno en formación al interno)
- Incentivos a los profesionales de la salud con educación continuada y recertificación, la cual no deberá ser obligatoria pero si prioritaria en capacitación para los empleadores
- Desarrollo de la ley de talento humano y definición de lineamientos sobre la Sentencia C-614
- Incremento de la vigilancia sobre las cooperativas de trabajo asociado
- Incentivos a la creación y permanencia de hospitales universitarios, incorporando educación continuada y gestores del conocimiento, tecnología acorde al desarrollo del Sistema, incentivos laborales, tributarios y financieros, entre otros.
  - c. Requerimientos de ley
- Análisis del régimen laboral del sector salud y ajuste de ser necesario
- Revisión de la relación salud/educación en la definición de requerimientos de cantidad y calidad del recurso humano en salud y revisión de competencias

#### Gestión de tecnología

- a. Problemática principal
  - No se planteó en la mesa
- b. Propuesta de la mesa
  - Adopción de un proceso de evaluación de tecnología acorde con criterios técnico-científicos, neutrales e independientes
  - Implementación de guías integrales de atención, como lineamientos que respeten la autonomía médica y orienten las buenas prácticas basada en la evidencia científica y adaptadas a los perfiles epidemiológicos
  - Incorporación de un modelo de gestión de tecnología biomédica al interior de las IPS que incluya definiciones explícitas sobre modelo de adquisición de tecnología, el re- uso de dispositivos médicos, reparaciones y soportes técnico, capacitación del personal e infraestructura.
  - Regulación que evite los abusos en la distribución y comercialización de los medicamentos
  - Definición de un ente estatal o privado que elimine la intermediación y garantice el pago de los medicamentos de alto costo
- c. Requerimientos de ley
  - Definición de un ente estatal o privado que elimine la intermediación y garantice el pago de los medicamentos de alto costo

## 9. Hospitales públicos

### a. Problemática principal

- Alto riesgo de los hospitales públicos frente a la universalización del aseguramiento y unificación de planes, con requerimiento de definición de criterios para asignación de recursos de oferta, cuando las condiciones del mercado no permiten la sostenibilidad financiera.
- Demora en los procesos del pasivo prestacional, y dificultad para el saneamiento de aportes patronales
- Estructura directiva de las ESE con dificultad en la conformación y gestión de las mismas

### b. Propuesta de la mesa

- Fortalecimiento de la red pública que garantice acceso, con establecimiento de reglas para la asignación y giro de subsidios de oferta.
- Transformación de recursos simultánea con la ampliación de cobertura de régimen subsidiado en personas y servicios, manteniendo una proporción de recursos del SGP para subsidio de oferta.
- Regulación de los aspectos como inhabilidades para miembros de juntas directivas, capacitación obligatoria de las mismas, nombramiento de gerentes en ESE y generación de excepción de la Ley 617 de 2000 para el salario de los gerentes de los hospitales públicos, en municipios de baja categoría.
- Revisión de la regulación aplicable a hospitales públicos, que simplifique contratación y gestión y mayor competitividad.
- Revisión de las reglas para la aplicación del porcentaje mínimo de contratación obligatoria por parte de las EPS-S con IPS públicas de baja, mediana y alta complejidad.
- Revisión de convenios de desempeño que permitan ajuste de portafolio y plantas de personal, previa aprobación del MPS.
- Regulación frente a la oportunidad en la contratación por parte de las DTS de los servicios a su cargo, con garantía de pago
- Cumplimiento de las Leyes 715 y 1122 frente al saneamiento del pasivo prestacional y optimización de procesos de saneamiento de aportes patronales

### c. Requerimientos de ley

- Definición de esquema de transformación de recursos simultánea con la ampliación de cobertura de régimen subsidiado en personas y servicios, manteniendo una proporción de recursos del SGP para subsidio de oferta.
- Regulación de la conformación de las juntas directivas de las ESE, con ajuste de las inhabilidades de sus miembros
- Excepción de cumplimiento de la Ley 617 de 2000, frente a los salarios de los gerentes de ESE municipales en municipios de baja categoría
- Regulación para el cumplimiento de los términos para el saneamiento del pasivo prestacional y optimización de procesos de saneamiento de aportes patronales

## 10. Sistema de información

### a. Problemática principal

- Debilidades en el sistema de información, con información fragmentada

### b. Propuesta de la mesa

- Adopción de un sistema de información en función del usuario y su estado de salud y no solamente alrededor del reconocimiento económico
- Carta de derechos y deberes disponible para todos los usuarios
- Revisión de los indicadores de calidad y resultados de atención en prestadores y pagadores
- Fortalecimiento de RIPS, con obligatoriedad y simplificación
- Actualización normatividad de registros en salud (historia clínica integral por usuario a nivel nacional)
  - c. Requerimientos de ley
- Lineamientos en PND que permitan disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones

## 11. Otros temas considerados

### a. Ley estatutaria

Abordaje del concepto y del alcance de la ley estatutaria con propuestas sobre:

- Actualización del POS, incluyendo
  - perfil epidemiológico,
  - plan nacional de salud pública,
  - salud mental como eje transversal,
  - aclaración de contenidos,
  - regulación de los servicios adicionales no incluidos con la financiación, sin excluir patologías de manera específica
- Sostenibilidad del sistema,
- Ajustes del modelo del sistema Aseguramiento vs. Administración de recursos
- Medidas para garantizar que los intereses del aseguramiento estén ligados al tema de salud y no a la reducción del gasto
- Atención primaria en cabeza del Estado o en otros agentes

Dadas las inquietudes frente a la ley estatutaria, se realizó una sesión donde surgieron los siguientes puntos:

- Alcance y beneficiarios de la ley estatutaria
- Objetivo de la ley, con motivación financiera y regulación del derecho
- Procedimiento de aprobación y qué hacer en caso de negativa de la Corte Constitucional
- Componente de nuevos recursos frente a la unificación del POS
- Aclaración de contenidos del POS y valoración del criterio costo efectividad
- Diferenciación de servicios requeridos con necesidad, útiles y suntuarios, financiación y procedimiento de acceso
- Implicación del concepto de autocuidado frente a las limitaciones en la prestación de servicios
- Incorporación de la autonomía médica, y limitación a médicos adscritos a EAPB
- Implicaciones en la atención integral por parte de las EPS de las enfermedades huérfanas
- Privilegios a la red pública hospitalaria

- Secuencia entre ley estatutaria, definición del POS y ley ordinaria
- Limitaciones a la intermediación en el sistema
  - b. Integración vertical
- Limitación de la integración vertical a las grandes ciudades
- Revisión del límite de la integración vertical (PL 95, Art. 6)
- Vigilancia estricta a los aseguradores para que cumplan los indicadores de calidad en IPS propias
  - c. Vigilancia y control
- Búsqueda de mecanismos para que otras entidades de vigilancia y control se articulen con el sector salud

## 8. Mesa de Promoción

Coordinador: Oscar Bernal  
Secretaría Técnica: María Luisa Latorre

### Resumen de los Planteamientos

Las recomendaciones de la mesa de promoción social para la reforma se estructuraron en las dimensiones de: política pública saludable: fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias; líneas prioritarias de trabajo; y recursos humanos y financieros.

En primer lugar se redactó la siguiente definición de Promoción de la Salud con los aportes de los participantes y como resultado del trabajo de estos dos días:

La promoción de la salud es, de manera simultánea, un proceso socio político y cultural, una dimensión del trabajo sanitario y un conjunto de acciones orientadas a lograr el bienestar colectivo. Como proceso político y social moviliza a la sociedad en su conjunto, integra diferentes sectores.

Actúa bajo el liderazgo del Estado, busca construir políticas públicas saludables que tienen en cuenta la diversidad de nuestro país y requiere de la participación de individuos, familias, comunidades y sociedad.

Como dimensión del accionar sanitario encuentra su eje en la noción de salud asumida como bienestar y disfrute de una vida digna y como conjunto de acciones busca incidir sobre los determinantes sociales de la salud, así como promover hábitos y entornos saludables.

Recomendaciones en cada dimensión propuesta:

#### **Políticas públicas saludables:**

1. En el Nivel Central: Contar con un liderazgo político del Estado cuyo instrumento sea el CONPES como Consejo Nacional de alto nivel con la Secretaria Técnica del Departamento Nacional de Planeación y que toma decisiones económicas y sociales en sesiones con el Presidente de la República y sus Ministros.
2. El Conpes Social debe dejar planteada la articulación intersectorial. Cabe anotar que en la actualidad hay un Conpes de Seguridad Alimentaria y otro de Ambiente.
3. Como espacio orientador y generador de evidencias para la toma de decisiones del CONPES está la Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud con sus respectivos referentes territoriales, como un espacio de carácter intersectorial. Este espacio técnico, será liderado por el Gobierno Nacional, en el Ministerio de la Protección Social y posteriormente en el Ministerio de Salud, y apoyará desde el nivel

central a los territorios para que realicen el diagnóstico territorial de sus determinantes y prioricen de acuerdo con este sus acciones.

4. Se debe establecer tanto en el articulado de la reforma como en el Plan Nacional de Salud Pública, una clara diferenciación entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad lo cual se debe reflejar en el desarrollo diferenciado de normatividad, asignación de recursos, elaboración de metodologías e instrumentos para su implementación monitoreo y evaluación. El Plan Nacional de Salud Pública debe establecer claramente las competencias, responsabilidades, espacios y acciones para la gestión y trabajo intersectorial.
5. En el Nivel Territorial en coherencia con lo Nacional, serían Gobernadores y Alcaldes con sus referentes de planeación Departamental y/o municipal.

#### **Fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias:**

1. Definir estrategias para el fortalecimiento organizativo de las comunidades en promoción de la salud.
2. Definir estrategias para definir una operación diferenciada pero complementaria de la promoción social, con relación a las acciones realizadas por los prestadores de servicios en especial las de prevención.
3. Definir contenidos y metodologías de formación en promoción social a ser trabajadas en los ámbitos comunitario e institucional.

#### **En la dimensión de líneas prioritarias de trabajo, hubo consenso para las siguientes:**

1. Goce y ejercicio efectivo de los derechos (DESC).
2. Fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias en PS.
3. Entornos saludables: como requisito para acreditación.
4. Seguridad alimentaria y nutricional.
5. Actividad física.

#### **En la dimensión de recursos humanos y financieros se acordó:**

1. Frente a recursos humanos
  - 1.1. Desarrollar estrategias con las universidades para su inclusión en los curriculum de pregrado.
  - 1.2. Promover formación especializada en promoción de la salud
  - 1.3. Fortalecer el componente en los postgrados de salud pública
  - 1.4. Retomar y actualizar la figura del promotor de la salud, como referente comunitario de la promoción en salud
  - 1.5. Definir en la estructura funcional del nuevo ministerio funcionarios con responsabilidad específica en PS.
2. Frente a lo financiero

- 2.1. Definir en el marco del esquema actual de asignación de recursos para salud un % específico para promoción de la salud.
- 2.2. Explorar la posibilidad de nuevas fuentes, ej. regalías
- 2.3. Definir mecanismos para identificar y articular recursos existentes en diferentes sectores cuyo objeto sea el mismo y este referido a las líneas priorizadas con el fin de optimizar y hacer eficiente su ejecución.

NOTA: Con relación a lo financiero dado que los integrantes de la mesa no tenían suficientes elementos y hay una mesa de financiamiento, se decidió realizar consultas por parte de la coordinación a partir de lo definido.

Por último se identificó la necesidad de trabajar con otras mesas, ej., APS, financiamiento y servicios de salud, por su relación con el tema de promoción de la salud, se hará de dos maneras una en la mesa de coordinadores y otra en una reunión más amplia a realizarse el día 7 de octubre.

#### **Con relación a los proyectos de ley se hacen las siguientes consideraciones:**

1. Ninguno de los proyectos radicados en el congreso (5 proyectos) presenta cambios estructurales al SGSSS.
2. Es necesario que un nuevo proyecto de ley cuente con un capítulo aparte sobre promoción donde quede claro su definición, prioridades y recursos.
3. La ley estatutaria limita la definición de salud al POS y por tanto excluye la promoción como una parte integral de este derecho. Además, tiene dos elementos que la mesa considera “muy complicados”. Una la forma de financiar el alto costo y lo no POS, otra la relación entre el autocuidado y el cobro de copagos como “castigo” por malos hábitos en salud.

La mesa fue coordinada por Oscar Bernal, docente de salud pública de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes y Maria Luisa Latorre (Naciones Unidas y MPS). Contó con la participación del Ministerio de Protección Social con delegados de salud pública y promoción social, FES, Invima, de las Universidades Nacional, Javeriana y del Magdalena, de asesores de congresistas, de GESTARSALUD entidad de EPS del régimen subsidiado, Salud Total, Comfama, Comfenalco, delegados del Valle del Cauca y la OPS/OMS.

## **Relatoría**

### **Mesas Temáticas, septiembre de 2010**

Fechas: del 21 al 30 de septiembre de 2010

Metodología de Trabajo: Reuniones con diferentes actores y expertos en Promoción de la Salud. Documento de trabajo con relatoría y recomendaciones.

Objetivo: Crear un espacio de discusión técnica sobre temas críticos de la reforma a la salud en el país.

Los actores institucionales del sistema producirán en cada una de las mesas un conjunto de recomendaciones sobre las reformas y ajustes estructurales que se consideran necesarios para el sector.

El producto final será un documento por mesa junto con un resumen ejecutivo.

Para tal fin se llevará a cabo un trabajo que consistirá en tres días de sesiones por temas y una plenaria.

Los temas de las 12 mesas son:

13. Rectoría y estructura
14. Financiamiento
15. Promoción de la salud
16. Salud Pública
17. Atención Primaria en Salud
18. Aseguramiento
19. Prestación de servicios
20. Evaluación de Tecnologías
21. Política farmacéutica
22. Talento Humano en salud.
23. Usuarios del Sistema
24. Inspección, vigilancia y control

La mesa sectorial de consulta para la reforma en salud en Colombia, cuyo objeto de abordaje fue la promoción de la salud, sesionó en dos ocasiones los días 27 y 29 de septiembre de 2010.

La mesa fue coordinada por Oscar Bernal, docente de salud pública de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes. Contó con la participación del Ministerio de Protección Social con delegados de salud pública y promoción social, de las Universidades Nacional, Javeriana y del Magdalena, de asesores de congresistas, de GESTARSALUD entidad de EPS del régimen subsidiado, delegados del Valle del Cauca y la OPS/OMS.

La agenda inicialmente de tres días se desarrolló en dos y en ella a manera de insumos para el trabajo contó con tres presentaciones centrales. La primera fue “La promoción social en el SGSSS, antecedentes y perspectivas” a cargo de Alexander Gómez, la segunda a cargo de la OPS/OMS con el marco de referencia internacional y las experiencias de entornos saludables y del programa conjunto de seguridad alimentaria y nutricional en el Chocó, y la tercera a cargo de un estudiante de la Universidad de los Andes de resumen sobre los proyectos de reforma radicados en el Congreso.

Con el apoyo de las presentaciones se trabajó en grupos y plenarias con el objetivo de contar con un referente conceptual a partir de definiciones internacionales y las incluidas en el Plan

Nacional de Salud Pública 2007- 2010. Además del referente conceptual se definió los elementos principales de recomendación para la reforma.

**Primer día: septiembre 23 de 2010.**

Participantes

<b>Nombre</b>	<b>Institución</b>
Oscar Bernal	Coordinador
María Luisa Latorre	Secretaría Técnica
Arleth Mercado	Gestarsalud
Teófilo Monteiro	OPS
José Miltón Guzmán	OPS
Diana Casadiego	MPS
Oswaldo Cubillos	Cámara de Representantes
Gustavo Escobar Ramírez	Confama
Luis Fernando Gómez	FES División Salud
Hernán Yupanquy Lozano	Asociaciones Científicas
Jesús Bernardo Gallego	IPS Primer Nivel Manizales
Juan Carlos Eslava	Universidad Nacional
Ricardo Luque	MPS
Claudia Lucía Morales	MPS
Mauricio Serra	Confenalco Valle – U Javeriana
Juan Carlos Eslava	Universidad Nacional
Ivón Carolina Garzón	Cámara de Representantes
Liliana Yasmine Cuervo	Cafam EPS S
Luis Moises Murillo	Cámara de Representantes
Rodolfo Burgos	Invima
Fernando Ramírez	MPS
Renán Alfonso Rojas	Consejo Colombiano de Seguridad
Beatriz H Guerrero	Secretaría Distrital de Salud
Andrea Rodríguez	INS

Esta mesa se centrará en el tema de Promoción de la Salud, independiente de la Prevención, para evitar que la Prevención absorba el tema de Promoción.

Objetivos de esta Mesa:

- Acordar una definición de promoción en la salud para el SGSS Colombiano.
- Definir componentes, prioridades y recomendar modelos de promoción exitosos.
- Definir la organización, normativa y financiación de la promoción en salud.
- Producto final: recomendaciones al gobierno nacional.
- No se busca consenso.

Propuesta de trabajo:

9 a.m. a 10 a.m.	Trabajo en grupos sobre definición de Promoción en salud en el SGSSS colombiano.
------------------	--

10 a.m. a 11 a.m.	Plenaria y conclusiones sobre definición en promoción.
11 a.m. a 12 m.	Presentación de promoción en salud y la normativa en Colombia por Dr. Alexander Gómez
12 m. 1 p.m.	Almuerzo en Compensar.
1 p.m. a 2 p.m.	Presentación de experiencias exitosas en Promoción de la salud. Por el Dr. Teófilo Monteiro OPS.
2 p.m. a 3 p.m.	Trabajo en grupos sobre componentes y prioridades en promoción en salud.
3 p.m. a 4 p.m.	Plenaria y conclusiones sobre componentes y prioridades en promoción en salud.

Desarrollo de la Mesa:

El Dr. Juan Carlos Eslava hace una introducción al tema de la cual se extraen los siguientes puntos:

Promoción de la Salud, definiciones:

Se considera dentro de las dimensiones de la Salud Pública:

1. La Promoción de la salud, en la que el eje es la salud
2. La prevención: en la que el eje es la enfermedad
3. La prestación de servicios, tiene como eje la enfermedad

La Promoción de la salud como dimensión del trabajo sanitario que tiene como eje el bienestar

Conjunto de acciones que se refieren al bienestar

La diferencia entre Promoción y Prevención es la orientación, el objetivo último que se persigue.

Consecuencia práctica: Qué definimos colectivamente como bienestar y buena vida. Ideales colectivos de buena vida.

Toca con el tema de la Promoción Social en cuanto cómo queremos el bienestar colectivo.

Definiciones por Mesas:

Submesa 1:

Proceso socio-político, es una dimensión del trabajo sanitario intersectorial y un conjunto de acciones orientadas a lograr el bienestar colectivo e individual

### Submesa 2

Proceso político y social liderado por el más alto nivel estatal, que involucra otros sectores y que se traducen en acciones a fin de incidir sobre los DSS o las condiciones de vulnerabilidad, generando entornos saludables que propician el Desarrollo Sostenible a fin de promover a salud como un derecho humano y como acción que moviliza individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto.

### Submesa 3

Proceso político y social, liderado por el más alto nivel estatal, que involucra otros actores y que se traduce en acciones a fin de incidir sobre los determinantes sociales de la salud o las condiciones de vulnerabilidad, generando entornos saludables que propician el desarrollo sostenible a fin de proponer

Elementos comunes:

Proceso político y social

Individual y colectivo

El eje es la salud y el bienestar

Intersectorial

También se menciona:

Salud como derecho

Salud, bienestar y calidad de vida

Entornos saludables

Tema de diversidades del país que hacen que deba plantearse con enfoques diferenciales

Se propone una definición que se trabajará para la próxima fecha, teniendo en cuenta las cosas en común de las definiciones planteadas por las mesas.

En la tarde se realizó un trabajo en grupos para plantear los **componentes de la Promoción de la Salud que deben estar inmersos**.

Resultado de los grupos:

#### Grupo 1

- Implementar una política pública saludable en todos los sectores.
- Definir espacios, mecanismos e instrumentos de coordinación y concertación intersectorial.
- Financiación e implementación de la Estrategia de Entornos Saludables.
- Potenciar la acción comunitaria para la salud y generar espacios de interacción entre las redes sociales e institucionales.
- Reorientación del sistema hacia la gestión del riesgo
- Gestión de la información para la toma de decisiones en promoción de la salud.

## Grupo 2

- Reorientar modelo de salud, no los servicios
- Educación en factores determinantes, a través del sector educativo, de acuerdo con el entorno cultural
- Salud como responsabilidad de todos, no solo del Estado
- Hábitos saludables desde la infancia
- Modelos de Municipios Saludables
- Construir una línea de base y diseñar indicadores medibles

## Grupo 3

- Construcción (partiendo de que construir es una palabra dinámica) de política pública saludable (entendiendo que saludable abarca todos los sectores)
- Habilidades, más que personales, para la vida
- Servicios sanitarios: el reto es que en los Planes de Desarrollo, la Promoción sea transversal a los servicios y aporte al bienestar
- Capacidad institucional para lograr la intersectorialidad

## Resumen de los grupos:

- Implementar una política pública saludable en todos los sectores.
- Definir espacios, mecanismos e instrumentos de coordinación y concertación intersectorial.
- Financiación e implementación de la Estrategia de Entornos Saludables.
- Potenciar la acción comunitaria para la salud y generar espacios de interacción entre las redes sociales e institucionales.
- Reorientación del sistema hacia la gestión del riesgo
- Gestión de la información para la toma de decisiones en promoción de la salud.
- Otro componente tiene que ver con la educación en factores determinantes a través del sector educativo, de acuerdo con el entorno cultural.
- La salud como responsabilidad de todos, no solo del Gobierno.
- Inculcar los hábitos saludables desde la infancia
- Construir modelos como los de Municipios Saludables
- Construir una línea de base y diseñar indicadores medibles para seguimiento
- Capacidad institucional para lograr la intersectorialidad

## Segundo día: septiembre 29 de 2010.

### Participantes:

Nombre	Institución
Oscar Bernal	Coordinador
María Luisa Latorre	Secretaria Técnica
Arleth Mercado	Gestarsalud
Teófilo Monteiro	OPS
José Miltón Guzmán	OPS
Diana Casadiego	MPS
Oswaldo Cubillos	Cámara de Representantes

Hernando Nieto Enciso	Universidad Nacional de Colombia
Elizabeth López Rivas	Ascofames / U de Cartagena
Marcela Luque Duarte	Asocajas
María E. Valencia	Salud Total EPS
Jorge Mario Rodríguez	Salud Total EPS
Ricardo Luque	MPS
Blanca Hernández	MPS
Mauricio Serra	Confenalco Valle – U Javeriana
Tito Fabian Ortega	Docente Gerencia de Calidad
Sara Ávila	Universidad de los Andes, estudiante
Liliana Pinchao	Senado de la República
Guillermo Otero	Congreso de la República

### Desarrollo de la Reunión

En primer lugar los representantes de la OPS/OMS realizaron unas presentaciones a manera de ejemplo de actividades específicas de Promoción de la Salud realizadas en nuestro país. En el tema de entornos saludables, la tendencia hoy en día es a trabajar los entornos (escuelas, universidades, hospitales, empresas) hacia la construcción de que sean saludables, lo que llevará a construir Municipios saludables y no viceversa.

Se llevó a cabo una discusión muy interesante sobre lo que hay y lo que hace falta en el país actualmente en el tema de Promoción de la salud. A continuación se presentan algunas consideraciones que surgieron durante la discusión.

Entre lo que hay actualmente, se mencionaron los Conpes como el de Ambiente y Seguridad Alimentaria. Hay definiciones en la normatividad vigente, por ejemplo en el Plan Nacional de Salud Pública, pero después se mezcla con prevención y no se deja claro como implementar la promoción de la salud en los territorios.

Entre las falencias actuales (lo que está pendiente) se mencionaron:

- Trabajo intersectorial y dentro del sector salud, también articulación entre los diferentes actores del sector
- Participación de la sociedad en general. Dinámicas sociales para procesos de empoderamiento. Recursos financieros que apoyen la participación activa para la construcción colectiva
- Co responsabilidad de todos
- Voluntad política para trabajar en la Promoción de la salud
- Aprovechar escenarios existentes
- Consejos territoriales de salud, con componente intersectorial, que trabajen con enfoque de salud
- Definir regionalmente cuáles son los determinantes y cuál es la definición de bienestar a la que se quiere llegar
- Capacidad de rectoría y liderazgo del MPS
- Hacer políticas y hacerlas cumplir

- Articulación entre los Ministerios
- Esquema de articulación claro con las regiones para hacer realidad las políticas
- Claridad del concepto de Promoción de la Salud y apropiarlo por parte de los actores. Adicionalmente tener claro quiénes son los autores
- Talento humano capacitado y experto en el tema de Promoción: personal de base con habilidades y competencias para ejercer la Promoción, habilidades de negociación, de interlocución política, de construcción de políticas públicas
- Apropiación de la ciudadanía de sus derechos
- Incorporarlo, como capítulo aparte, en los Planes Nacionales de Salud Pública y en los Planes Territoriales
- Construcción colectiva de lo que se quiere y de los planes: se debe garantizar que las comunidades participen en la construcción y en la visión de futuro

### **Recomendaciones:**

Las recomendaciones de la mesa de promoción social para la reforma se estructuraron en las dimensiones de: política pública saludable: fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias; líneas prioritarias de trabajo; y recursos humanos y financieros.

En primer lugar se redactó la siguiente **definición de Promoción de la Salud** con los aportes de los participantes y como resultado del trabajo de estos dos días:

La promoción de la salud es, de manera simultánea, un proceso socio político y cultural, una dimensión del trabajo sanitario y un conjunto de acciones orientadas a lograr el bienestar colectivo. Como proceso político y social moviliza a la sociedad en su conjunto, integra diferentes sectores.

Actúa bajo el liderazgo del Estado, busca construir políticas públicas saludables que tienen en cuenta la diversidad de nuestro país y requiere de la participación de individuos, familias, comunidades y sociedad.

Como dimensión del accionar sanitario encuentra su eje en la noción de salud asumida como bienestar y disfrute de una vida digna y como conjunto de acciones busca incidir sobre los determinantes sociales de la salud, así como promover hábitos y entornos saludables.

### **Recomendaciones en cada dimensión propuesta:**

Políticas públicas saludables:

6. En el Nivel Central: Contar con un liderazgo político del Estado cuyo instrumento sea el CONPES como Consejo Nacional de alto nivel con la Secretaria Técnica del Departamento Nacional de Planeación y que toma decisiones económicas y sociales en sesiones con el Presidente de la República y sus Ministros.
7. Como espacio orientador y generador de evidencias para la toma de decisiones del CONPES está la Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud con sus respectivos referentes territoriales, como un espacio de carácter intersectorial. Este

espacio técnico, será liderado por el Gobierno Nacional, en el Ministerio de la Protección Social y posteriormente en el Ministerio de Salud, y apoyará desde el nivel central a los territorios para que realicen el diagnóstico territorial de sus determinantes y prioricen de acuerdo con estas acciones.

8. Se debe establecer tanto en el articulado de la reforma como en el Plan Nacional de Salud Pública, una clara diferenciación entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad lo cual se debe reflejar en el desarrollo diferenciado de normatividad, asignación de recursos, elaboración de metodologías e instrumentos para su implementación monitoreo y evaluación. El Plan Nacional de Salud Pública debe establecer claramente las competencias, responsabilidades, espacios y acciones para la gestión y trabajo intersectorial.
9. En el Nivel Territorial en coherencia con el Nacional, serán Gobernadores y Alcaldes con sus referentes de planeación Departamental y/o municipal.

Fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias:

4. Definir estrategias para el fortalecimiento organizativo de las comunidades y de las instituciones en promoción de la salud y construcción de políticas públicas.
5. Definir estrategias para definir una operación diferenciada pero complementaria de la promoción social, con relación a las acciones realizadas por los prestadores de servicios en especial las de prevención.
6. Definir contenidos y metodologías de formación en promoción social a ser trabajadas en los ámbitos comunitario e institucional.

Líneas prioritarias de trabajo:

6. Goce y ejercicio efectivo de los derechos (DESC).
7. Fortalecimiento de competencias y habilidades institucionales y comunitarias en Promoción de la Salud.
8. Entornos saludables: teniendo en cuenta que la sumatoria de entornos (escuelas, universidades, hospitales, empresas) saludables darán como resultado un Municipio Saludable.
9. Seguridad alimentaria y nutricional
10. Actividad física

Recursos humanos y financieros:

3. Frente a recursos humanos:
  - 3.1. Desarrollar estrategias con las universidades para su inclusión en los currículos de pregrado, como tema independiente de la prevención.
  - 3.2. Promover formación especializada en promoción de la salud
  - 3.3. Fortalecer el componente en los postgrados de salud pública
  - 3.4. Retomar y actualizar la figura del promotor de la salud, como referente comunitario de la promoción en salud
  - 3.5. Definir en la estructura funcional del nuevo ministerio funcionarios con responsabilidad específica en Promoción de la Salud.

4. Frente a recursos financieros:

- 4.1. Definir en el marco del esquema actual de asignación de recursos para salud un porcentaje específico para promoción de la salud.
- 4.2. Explorar la posibilidad de nuevas fuentes, ej. regalías
- 4.3. Definir mecanismos para identificar y articular recursos existentes en diferentes sectores cuyo objeto sea el mismo y este referido a las líneas priorizadas con el fin de optimizar y hacer eficiente su ejecución.

Por último se identificó la necesidad de trabajar con otras mesas, por ejemplo, APS, financiamiento y servicios de salud, por su relación con el tema de promoción de la salud, se hará de dos maneras una en la mesa de coordinadores y otra en una reunión más amplia a realizarse el día 7 de octubre.

Con relación a los proyectos de ley se hacen las siguientes consideraciones:

1. Hay dos tipos de leyes. Una, la estatutaria, le da alcances al derecho a la salud al definir un marco de referencia.
2. Ninguno de los proyectos radicados en el congreso (4 proyectos) presenta cambios de fondo al SGSSS.
3. El proyecto del Ministerio tiene dos elementos que la mesa considera “muy complicadas”. Una la forma de financiar el alto costo y lo no POS, otra la relación entre el autocuidado y el cobro de copagos como “castigo” por malos hábitos en salud.

## 9. Rectoría y Estructura

Coordinador: Augusto Galán (Ex Ministro de Salud)

Secretaría técnica: Carlos Felipe Reyes (Asesor Ministerio de la Protección Social)

### Resumen de los Planteamientos

#### I. Introducción

Como espacio de discusión técnica, la mesa de rectoría y estructura se propuso brindar recomendaciones al Gobierno Nacional sobre la materia, para el proceso de reforma del sector de la salud. Para ello, en primer lugar se elaboró por los participantes un *escenario ideal* en materia de rectoría, en donde se alcanzó una definición del concepto y se propusieron sus diversas dimensiones. Como resultado de este modelo, se discutieron los alcances en el caso colombiano, y en particular el concepto unificador que debería agrupar las funciones de rectoría en el ministerio.

En segunda medida, se analizó la relación entre rectoría y regulación como conceptos diversos, y las implicaciones de política de esta división, en particular sobre el órgano regulatorio actual, la Comisión de Regulación en Salud (CRES). En la misma discusión se abordó la necesidad de crear un instituto para la evaluación de tecnologías, y se estudiaron sus implicaciones en materia de rectoría.

En tercer lugar, se abordó el análisis específico de tres entidades relacionadas con la actividad de rectoría: la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el INVIMA. También se estudiaron las problemáticas de la rectoría en talento humano, y finalmente la relación entre rectoría y descentralización.

#### II. Marco de referencia

Como marco de referencia para el análisis y las discusiones en materia de rectoría, se consideró el siguiente:

- a. **Constitución Política de 1991.** Los artículos 1 (*Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general*), 48 (*La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley*

(...) y 49 (*La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...).*)

- b. Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.** Cinco elementos de esta sentencia se plantearon dentro del marco de referencia: (i) la salud es un derecho fundamental autónomo (ii) el derecho no es absoluto, por lo cual es sujeto de límites – (iii) la vía democrática es la idónea para definir el núcleo esencial del derecho teniendo en cuenta la dignidad humana, las condiciones socioeconómicas de las personas y la capacidad financiera del Estado (iv) el acceso al derecho a la salud es de carácter progresivo y (v) el médico tratante es el garante no exclusivo de las determinaciones sobre prestaciones no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud.
- c. Discurso del Presidente Santos en la instalación de las mesas temáticas para el sector salud.** Dentro de los principales elementos se encuentra que (i) el sistema debe estar centrado en el ciudadano, con objetivos de calidad y sostenibilidad (ii) preservar el esquema de aseguramiento (iii) reconocer derechos y deberes del ciudadano en materia de salud (iv) unificar el POS, nacionalizar el acceso al seguro y revisar la centralización de la administración (v) priorizar en la promoción y la prevención, que deben ser dirigidas desde el nivel nacional (vi) El Ministerio de Salud debe ser rector, y la Superintendencia Nacional de Salud y la CRES deben ser fortalecidas.
- d. Ley 715 de 2001.** Competencias de la Nación, departamentos y municipios en materia de salud.

### III. Definición y alcance de la noción de rectoría

La definición de rectoría recoge los planteamientos de la reunión de Quirama (2004), y se amplía de la siguiente manera: *“la rectoría es una función indelegable del Estado que consiste en el diseño de una política de atención en salud desde una perspectiva de derechos, en la que se reconoce el carácter fundamental del derecho a la salud y se garantiza su ejercicio en condiciones de equidad. La función de rectoría exige una orientación consistente, permanente y sistemática, estableciendo reglas claras justas y transparentes para todos, por medio de políticas públicas definidas, descentralizadas, en condiciones de equidad y acceso para toda la población”.*

Se cuestionan los desarrollos legales posteriores a la Ley 100 de 1993 que mantuvieron una segmentación de la garantía del derecho a la salud en diversos planes. En un sistema ideal, la rectoría del sistema no puede estar separada en esquemas de aseguramiento distintos del POS que cubren prestaciones de salud (e.g. SOAT, ARP). Estas diferencias generan asimetrías que le añaden ineficiencias al sistema. Por ejemplo, el factor de gasto administrativo de las EPS es el 15%, mientras que en el SOAT es el 23% y en las ARP es el 30%. Adicional a ello, la

diferencia entre planes de beneficios y entre regímenes genera desigualdades entre la población, cuando el mandato constitucional es de universalidad y equidad.

Dada esta segmentación, se considera que el concepto de rectoría debe responder a un criterio unificador. En la discusión se plantearon los alcances de la rectoría, dependiendo del concepto unificador que integre su ámbito de competencia: la seguridad social, la protección social y el aseguramiento.

### **1) Seguridad social**

El concepto unificador basado en la Seguridad Social sería un desarrollo del artículo 48 constitucional, como reconocimiento de que el marco constitucional unifica riesgos y prestaciones. De acuerdo con el artículo 48, la seguridad social es un sistema integral de protección de riesgos.

En la discusión se planteó que si bien la rectoría debe comprender el conjunto de elementos integradores bajo el concepto de seguridad social, esta no tiene por qué estar circunscrita a un ministerio. De hecho, el ministerio actual no fue capaz de manejar su concepción ampliada.

### **2) Protección Social**

La protección social se desarrolla como concepto evolucionado de seguridad social. Este es el esquema actual del caso colombiano, en el cual se considera que la rectoría se desperdigó y difuminó entre distintos compartimentos, generando grandes ineficiencias. Por eso, reconociendo que el tema de la protección social es integrador, se debe pensar que la institucionalidad encargada de su rectoría puede abordarse bajo competencias técnicas especializadas.

### **3) Aseguramiento**

Otra visión señaló que el concepto unificador de la rectoría debería ser la noción de aseguramiento, entendida como la protección frente a riesgos de la población (salud, vejez, actividad laboral). Este abordaje permitiría hacer uso de los distintos vasos comunicantes entre las fuentes de riesgos, y abarcaría el concepto de seguridad social. En la práctica, dejaría por fuera las relaciones obrero patronales, que escapan al tema de aseguramiento.

La crítica a este concepto es que el aseguramiento es solo un medio para la garantía del derecho a la salud. No todos los sistemas de salud se basan en aseguramiento. La unificación en torno a aseguramientos desdibuja la salud. El enfoque de derechos es desde la protección social, no desde la generación de riesgos.

Independiente de la categoría unificadora que se escoja, existe una preocupación central sobre cómo se deben separar los ministerios: siguiendo la Constitución, en la que se separa la

seguridad social y salud. Administrativamente, el nuevo ministerio debería abarcar la seguridad social y la salud. Poner los límites es muy complejo: el ministerio se requiere por especialización, pero debe permanecer el concepto de protección social. Además, el criterio de unificación debe preservar la separación en materia de fuentes.

Por estos motivos, el consenso en la mesa fue la creación del **Ministerio de la Salud y la Seguridad Social**, con funciones que agrupen el concepto de salud y de seguridad social y se separe las de empleo y relaciones laborales. Sin embargo, no hubo consenso sobre dónde quedan los temas de salud laboral, teniendo en cuenta que a criterio de muchos de los asistentes, en riesgos profesionales los recursos no han cumplido el objetivo social para el que fue diseñado. El conflicto entre las EPS y las ARP sobre quién paga la enfermedad profesional ha afectado las condiciones de los trabajadores con problemas de salud.

#### **IV. Dimensiones y funciones de la rectoría**

En materia de las dimensiones y funciones se acogen los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en materia de rectoría, y se profundiza sobre sus implicaciones para el caso colombiano. Se advierte de manera general que las diversas dimensiones de la rectoría en salud se encuentran dispersas en la actualidad, en distintas entidades sin criterios de especialización, generando grandes ineficiencias en el sector.

Durante el XL Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997) se presentó a consideración de los Estados Miembros las Dimensiones del Rol Rector en Salud las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales cuya incumbencia corresponden a la Autoridad Sanitaria. En tal ocasión los Estados Miembros discutieron y ratificaron las siguientes seis Dimensiones del Rol Rector en Salud.

- 1) Conducción sectorial, comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud:** la dimensión de conducción sectorial consiste en la capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social del bien público en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles. Sobre esta dimensión se advierte que si bien la gran mayoría de sus componentes estaría en manos del Ministerio De Salud Y Seguridad Social, el ministerio en su forma actual no tiene la capacidad resolutive para realizarlas. Con respecto al talento humano, las funciones de conducción en la actualidad recaen exclusivamente en el Ministerio de Educación, cuando el Ministerio de Salud debe asumir el rol de rectoría en la formación continua, los procesos de certificación y la evaluación de la oferta y demanda en salud.

- 2) **Regulación, dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento:** tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. La regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para garantizar el papel estatal de ordenar los factores de producción y distribución de los recursos, bienes, servicios y oportunidades de salud en función de principios de solidaridad y equidad. No obstante, existen tendencias a restringirla en función de la expansión del mercado. Se consideró que las funciones de inspección, vigilancia y control deben recaer en la Superintendencia Nacional de Salud, y esta entidad debe circunscribirse a estas tareas.
- 3) **Modulación del Financiamiento que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud:** la evolución del financiamiento sectorial requiere que la Autoridad Sanitaria Nacional asuma las siguientes responsabilidades:
- a. Formular políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.
  - b. Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.
  - c. Negociar con principales proveedores, de manera descentralizada.
  - d. Redistribuir fondos para compensar inequidades.
  - e. Definir criterios para la efectiva asignación de recursos

Al respecto, se señaló que un componente fundamental para el logro de estos objetivos es la articulación entre el Ministerio de Salud y Seguridad Social y el Ministerio de Hacienda.

- 4) **Garantía del Aseguramiento, la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población:** el Estado tiene la responsabilidad de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población. Se señaló que si bien la formulación del plan de beneficios es un proceso técnico, el mismo debe ser defendido por una instancia política en cabeza del ministerio.
- 5) **La Armonización de la Provisión constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente:** la Autoridad Sanitaria deberá asegurar que se planifican los servicios ya sea con criterio regional o con criterio funcional mediante redes integradas que permitan la

armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. De igual manera, deberá definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, que estén descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto.

- 6) **La ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria:** el desempeño eficaz de las FESP es de gran importancia debido a sus externalidades altas. Como el organismo responsable de la protección de la salud de la población, la Autoridad Sanitaria Nacional es la institución principal a cargo de ejecutar las FESP o asegurar su desempeño adecuado por otros actores/ entidades. Esta función, más que un capítulo separado de las anteriores, debe hacer presencia en cada uno de ellos. En el Cuadro 1 se resumen las funciones esenciales de salud pública.

**Cuadro 1. Funciones Esenciales de salud pública**

FESP 1.	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3.	Promoción de la salud
FESP 4.	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5.	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública
FESP 6.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7.	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8.	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9.	Investigación en salud pública
FESP 10.	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 11.	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Fuente: OPS (2010)

## V. La regulación y el estado actual de la CRES

En la mesa se abordó la discusión sobre la relación entre rectoría y regulación. Al respecto, se trajo al análisis la sentencia C-955 de 2007 de la Corte Constitucional, en la que se definió la regulación como una función sectorial, especializada, técnica, competente para establecer regímenes tarifarios, y apta para la protección al usuario. En el sector salud, las funciones de regulación fueron establecidas en la Ley 1122 de 2007 con la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). A su vez, el Consejo de Estado ha definido que regular no es legislar, ni juzgar, ni ejercer funciones de policía. Es una intervención técnica del Estado. Por su parte, la literatura económica reconoce en la regulación una intervención del Estado para incidir en comportamiento a través de órdenes, prohibiciones o incentivos. En ese contexto, la existencia de comisiones regulatorias se justifica por la necesidad de criterios técnicos por

fuera de presiones políticas. Los documentos de las comisiones regulatorias deben ser estrictamente técnicos.

En la actualidad, el problema es el traslape de funciones entre las entidades encargadas de la regulación y el ministerio. Se debe recordar que la dirección de la política le corresponde a un alto órgano ejecutivo (ministerio). El órgano regulatorio tiene funciones específicas delimitadas, y toma decisiones que deben ser sustentadas en estudios técnicos. A continuación se aborda el tema de la definición del POS y la UPC en general, y el estado actual de la Comisión de Regulación en Salud.

#### **a) La definición del POS y la UPC**

La rectoría y las distintas vigilancias dependen de la definición en materia de aseguramiento. Si bien no hay una fórmula exacta, la definición sobre los contenidos del POS y el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación es una función técnica, determinante para el diseño general del sistema. Dada la limitación de recursos, debe darse una priorización explícita, como forma de evitar vías de escape de los recursos (e.g. gastos NO POS) o restricciones implícitas a la prestación de servicios.

La posición de consenso en la mesa es que un ente técnico es el que debe conducir el proceso de priorización. La decisión sobre el POS y la UPC es insoluble pues no puede definirse el plan sin la prima, que actúa como la restricción presupuestal del sistema. Técnicamente no tiene lógica hacer el cálculo de ambos componentes en forma separada.

#### **b) La Comisión de Regulación en Salud (CRES)**

En general, si bien los participantes de la mesa estuvieron de acuerdo con el mantenimiento de la CRES, llamaron la atención sobre la necesidad de ajustes en sus funciones y composición. Se advirtió que su creación fue un avance importante del sector, por la necesidad de blindar ciertas decisiones de la influencia política o de otros intereses. Se advirtió entre sus principales problemas el mecanismo de selección de los comisionados, que no se blindó de la presión política. También se señaló como problemática que las funciones de la CRES se circunscriban a la salud y no al conjunto de la seguridad social. Se aconseja que la CRES reúna a los mejores técnicos del país en materia de salud y seguridad social. También se criticó la subcontratación excesiva de sus funciones con universidades, en la medida en que limita su independencia técnica. Se advirtió que la actualización del POS realizada en 2009 añadió más incertidumbre con respecto a sus contenidos, y la definición de la UPC es cuestionable. En síntesis, bajo diversos parámetros, los resultados de la Comisión fueron considerados deficientes.

En conclusión, dado que el Estado no es prestador de servicios, debe ser un regulador fuerte, con decisiones respaldadas en conceptos técnicos. El problema de la CRES es que sus funciones no son claras: hay competencias regulatorias que no se le entregan, mientras que

esta asume funciones de inspección, vigilancia y control que le corresponderían a la Superintendencia y funciones de rectoría propias del Ministerio. Si se decide que exista la CRES, deben dársele funciones estrictamente regulatorias, separadas de la fijación de política, la policía administrativa y las funciones de juzgamiento, y blindada de las presiones de sectores económicos y políticos.

## **VI. Competencias para la Evaluación de Tecnologías**

Otro aspecto de discusión fue la creación e implementación de las competencias para la evaluación de tecnologías en salud, siguiendo el modelo del NICE británico. Se produjeron consensos sobre la necesidad de la creación de un ente autónomo e independiente que avale o admita o le de licencia a la importación de nuevas tecnologías y procesos innovadores para verificar su viabilidad. La evaluación tecnológica se requiere por diversos motivos: 1) para proteger a la población 2) para estudiar los resultados en eficiencia de introducir nuevas tecnologías 3) para enfrentar las asimetrías de información. Esta necesidad se da pues si bien el desarrollo tecnológico es positivo, implica mayores erogaciones para la sociedad. El organismo técnico debe tener la suficiente legitimidad para que todos los actores, incluidos los jueces, acepten las consideraciones del órgano rector, por lo que la responsabilidad final reside en un órgano político como lo es el Ministerio.

Se advirtió que el desarrollo tecnológico no puede ser detenido, ni puede ser visto como un elemento nocivo o inflacionario para los costos del sistema. Lo ideal es tener una tecnología accesible y tratar de introducirla lo más rápido posible en el país.

Ahora bien, surgen dudas sobre la relación entre dicho instituto, la CRES y el Ministerio y la superposición de competencias entre estas entidades. Se advirtió que la diversidad de instancias podría difuminar las responsabilidades, y que las funciones del instituto deberían ceñirse a la realización de recomendaciones, dejando en una entidad distinta la formulación del POS y la UPC, con independencia. No obstante, se advirtieron posibles problemas en la separación entre la evaluación tecnológica y la regulación, en la medida en que necesariamente el ente regulador debe tener en cuenta las recomendaciones de la evaluación tecnológica. Además, de no generarse mecanismos de absorción de la recomendación técnica en los ministerios, va a haber una rectoría difuminada. Como antecedente se recordó que las guías de práctica médica, realizadas por los colegios médicos, no fueran avaladas por la CRES y por tanto no se integraron al contenido del POS, ampliando el espacio de los eventos NO POS.

También se discutió si la evaluación debe limitarse a los contenidos del POS o al conjunto de la tecnología que llega al país. Si las tecnologías llegan al país y el POS no está blindado, la libertad de ingreso de nuevas tecnologías altera la priorización y abre el espacio para los eventos NO POS. Por eso, se propuso que el control debería ser al ingreso de tecnologías al país, no sólo al POS, para no alterar el proceso de priorización. Ahora bien, dado que el país tiene un proyecto de exportación de servicios y turismo en salud, la nueva tecnología no

validada podría ingresar pero solo para el turismo de salud. De otra parte, se argumentó que se debe revisar si se incluye también el análisis de las ARP y el SOAT, que depende de la definición del alcance del ministerio. La creación del Ministerio De Salud Y La Seguridad Social haría necesario que los otros planes deban tener la misma estructura.

Finalmente se señaló que no debe crearse un ente nuevo, por lo que la unidad especializada debe desarrollarse en una entidad ya existente. Se plantearon como posibilidades el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, el propio ministerio, Colciencias o la CRES.

## **VII. Superintendencia Nacional de Salud**

Frente al rol de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), se advirtió que en la actualidad existe un choque de competencias en materia de inspección vigilancia y control, entre la SNS, el Ministerio y los entes territoriales. Los participantes reconocieron que hoy no se siente real vigilancia, y la entidad es fuertemente presionada por grupos de interés, y que la proliferación de multas no se ha traducido en una mejor prestación del servicio.

De manera consensuada, los participantes de la mesa recomendaron fortalecer de forma integral la SNS. Se señaló que la vigilancia de operación del servicio es su función prioritaria, en especial en la vigilancia de las problemáticas relacionadas con la calidad y la habilitación hospitalaria (clínicas de garaje), mediante el seguimiento a Indicadores y a la adecuada prestación de servicios. De forma consensuada, se propuso que las funciones de recaudo de cotizaciones deben ser vigiladas directamente por la DIAN, así como la vigilancia de las rentas y el chance.

En la mesa no se llegó a un acuerdo con respecto a la vigilancia de los aspectos financieros de las EPS, y se dieron argumentos a favor y en contra de que dichas funciones las asuma la Superintendencia Financiera.

A favor de que las asuma la Superintendencia Financiera, se recordó que la existencia de superintendencias específicas es dada su naturaleza o tema, que por criterios de especialidad no pueden ser asumidas por instancias de carácter más general. En esa medida, si hay administradoras de riesgo en salud a nivel nacional, es de interés de la sociedad que no se quiebren, por lo que se necesita una vigilancia financiera especializada, como la realizada por la Superintendencia Financiera, dado que esas entidades no se pueden dejar quebrar debido a su importancia social. Es ineficiente pensar que la Superintendencia de Salud puede desarrollar estas capacidades especializadas. Se advierte que en la actualidad existen grandes dificultades en la obtención de las cifras financieras de las EPS. Se recordó que el Estado puede organizarse y distribuir funciones: cada actor puede estar vigilado en sus distintos ámbitos de acción.

En contra de trasladar esas funciones a la Superintendencia Financiera, se argumentó que el sector salud es *sui generis* en materia financiera, y las EPS no pueden asimilarse a una

compañía de seguros convencional. La Superintendencia Financiera tendría que hacer el mismo proceso de dedicación y aprendizaje que ya ha sido transitado por la SNS. Además, se consideró que las finanzas son inseparables de la calidad, en la medida en que la calidad puede ser impactada por la restricción presupuestal: el cuidado de la red de servicios depende del estado financiero. Las EPS hacen parte de una ingeniería financiera en interdependencia con otros actores del sector y el conjunto del circuito financiero de la salud, por lo que se considera que la SNS debe vigilar el circuito completo.

En síntesis, se señalaron consensos sobre la necesidad de especializar las funciones de la SNS, en particular en materias relacionadas con la atención al servicio de salud. Se recomienda de forma consensuada que la vigilancia del recaudo de las cotizaciones y del chance y juegos de suerte y azar sea realizada por la DIAN. No obstante, no hay consenso en que los temas financieros de aseguradores deban estar en mano de una entidad especializada como la Superintendencia Financiera.

### **VIII. Instituto Nacional de Salud**

Se señaló de forma consensuada que el Instituto Nacional de Salud (INS) debe ser el encargado de la coordinación de la política nacional de salud pública en combinación con los entes territoriales, la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud y la formación de salud pública. Se señaló la posibilidad de que se le adjudiquen las competencias en evaluación tecnológica.

Las funciones de rectoría en salud pública pueden ser dirigidas por el INS, con descentralización por competencias y coordinación entre el INS y el Ministerio. La salud pública no debe depender del manejo caprichoso de las ESE, y deben agregarse los esfuerzos a nivel nacional para conseguir mayores impactos. En esa medida, los entes territoriales deberían adquirir competencias dependiendo de su capacidad resolutive.

El director del INS explicó el plan de fortalecimiento de la entidad. El plan busca modificar la categoría jurídica del instituto, que hoy es de establecimiento público, para convertirlo en una unidad especializada en ciencia y tecnología. Con esa reestructuración, se acercaría más a un centro universitario que a una entidad pública. En términos generales, y adicional a la función tradicional con relación a la red de laboratorios, se busca que el énfasis sea en salud pública mediante la generación de conocimiento sobre la salud de la población, con independencia técnica. El rediseño institucional implica nuevas competencias, la dirección de redes, la gestión social del conocimiento, y la planeación, con base en sistemas de información. Para ello, en materia de recurso humano se requieren 116 cargos nuevos, renovación de equipos en informática y biomedicina, así como la reforma de la estructura de la entidad. Se busca que el INS sea la agencia evaluadora de tecnología, y que el INVIMA pueda operar como centro de evaluación adscrito al INS.

En materia de transversalidad, se señaló que cada ministerio debería tener metas en materia de salud pública, y rendir cuentas sobre las mismas. El INS, en dichas funciones, podría dar soporte técnico y conocimiento sobre determinantes de la salud. De igual manera hubo una propuesta relacionada con la posibilidad de establecer una licencia sanitaria previa sobre determinados sectores y sus proyectos de desarrollo.

#### **IX. INVIMA**

Frente al INVIMA, se señalaron preocupaciones porque sus resultados no son públicos, ni hay rendición de cuentas sobre eventos adversos. Se sugiere revisar estructura, competencias y el papel de la descentralización del INVIMA, pues no existe articulación operativa entre las autoridades sanitarias de los entes territoriales y el INVIMA. También se requiere que el INVIMA e INS se articulen en procesos, como ya se está haciendo en bancos de sangre, bancos de tejidos.

#### **X. Talento humano**

Se reconoce una falencia importante en términos de conducción del talento humano. Si bien el ámbito de regulación en la formación lo debe tener el Ministerio de Educación y las Universidades en materia de estudios y títulos de pregrado, la carrera, los estímulos, la formación de especialistas, la vigilancia sobre la oferta y demanda del talento humano, son competencias del Ministerio de Salud y del sector salud. La rectoría en recertificación es una función propia del sistema. Distintos aspectos del sistema requieren ser regulados, por lo que se debe empezar por una mayor coordinación entre el MEN y el ministerio. Se llamó la atención sobre la necesidad de que el Consejo de Talento Humano en Salud estipulado en la Ley 1164 de 2007 juegue un papel trascendente en la definición de políticas.

Se destacó la necesidad de establecer mecanismos de certificación de especialistas en cabeza de los Hospitales Universitarios, que es donde en realidad adquieren su experiencia y habilidad, como existe en otros países del mundo. Se recomienda abandonar la práctica actual de certificación de especialidades por las Universidades donde los futuros especialistas no reciben esa formación de posgrado.

#### **XI. Descentralización**

En primer lugar, se señaló que no debe desaparecer el espíritu de la CP 1991, en la que se estableció la autonomía regional con responsabilidades. Se consideró que los entes territoriales deben jugar un papel en materia de rectoría, en especial aquellos que cuentan con las capacidades técnicas, como una forma de desconcentrar a las autoridades nacionales. No obstante, en la actualidad existen grandes disparidades entre departamentos, municipios y distritos dependiendo de su tamaño y capacidades institucionales, lo que genera grandes dificultades a la hora de ejecutar las competencias establecidas en la ley. Por eso se deben clasificar los entes territoriales, y con base en esta clasificación determinar las competencias.

Otro punto de consenso fue que el Ministerio debe tener en cuenta las particularidades regionales al hacer las políticas, dado que los problemas puntuales para una región deben abordarse desde el nivel territorial.

En materia de salud pública, el papel de los organismos regionales debería atender a especificidades de su región. En la actualidad, los componentes de la salud pública sólo se desarrollan de forma adecuada en grandes municipios. Además, el país cuenta con una gran diversidad epidemiológica, que desborda las barreras del ordenamiento territorial. En esa medida, se propone la creación de mecanismos institucionales que permitan superar estas barreras para atender las necesidades sanitarias del sistema, mediante distritos sanitarios que hagan referencia y contrarreferencia y atención primaria. El distrito sanitario podría estar a cargo del aseguramiento y la prestación de servicios, por encima de la influencia política. Ahora bien, se advirtió que es muy difícil plantear divisiones territoriales para salud, dado que la autonomía política es un componente esencial del diseño constitucional. En esa medida, la posibilidad de distritos sanitarios no sería una división política administrativa, sino una agrupación funcional de acuerdo a necesidades sanitarias. Como alternativas jurídicas a la conformación de dichos distritos se propusieron redes de prestadores coordinadas, convenios interadministrativos o asociaciones con/sin personería jurídica entre entidades.

Con respecto a las funciones de inspección, vigilancia y control, no se llegó a consensos sobre el grado de descentralización / desconcentración, en particular de las funciones de la SNS. Se advirtió que en las regiones no se observa la vigilancia. Se señaló que algunas de estas competencias, la verificación de las condiciones de habilitación, y las multas están concentradas en Bogotá. Con respecto a la descentralización de la SNS, si bien se advierte la necesidad, se plantean dudas, por otras experiencias en materia de descentralización que no cumplieron su objetivo y se convirtieron en focos de corrupción. Ahora bien, la necesidad de alguna forma de desconcentración es ineludible, para dar respuestas regionales a las problemáticas. Algunos participantes señalaron que dada la fragilidad de competencias de la SNS esta no se debe descentralizar, porque acentuaría esas debilidades. El fortalecimiento de capacidades, debe darse en asocio con los entes territoriales. Otras voces señalaron que las secretarías de salud podrían asumir funciones de inspección vigilancia y control dependiendo de sus capacidades, y en ese caso la Superintendencia podría asumir como superior jerárquico y segunda instancia.

Frente a la centralización de la administración del Régimen Subsidiado, se aceptó de manera general la propuesta, pero mediante una administración departamental: el departamento debe aglutinar las falencias que el municipio no pueda asumir. Los municipios categoría 4, 5 y 6, con poblaciones rurales dispersas, se ven afectados por el esquema de aseguramiento, mientras que las EPSS se benefician de esos municipios pues reciben recursos pero no prestan efectivamente los servicios. Si se habla de unificar y tener EPS de ambos regímenes más grandes, es mejor tener EPS nacionales que permitan suavizar el riesgo de zonas epidemiológicas específicas.

## **XII. Conclusiones y recomendaciones**

En la mesa se produjeron diversos temas generales de consenso:

- 1) Necesidad de definir claramente la responsabilidad o capacidades en materia de rectoría. El ente rector debe ser el Ministerio de Salud y Seguridad Social. No se llegó a un consenso sobre los alcances del ministerio frente a los temas de salud laboral.
- 2) La posición de consenso en la mesa es que un ente técnico es el que debe conducir el proceso de priorización del POS y la definición de la UPC. La decisión sobre el POS y la UPC es insoluble pues no puede definirse el plan sin la prima, que actúa como la restricción presupuestal del sistema.
- 3) En general, si bien los participantes de la mesa estuvieron de acuerdo con el mantenimiento de la CRES, llamaron la atención sobre la necesidad de ajustes en sus funciones y composición. Debe dársele funciones estrictamente regulatorias, separadas de la fijación de política, la policía administrativa y las funciones de juzgamiento, y blindada de las presiones de sectores económicos y políticos.
- 4) Evaluación de tecnologías: consenso en la necesidad de la función. Se discute si el concepto de la evaluación tecnológica debe ser vinculante en la definición del POS. se señaló que no debe crearse un ente nuevo, por lo que el instituto debe desarrollarse en una entidad ya existente. Se plantearon como posibilidades el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, el propio ministerio, Colciencias o la CRES.
- 5) Necesidad de especializar las funciones de inspección, vigilancia y control de la SNS, en particular en materias relacionadas con la atención al servicio de salud. Se recomienda de forma consensuada que la vigilancia del recaudo de las cotizaciones y del chance sea realizada por la DIAN. No obstante, no hay consenso en que los temas financieros de aseguradores deban estar en mano de una entidad especializada como la Superintendencia Financiera.
- 6) Se señaló de forma consensuada que el Instituto Nacional de Salud (INS) debe ser el encargado de la coordinación de la política nacional de salud pública en combinación con los entes territoriales, la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud y la formación de salud pública. Se señaló la posibilidad de que se le adjudiquen las competencias en evaluación tecnológica.
- 7) Fortalecimiento del INVIMA y mayor transparencia e información sobre sus actividades.
- 8) Descentralización: no se establecieron las competencias, pero se generaron consensos en la necesidad de tener en cuenta las diferencias regionales a la hora de asignar competencias.

## 10. Salud Pública

Coordinador: Gabriel Carrasquilla MD MSP MSc DrPH, Director Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS, Fundación Santa Fe de Bogotá  
Secretaría Técnica: Ana María Peñuela. Oficial Políticas Públicas UNICEF

### Resumen de los Planteamientos

#### DISCUSIÓN DE LA REFORMA EN SALUD

#### MESA TEMÁTICA SALUD PÚBLICA

Relatoría consolidada Septiembre 21 a 29 de 2010

La mesa estuvo conformada por representantes de ACADEMIA COLOMBIANA DE SALUD PUBLICA, ACEMI, ACESI, ALCALDÍA SAN JUAN DE RIO SECO, ANDI, ASOCAJAS, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CENDEX, COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA, COLSUBSIDIO, CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO, CONGRESO DE LA REPUBLICA, COSESAM, CRES, FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS, FEDESALUD, FUNDACIÓN SANTA FE, GESTORES SOCIALES, ICBF, INS, INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, INVIMA, OPS, PACIENTES DE ALTO COSTO, SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA, UNICEF, UNIVERSIDAD JAVERIANA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD DEL NORTE, SUPERINTENDENCIA DE SALUD, PARTIDOS POLÍTICOS. (Ver lista anexa)

### **SALUD PÚBLICA**

**La salud pública:** es una disciplina científica y una práctica social (conjunto de políticas, planes y programas) a través de la cual se logra el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para su preservación, mejoramiento, así como para promover el bienestar del individuo y de la sociedad, bajo la rectoría del Estado, con la corresponsabilidad de la sociedad, comunidad, familia e individuos. La salud pública incluye pero trasciende la prestación de servicios y el aseguramiento al incluir la acción intersectorial.

La base teórica de la salud pública son los determinantes sociales. Se requiere de la comprensión y acciones sobre las esferas sociales, culturales, económicas, políticas, y ambientales que determinan las condiciones de vida y de salud de la población. Las funciones esenciales de la salud pública son un marco de referencia.

### **DE LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**

**La organización de la salud pública en Colombia:** El consejo de política social y económica CONPES establecerá las bases para la construcción de plan nacional decenal de salud pública, que defina objetivos, metas, propuestas, acciones, actores y recursos, que parta del diagnóstico actual de salud pública, con un sistema de monitoreo permanente, que permita tomar las decisiones pertinentes para el desarrollo de la salud pública colombiana de cara a los próximos 10 años. Este plan decenal deberá ser incluido en los instrumentos estratégicos de planeación nacional y territorial de mediano y largo plazo<sup>5</sup>.

**El consejo Intersectorial de salud pública:** Se constituirá el consejo intersectorial de salud pública como la entidad encargada de establecer, desarrollar y hacer seguimiento al plan decenal y a sus responsables. Estará integrado por

1. El ministro de salud,
2. El ministro de Trabajo,
3. El ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial,
4. El ministro de Educación,
5. El ministro de Agricultura,
6. El ministro de Comercio
7. El director del Departamento Nacional de Planeación
8. Coldeportes

El consejo intersectorial de salud pública definirá su propio reglamento y será liderado por el ministro de salud.

**El ministerio de la salud pública:** El ministerio de salud pública estará conformado por dos vice-ministerios i) de promoción de la salud y ii) de protección

Viceministerio de la promoción de la salud: son funciones del viceministerio de promoción de la salud

1. Mantener actualizado y disponible el diagnóstico de los determinantes de salud proximales y distales
2. Definir los mecanismos pertinentes para la intervención de los mismos.
3. Dar lineamientos y realizar el seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública.
4. Definir los lineamientos de asistencia técnica nacional y territorial en salud pública.
5. Asesorar técnicamente el desarrollo operativo de la promoción de la salud a nivel territorial.
6. Realizar seguimiento y análisis de las políticas que puedan impactar en los determinantes de la salud y por lo tanto en el nivel de salud de la población.
7. Coordinar y articular las acciones sectoriales e intersectoriales de salud pública.

---

<sup>5</sup> Plan de Ordenamiento Territorial, Marco Fiscal de Mediano Plazo, Planes Nacionales y territoriales de Desarrollo, Plan Plurianual de inversión y Planes Institucionales.

Viceministerio de la protección de la salud. Incluye acciones preventivas de atención de la enfermedad. Serán funciones del viceministerio de protección de la salud

1. Mantener actualizado y disponible el diagnóstico de situación de salud, incluyendo el inventario de recursos para los servicios de salud, los indicadores de utilización de los servicios, de calidad de los servicios, de costos invertidos.
2. Garantizar la protección de los colombianos ante el riesgo financiero derivado de la enfermedad a ausencia de salud, de manera eficiente y equitativa.
3. Garantizar el acceso a los servicios de salud que se definan como prioritarios por lo menos con los estándares de calidad actuales, con la intención de que estos mejoren de manera permanente de acuerdo con la disponibilidad de recursos.
4. Organización y seguimiento de la estrategia de aseguramiento, incluyendo la implementación de los sistemas de administración de riesgo.
5. Analizar la pertinencia de los planes de salud individuales: Paquete de servicios de prevención primaria y paquete de servicios.
6. Desarrollar lineamientos y herramientas técnicas de planeación y seguimiento de las intervenciones preventivas a la población del paquete de prevención individual.
7. Coordinar las acciones y prioridades con el Viceministerio de Promoción de la Salud y establecer los lineamientos para la articulación intersectorial e interinstitucional

El ministerio de la salud pública contará con direcciones técnicas definidas de acuerdo con las prioridades de salud, los determinantes o poblaciones vulnerables. Con servidores públicos competentes (perfiles técnicos específicos) y suficientes que perciben una remuneración pertinente y ajustada a su perfil y competencias.

**Funciones del ministerio de salud pública** Serán funciones del ministerio de la salud pública

1. Articular los Viceministerios de Promoción y Protección
2. Definir políticas, lineamientos de política e instrumentos técnicos que precisen el despliegue de estas políticas en los niveles territoriales
3. Definir los mecanismos de monitoreo y evaluación con instrumentos nacionales y claros
4. Definir, implementar y monitorear una política de asistencia técnica para fortalecer las capacidades de las entidades territoriales.
5. Definir implementar y monitorear junto con las entidades correspondientes la función de inspección, vigilancia y control.
6. Participar en las instancias educativas que planean y determinan las características del talento humano en salud desde dos perspectivas i) profesional y de postgrado ii) competencia para la ejecución de las acciones de salud pública

**El proceso de descentralización en la salud pública** Con respecto al proceso de descentralización en la salud pública no hubo consenso. Se espera que el Ministerio recupere la estructura de salud pública, mantiene una inteligente armonización de aspectos centrales, promoviendo la coordinación y armonización, que baja hasta el nivel municipal con

asignación presupuestal y recurso humano suficiente, realizando la asistencia técnica, el seguimiento y la evaluación.

Se presentan las diferentes posiciones de la mesa

**1. Unificación de recursos y modelo de atención, sólo participación pública y hospitales como núcleos de la gestión de salud ya sea asistencial, preventiva o de promoción.**

- **Problema:** Se considera que los recursos fragmentados son la causa de los problemas. Esto no ha garantizado acceso a las personas en áreas dispersas geográficamente.
- **Propuesta:**
  - ✓ El dinero debe ir a una bolsa común
  - ✓ Toda la atención debe estar a cargo de los hospitales públicos para administrar los recursos de la salud pública tanto en lo asistencial como en lo preventivo así como las acciones de promoción de la salud.
  - ✓ No a la intermediación
  - ✓ Se debe unificar el modelo de atención a nivel nacional basado en el modelo conceptual de Level y Clark, que incluya la cogestión del riesgo y garantice la oferta geográfica de recursos.

**2. Unificación de recursos, liderazgo territorial en definir el modelo, el cómo se debe realizar la gestión.**

- **Problema:** Se considera que los recursos fragmentados son la causa de que no alcance el dinero, que los Entes Territoriales no tienen herramientas para hacer cumplir con las estrategias más eficientes para alcanzar las metas de salud y cobertura de atenciones individuales.
  - **Propuesta:**
    - ✓ El dinero debe ir a una bolsa común
    - ✓ La responsabilidad de todas las acciones de salud, asistenciales o preventivas, ya sea colectivas o individuales debe quedar a cargo de un solo actor, no importa si es el asegurador, el hospital o el Ente Territorial.
    - ✓ Todos tienen que hacer lo que la Secretaría de Salud considere como el modelo técnico pertinente. El cómo lo quiere y cómo se logra lo debe definir el Ente Territorial.
    - ✓ La contratación por capitación para las actividades de prevención no debe ser una opción
- Otro participante apoya este modelo y agrega:
- ✓ Que la oferta de servicios se aumente y los servicios preventivos sean garantizados por oferta suficiente.
  - ✓ Que el Ente Territorial lo haga con prestadores públicos o privados.
  - ✓ Que se estandarice (estándares de calidad) como se debe prestar el servicio.

**3. Modelo actual con redefinición de la salud pública y relanzamiento de la promoción de la salud y la prevención de carácter colectivo. Suficiencia de recursos para las acciones que se requieran a todo nivel.**

- **Problema:** Falta de claridad en los objetivos y metas de salud. Falta de claridad de roles e interacción de los mismos entre las instituciones. Falta de evaluación explícita de la suficiencia de recursos para el componente preventivo individual y colectivo.

Falta de énfasis en promoción de la salud e intervención en los determinantes de la salud.

- Propuesta de solución:

- ✓ Mayor claridad de las responsabilidades y suficiencia de recursos técnicos y financieros para poder cumplir las responsabilidades tanto en lo individual, como en lo colectivo y en las acciones intersectoriales (esto no son recursos del sector, pero si afectan la salud).
- ✓ Evaluación objetiva de los recursos necesarios para cada componente o intervención que se desea realizar y asignarlos a quién tenga la responsabilidad.
- ✓ Fortalecimiento de sistemas de información unificados para los actores, que sean de pública consulta: Ejemplo: Vacunación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- ✓ Revisar el modelo de Salud a su hogar como estrategia de interacción entre entes públicos y privados, así como de intervención intersectorial
- ✓ Separar los recursos destinados a actividades asistenciales de aquellos para las de prevención. Las acciones individuales deben estar a cargo de los aseguradores y las de carácter colectivo a cargo de Entes territoriales fortalecidos y con seguimiento a su gestión, que haga visible su importancia.

**La salud pública en los niveles territoriales:** Las entidades territoriales cuentan con recursos suficientes para ejecutar las competencias, tanto en el nivel técnico del recurso humano como a nivel de los recursos económicos disponibles para dar cumplimiento a las competencias asignadas. En los territorios se replicará la estructura de los viceministerios. Se fortalecerá el monitoreo con asistencia técnica y la Inspección Vigilancia y Control en los niveles territoriales.

**El rol de los municipios en salud pública,** existe consenso en la importancia de fortalecer las capacidades de los municipios para formular, ejecutar y realizar seguimiento y evaluación al plan decenal de salud pública. Lo anterior incluye:

1. El alcalde y el consejo municipal reconocen a relación entre el desarrollo del territorio y la salud pública.
2. Los mandatarios locales priorizan la salud pública en los instrumentos de planeación territorial para el desarrollo, asegurando asignación presupuestal suficiente, pertinente y con equidad.
3. Movilización social con amplia convocatoria que represente a los actores sociales públicos, privados, de la sociedad civil, organizaciones de base comunitarias, en torno a los objetivos de política pública que garantice la modificación y mejora de las condiciones estructurales y aquellas relacionadas con el bienestar de la población.
4. La construcción y desarrollo de modelos de atención social integral e integrada de servicios de salud con calidad, calidez y seguridad; y, con perspectiva poblacional y diferencial (sexo, pertenencia étnica, urbano-rural, pobreza, condición y situación de discapacidad, condición y situación de desplazamiento, otras vulnerabilidades)
5. Existencia de escenarios y mecanismos de participación social a lo ciclo de la políticas de salud pública.

Considerando lo anterior, existe consenso acerca que los proyectos de ley hasta ahora radicados no satisfacen los criterios que requiere el sistema para atender las necesidades de salud pública del país.

## **DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD E INTERSECTORIALIDAD**

El nivel de salud de la población no es exclusivamente el resultado de las acciones del sector salud en la medida que requiere que estén involucrados otros sectores, que desde su competencia contribuyan a la salud y bienestar de las y los colombianos. El Ministerio de Salud Pública tiene incidencia sobre las políticas, desarrollos y acciones a nivel industrial, ambiental, económico y social.

La responsabilidad de cada sector de acuerdo con los determinantes y los grupos más afectados está explícita en el plan decenal, así como el mecanismo de seguimiento y evaluación que estará a cargo del Consejo intersectorial de salud pública apoyado por el Ministerio de salud.

Para operativizar el Consejo Intersectorial se realizarán asambleas periódicas con participación de representantes de los actores y sectores para monitorear y definir Políticas Públicas, planes y programas nacionales, regionales y locales de acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales en el marco de derechos y aspiraciones políticas públicas diferenciales haciendo énfasis en la participación de la ciudadanía

Se propenderá por una gestión transdisciplinaria y responsabilidad intersectorial bajo la dirección territorial de salud, según problemas prioritarios de salud para el territorio

**Política de calidad de las acciones de salud pública:** Se definirá una política de calidad para salud pública que integre responsabilidades y estándares de obligatorio cumplimiento (requisitos mínimos) de cada uno de los sectores que puedan afectar la salud pública para mantener y mejorar la salud de la población, mecanismos de mejoramiento, auditoria y evaluación

**Política nacional de participación ciudadana:** Se definirá una política nacional de participación ciudadana para el logro de una cultura de la salud. Esta política promoverá su desarrollo y realización a nivel departamental y municipal de manera que se logre un enfoque intersectorial, integrado y coordinado para modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores. Se adelantarán acciones de empoderamiento ciudadano que cualifiquen los procesos de participación.

**Corresponsabilidad:** Definida como el deber que tienen los ciudadanos de cuidarse a sí mismos, haciéndolos partícipes y responsables de las decisiones, como una inserción a las políticas públicas generales del Estado de proteger al individuo y de brindarle las herramientas para que pueda llevar a cabo las mejores opciones para su salud, y entonces que visualicen las consecuencias de sus actos hacia su salud.

**Mecanismos de exigibilidad** Se desarrollaran mecanismos de exigibilidad de los derechos por parte de los usuarios del sistema.

**Acciones individuales y colectivas de salud pública** Se construirá un modelo de salud pública integral e integrada, que evite la fragmentación, incentive la demanda a la salud pública, desincentive el aumento del costo de servicios, tenga en cuenta la referencia territorial urbana y rural. Las acciones individuales hacen parte de la salud pública. *(Hubo discusión sobre la falta de correspondencia entre la población de las aseguradoras y la población de un territorio)*

*Propuestas de la mesa en las cuales no hubo consenso*

**Consejos territoriales Intersectorial de salud pública:** Se crearán en cada departamento, distritos y municipios categorías XXXX Consejos territoriales Intersectorial de salud pública los cuales estarán integrados por los representantes de los actores regionales y locales del sistema de seguridad social en salud, de protección, de infancia etc. Y tendrá funciones de coordinación y articulación para la adopción y adaptación de la política nacional al ente territorial.

**Política nacional de participación ciudadana:** Conferir poder en el 50% en la toma de decisiones.

## **DE LA GESTIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**

**La información en salud pública:** La información es un bien público que debe estar disponible para la toma de decisiones en todos los niveles.

**Sistema de información para la protección social** Se deberá fortalecer el Sistema de información para el sistema de la protección social (SISPRO), identificando, competencias, gestión de la información, fuentes, responsables con el fin de que el sistema de información en salud y del que se nutre el sector salud, sea un sistema de información accesible, ágil, oportuno, de calidad, confiable. Deberá integrar los diferentes subsistemas (SIVIGILA, RIPS, ESTADÍSTICAS VITALES, RIESGOS PROFESIONALES, ICBF, SUPERSALUD, MEDICINA LEGAL INVIMA, SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, RRHH).

Dentro del sistema se deberán crear mecanismos claros y expeditos para que la comunidad forme parte de la gestión del conocimiento.

**Política de talento humano en salud pública.** Se formulará la política de talento humano en salud pública. La política deberá orientar las prioridades de formación del talento humano según las prioridades del plan decenal de salud pública y las necesidades de la población. Dentro de esta política se deberá definir el currículo de salud pública en los programas de pregrado en ciencias de la salud.

Así mismo la política deberá incluir los criterios para mejorar la calidad y dignificación del trabajador de la salud tanto profesional como no profesional (perfiles, competencias, funciones asignación salarial, etc.)

**Proceso de asistencia técnica.** Con el fin de fortalecer la capacidad de análisis nacional y territorial el Ministerio de Salud Pública deberá definir el proceso de la asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos, resultados esperados y análisis evaluando inequidades. Esta estructura deberá ser concurrente y puede organizarse por regiones.

**Investigación en salud pública.** El Ministerio, el INS, el sector académico junto con el consejo del programa nacional de ciencia y tecnología en salud definirá las prioridades de investigación en salud pública donde claramente se responderá al plan decenal de salud pública, el perfil epidemiológico del país y la situación de los determinantes de la salud. Se deberá actualizar la legislación vigente de acuerdo con los parámetros internacionales para hacer frente a los actuales retos (BANCO DE CÉLULAS, GENOMA entre otros).

**Recursos para la investigación en salud pública:** Las fuentes de financiación para la investigación deben ser articuladas a COLCIENCIAS.

Existe consenso en el fortalecimiento administrativo, técnico y financiero del Instituto Nacional de Salud y el INVIMA.

#### Propuesta de la mesa en la cual no hubo consenso

Unificar la formación de postgrados en el área de salud pública, siendo un campo tan amplio. Las diferentes instituciones pueden tener diferentes énfasis.

### **DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA**

El gobierno nacional reglamentará mecanismos que permitan la coordinación, ejecución conjunta, seguimiento y control de los recursos de salud pública

Se debe financiar un plan único de salud pública no fragmentado: los recursos fragmentados hacen que la bolsa de los recursos sea menos eficiente y, por lo tanto, que no alcancen los recursos para las acciones de SP ya que la mayoría se van a la prestación del servicio

Se debe ofrecer un Plan único de beneficios a todos los ciudadanos que sea independiente de sus ingresos.

#### **Propuesta de la mesa en las cuales no hubo consenso**

##### Propuesta:

- ✓ El dinero debe ir a un fondo único administrado por el Estado
- ✓ La contratación puede ser directa o por vía aseguramiento

No hubo consenso sobre quienes pueden ser los contratantes.

*Propuesta 1:*

- Los contratantes pueden ser EPS del Estado, Cajas de compensación e IPS públicas y privadas. No se incluye las EPS Privadas puesto que generan sobre costos y además no aporta un valor agregado al sistema (intermediación financiera) y si generan crecimiento vertical desmedido

*Propuesta 2:*

- Los contratantes pueden ser EPS privadas o públicas, cajas de compensación e IPS públicas y privadas. Se incluye a las EPS Privadas ya que considera que los aseguradores y prestadores deben ser los mejores para los ciudadanos sin importar si son públicas o privadas. La constitución permitió que los servicios públicos fueran prestados por privados.

Se requiere hacer que los recursos de la salud pública sean eficientes, para ello se debe identificar aquellos pasos en que el recurso no fluye generando incremento de costos y una vez revisado y corregido evaluar si se necesitan más recursos. A pesar de lo anterior se identificó que se requieren recursos adicionales coyunturales para solucionar entre otros el déficit de hospitales y completar recursos para aseguramiento y salud pública

Propuestas adicionales

- ✓ Revisar la distribución de los recursos del sistema.
- ✓ Revisar la ley 715 (revisar el 25% de funcionamiento) y 1393
- ✓ Buscar otros recursos: Etesa, licores

Propuestas de la mesa en las cuales no hubo consenso

- ✓ Separa la UPC de atención de la de promoción y prevención
- ✓ Se debe entregar a los actores del sistema el plan tarifario

### **Coordinador Mesa de Salud**

Gabriel Carrasquilla MD MSP MSc DrPH, Director Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ana María Peñuela. Oficial Políticas Públicas UNICEF

Martha Patricia Velandía González. MD MSP MSc, Ministerio de la Protección Social.

## 11. Mesa de Talento Humano

**Coordinador:** Luis Carlos Ortiz Monsalve, Director de Análisis Política de Recursos Humanos Ministerio de la Protección Social.

**Secretaria Técnica:** Martha Cielo Gutiérrez, Consultora Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

**Apoyo Técnico:** Diana Marcela Hincapié, Oscar Ariel Barragán, funcionarios de la Dirección de Análisis Política de Recursos Humanos Ministerio de la Protección Social.

### Resumen de los Planteamientos

#### INTEGRANTES

**Agremiaciones de Trabajadores y Profesionales:** ASMEDAS, ANTHOC, ANEC, SCARE, SINTRAESSES, Colegio Médico Colombiano.

**Facultades del Área de la Salud:** ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO, La Sabana, CES.

**Entidades Territoriales:** Secretarías Territoriales de Salud de Bogotá y Cundinamarca.

**IPS y Escenarios de Práctica:** La Samaritana, San Rafael, Instituto Nacional de Cancerología.

**Entidades Estatales del Ámbito Nacional:** Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Congreso de la República, Sena.

**Academia Nacional de Medicina, Usuarios, Industria Farmacéutica.**

#### METODOLOGÍA Y CONSIDERACIONES INICIALES

La Mesa de Talento Humano en Salud contó con una participación promedio de 30 personas por jornada y se desarrolló a través de sesiones plenarias. En primer lugar se abordó la problemática del Talento Humano para luego estudiar propuestas de solución. En la última jornada se revisaron los proyectos de ley estatutaria y ordinaria, verificando que la temática del talento humano estaba prácticamente ausente en dichas iniciativas.

Antes de abordar los temas específicos de talento humano, la mesa en pleno llamó la atención frente a los siguientes elementos, sin los cuales consideró que no habría soluciones de fondo a la problemática del talento humano en salud:

1. Recuperación y fortalecimiento del papel rector del Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Definición de un modelo de atención en salud que se enfoque en la salud de las personas desde su primer contacto con el sistema, promueva la promoción y prevención, articule

esfuerzos de diversos sectores y realce la importancia del talento humano. Un modelo basado en Atención Primaria en Salud cumpliría con estas expectativas.

El desarrollo de las sesiones se organizó alrededor de tres ejes: formación, ejercicio y ámbito laboral. A continuación se presenta la síntesis de los problemas y propuestas de solución, junto con aspectos puntuales que ayudan a contextualizarlos:

## **EJE DE FORMACIÓN**

### **Problema 1. La relación docencia servicio se ha distorsionado, lo que afecta negativamente la calidad de la formación.**

- La relación docencia servicio entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) e Institución de Educación Superior (IES), se convirtió en un vínculo comercial orientado más por intereses financieros de corto plazo, que por un proyecto educativo.
- Se observa proliferación y falta de control en los convenios de docencia servicio: En un mismo escenario de práctica confluyen en forma desorganizada, no planificada, estudiantes y residentes de diversos programas.
- La carencia de estándares para la asignación de cupos de prácticas formativas en las IPS y de estudios de capacidad instalada para la docencia, han permitido el exceso de estudiantes en los escenarios de práctica.
- Los recursos que reciben las IPS como contraprestación de los convenios docencia-servicio, no se destinan al mejoramiento del escenario de práctica ni al bienestar de docentes y estudiantes.
- Las entidades pagadoras de servicios de salud, como Entidades Promotoras de Salud, restringen la contratación con IPS que sirven de escenarios de práctica.

### **Propuestas**

- La relación docencia servicio debe vincularse a un proyecto educativo compartido entre una IPS y una IES, orientado por esta última. No obstante, se debe permitir la participación de otras instituciones en rotaciones o programas que guarden coherencia o no afecten el proyecto educativo.
- Establecer estándares de calidad más exigentes para la aprobación de escenarios de prácticas y su número de cupos.
- Hacer obligatoria la destinación de los recursos que eventualmente reciban las IPS por su participación en la relación docencia servicio, a su fortalecimiento como escenario de práctica.

- Generar mecanismos que mejoren las condiciones de las Empresas Sociales del Estado para participar en la relación “docencia-servicio”, con las mismas garantías que las IPS privadas.

**Problema 2. Se observa baja pertinencia en la formación del talento humano en salud.**

- Actualmente la formación está determinada más por las necesidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus instituciones, que por las características y las necesidades de la población.
- Los perfiles de formación del talento humano no corresponden a los perfiles ocupacionales: a las enfermeras les asignan actividades administrativas, a los especialistas en medicina familiar se les restringe a labores de médico general, por lo cual su desempeño no tiene el impacto esperado en la salud de la población.
- La concentración de las prácticas formativas en instituciones de tercer nivel, lleva a que el egresado no tenga formación adecuada en áreas como salud pública, promoción y prevención y APS, lo cual impacta la resolutivez en los primeros niveles de atención.
- Se observa escasa formación de competencias en docencia, investigación y emprendimiento.

Se manifestó preocupación por: i) el impacto que pueda tener la implementación de los ciclos propedéuticos en la calidad de formación del talento humano en salud; ii) la convalidación de títulos otorgados por instituciones extranjeras de las cuales se desconoce su nivel de calidad; iii) el reconocimiento u homologación de conocimientos para la titulación de especialistas que no han cursado programas formales y iv) la posibilidad de que los Hospitales Universitarios puedan llegar a otorgar títulos de educación superior.

**Propuestas:**

- Definir competencias profesionales como referentes de los procesos de formación, considerando las necesidades de la población. Las competencias profesionales deben ser referente para el diseño de las pruebas de estado (SABER PRO) y retroalimentarse de sus resultados. La mesa manifestó que las EPS no deberían participar en la definición de estas competencias.
- Integrar la Atención Primaria en Salud y enfoque de salud familiar en la formación del talento humano en salud, en todas las profesiones y ocupaciones.
- Armonizar los perfiles de formación con los perfiles ocupacionales del Talento Humano en Salud.
- Recuperar los espacios para el ejercicio de la enfermería, como la atención de partos de bajo riesgo y el cuidado de la salud.

- Fomentar formación de especialistas en medicina familiar y el reconocimiento pleno de sus competencias por parte de instituciones pagadoras, aseguradoras y prestadoras de servicios.
- Establecer mecanismos de evaluación objetivos de la idoneidad y competencia de los profesionales que pretenden convalidar títulos u homologar conocimientos.

Consideró la mesa que no debe darse más plazos, ni ampliar el establecido en el párrafo 2 del artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, para que quienes vienen ejerciendo competencias de especialidades sin el título correspondiente lo acrediten ante una institución reconocida por el estado. Así mismo, que no debe promoverse los ciclos propedéuticos en la formación del talento humano del área de la salud.

**Problema 3. No hay una adecuada vinculación y reconocimiento de la docencia en los escenarios de práctica:**

- Las formas de contratación de los profesionales que realizan docencia en las IPS, perjudica la calidad y la continuidad de las prácticas formativas (son ‘docentes por accidente’).
- Los docentes ‘por accidente’ no tienen herramientas pedagógicas ni metodológicas para cumplir adecuadamente esta responsabilidad.
- La ‘deslaborización’ del sector y el congelamiento de las nóminas en las IES públicas ha tenido un impacto negativo en la actividad docente.
- Se ‘obliga’ a los profesionales de las IPS a realizar actividades como docentes, pero no se les descargan sus funciones asistenciales.
- No hay un adecuado reconocimiento salarial, laboral ni académico de la labor docente de los profesionales que participan en la relación docencia en servicio.

**Propuestas**

- La vinculación del profesional a una IPS debe precisar su participación en actividades docentes, definiendo horarios, garantías y reconocimientos.
- Reconocimiento formal de las Universidades a los profesionales que se desempeñan como docentes de prácticas formativas en sus escenarios de práctica: incluirlos en la carrera docente.
- Capacitar en pedagogía y educación a los profesionales que participan en docencia.
- Fomentar y reconocer la concurrencia de horarios para quienes participan en actividades docentes y asistenciales.

**Problema 4. La proliferación de instituciones, programas y denominaciones comprometen la calidad de la formación y la empleabilidad de sus egresados.**

- Se observan brechas entre las necesidades reales del país, la capacidad del sistema de salud para absorber el talento humano formado y la oferta educativa. En algunos casos la oferta educativa no es suficiente (algunas especialidades), en otros casos se observa sobreoferta (odontología, terapias, bacteriología).
- La mayor oferta educativa genera presión sobre los escenarios de práctica, llevando a que las prácticas formativas se realicen en instituciones que no ofrecen la capacidad y calidad requeridas.
- La proliferación de denominaciones en especialidades y subespecialidades genera confusión e incoherencia frente a las necesidades del sistema de salud y los requerimientos del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.
- Hay exceso de instituciones y programas que forman personal auxiliar de la salud. Gran parte de estas instituciones son propiedad de políticos y no garantizan calidad.

**Propuestas**

- Establecer la obligatoriedad de la acreditación de todos los programas de formación superior del área de la salud, con un período de transición que permita a las instituciones interesadas adelantar el proceso de acreditación en forma adecuada.
- Dar prioridad en la asignación de cupos en los escenarios de práctica a los programas acreditados.
- Desarrollar un estudio de correlación entre necesidades de recurso humano en el país y la apertura de programas académicos en el área de la salud.

**Problema 6. Escaso desarrollo de los Hospitales Universitarios**

- No hay incentivos para la creación y desarrollo de Hospitales Universitarios.
- El período de transición definido en el Decreto 2376 de 2010 para los actuales 'Hospitales Universitarios' es demasiado largo y desincentiva a las IPS que quieren certificarse como Hospitales Universitarios bajo las exigencias de la Ley 1164 de 2007.

**Propuestas**

- Establecer incentivos para el desarrollo de Hospitales Universitarios: categorización especial, estímulos tributarios, financieros y tecnológicos.
- Recortar el período de transición definido en el Decreto 2376 de 2010 para que los actuales 'Hospitales Universitarios' cumplan con los requisitos de la Ley 1164 de 2007 o dejen de hacer uso de esa denominación.

### **Problema 7. No se reconoce a los residentes como parte del SGSSS.**

- A los residentes se les considera estudiantes únicamente, por lo cual deben pagar matrícula, sin recibir ninguna retribución por sus actividades asistenciales. Las IPS los consideran como un costo adicional y no reconocen su aporte a la prestación de los servicios.
- Los pagadores glosan las actividades realizadas por los residentes en las IPS y restringen la contratación con aquellas que son escenario de prácticas.

### **Propuestas**

- Crear plazas laborales especiales en escenarios de práctica para los residentes pues estos son profesionales en formación que aportan a la prestación de los servicios de salud.
- Los pagadores y prestadores de servicios deben reconocer y pagar las actividades desarrolladas por los residentes conforme a la progresividad en su entrenamiento.
- Ajustar la norma de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud para reconocer las actividades asistenciales de los residentes, respetando la delegación progresiva de competencias.

## **EJERCICIO Y CONDICIONES LABORALES**

### **Problema 1. Precarización del empleo en el sector salud.**

- Se observa una creciente deslaborización en el sector, fomentada por desincentivo al contrato de trabajo.
- Hay proliferación de formas de contratación que generan inestabilidad laboral, bajos ingresos y desprotección social en los trabajadores del sector. En algunos casos se utilizan para ‘disfrazar’ una forma de intermediación laboral.
- Las entidades públicas no cumplen la Sentencia C-614 de 2009 de la Corte Constitucional que reitera prohibición de celebrar contratos de prestación de servicios para el desempeño de funciones de carácter permanente.
- Se observa falta control y acciones efectivas del estado para evitar los abusos de las formas de contratación, en especial de las Cooperativas de Trabajo Asociado, CTA, y los contratos de prestación de servicios.
- El modelo cooperativo se distorsionó en el país y no hay condiciones para su desarrollo: gran parte de las cooperativas tienen ‘dueño’, generalmente políticos.
- Hay grandes diferencias en las CTA según sean de especialistas, profesionales o auxiliares.

- Existen cooperativas exitosas con beneficios reales para los ‘cooperados’ y hay quienes prefieren esta opción (autogestión de su trabajo y empresa) a la del empleo o contrato de trabajo.

Frente a este problema, hubo dos posiciones claras y diferentes, frente a las alternativas de de solución, que se resumen las siguientes propuestas:

**Propuesta 1:**

- Impulsar el contrato de trabajo como mecanismo por excelencia para la vinculación del talento humano al empleo en el sector salud. Desestimular las demás formas de vinculación y eliminar la intermediación laboral.
- Expedir el estatuto del trabajo del sector salud que incorpore los principios del Trabajo Decente para el personal asistencial y administrativo.
- Cumplir la Sentencia C-614 de 2009.
- Incluir como criterio de habilitación de las IPS, la forma en que están contratadas las personas que laboran los servicios que ofrece la institución.

**Propuesta 2:**

- Mantener las alternativas de vinculación laboral actuales, haciendo cumplir la ley y evitando su uso distorsionado para disfrazar la intermediación laboral.
- Mejorar el control de las CTA y aplicar sanciones cuando haya lugar.
- Impulsar el cooperativismo legítimo como modelo de autogestión del trabajo y de incentivar el emprendimiento.

Ambas opciones implican un mayor control y acciones efectivas por parte del Estado para que se cumpla la ley en materia laboral.

**Problema 2. No existen mecanismos efectivos que promuevan y verifiquen la idoneidad, la competencia y el desarrollo profesional del talento humano en salud.**

- No hay mecanismos que permitan el acceso del talento humano a actividades de capacitación y actualización.
- No hay planeación ni uso adecuado de los recursos de capacitación.
- Las EPS restringen el acceso a la capacitación.
- Las pruebas para carrera administrativa no consideran el perfil del cargo en THS.

Los integrantes de la mesa plantearon reservas y desacuerdos frente a la posibilidad de instaurar un sistema de recertificación ‘punitivo’ que afecte el derecho al trabajo, en el cual la responsabilidad se asigne únicamente al trabajador.

## **Propuestas**

- Crear el sistema nacional de desarrollo profesional continuo, accesible para todo el talento humano sin importar su profesión, ubicación, vínculo laboral o capacidad económica.
- Los empleadores deben asumir responsabilidades en el desarrollo y financiación de dicho sistema.
- Implementar la recertificación como un mecanismo de control social, basado en un proceso de evaluación de competencias profesionales que privilegie a quienes se recertifican, sin afectar el derecho al trabajo. La participación en el proceso de recertificación debe ser obligatoria, más no se deben vincular los resultados del proceso al acceso al trabajo.
- Precisar y regular el entrenamiento certificado que dispone la Resolución 1043 en el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Desarrollar entornos laborales seguros para el desarrollo profesional.
- Establecer referentes para pruebas de desempeño y competencias del talento humano en salud, incluyendo las del servicio civil, con base en perfil profesional y académico.
- Definir las competencias profesionales como referentes para el mejoramiento del desempeño, construidas desde el sector salud con la participación de la academia, las profesiones, sociedades científicas y el estado (MPS, MEN).

## **Problema 3. Las condiciones del entorno laboral son inadecuadas y generan discriminación.**

- La integración vertical y las condiciones contractuales entre pagadores y prestadores de servicios impactan las condiciones laborales y los ingresos de los trabajadores de la salud: se imponen restricciones a la autonomía, los pagos a destajo desmejoran la calidad, la capitación mal aplicada no permite al profesional desarrollar plenamente su trabajo.
- Los entornos de trabajo del talento humano en salud, en general, son poco seguros y saludables.
- El marco jurídico actual no permite a las entidades públicas capacitar a funcionarios provisionales y a contratistas.
- Las brechas entre los ingresos o remuneraciones de los distintos profesionales y especialistas de la salud, no consultan su aporte a la salud de la población.

## **Propuestas**

- Implementar la carrera sanitaria en el sector: así se evita discriminación entre lo público y lo privado y aclara la responsabilidad de actores.
- Establecer condiciones de dignidad, protección social, bienestar laboral y acceso a capacitación en igualdad de condiciones independiente de la forma de vinculación.
- Ratificar el Convenio 149 de la OIT, que regula jornadas laborales, entornos favorables, protección social. Aplicar la Resolución 5412 de OMS como fortalecimiento de Enfermería y Partería.
- Promover el diálogo social y derecho a libertad sindical al margen de formas de vinculación.
- Evitar el pago a destajo o por evento a los profesionales.

**Problema 3: El Servicio Social Obligatorio no responde adecuadamente a las actuales necesidades del país y del SGSSS.**

- Muchas instituciones consideran el Servicio Social Obligatorio, SSO, como una fuente de mano de obra barata.
- ¿Se debe mantener este mecanismo en un sistema donde las EPS e IPS deben responder por el acceso de sus afiliados a los servicios de salud?
- Se observa concentración de ‘rurales’ en grandes zonas urbanas. ¿Cuál es el objetivo del SSO?
- Algunas regiones e instituciones necesitan del SSO para conseguir los profesionales requeridos para la prestación de los servicios de salud.

**Propuestas**

- Revisar si el SSO se ajusta a las condiciones actuales del SGSSS.
- Explorar alternativas como: la eliminación del SSO; establecerlo como un servicio voluntario o de extensión social universitaria; mantenerlo bajo condiciones más estrictas.

**CONSIDERACIONES FINALES**

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe reconocer al Talento Humano como factor fundamental para su desarrollo y logre de sus objetivos. Los proyectos de ley que se revisaron en la Mesa Temática no avanzan en este aspecto.
- En el proyecto de ley estatutaria sobre el derecho a la salud, éste derecho debe enfocarse desde un concepto más amplio de la salud, que incluya los determinantes sociales, económicos, ambientales de salud, no solo desde el aseguramiento y el POS. Se manifestó

desacuerdo unánime de la mesa sobre la forma como se abordó el 'deber' del autocuidado de la salud.

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe abordar un concepto amplio e incluyente del 'Talento Humano en Salud', para incorporar a quienes se desempeñan en áreas administrativas y de apoyo.
- Se requiere 'desmedicalizar' la salud. Se reclama mayor protagonismo de las profesiones no médicas en las instancias decisorias y en la normatividad del sector. Para esto también se requiere reformular el modelo de atención y prestación de servicios.

## 12. Mesa de Usuarios del Sistema

**Coordinadora:** Helena González Gómez, Profesora Universidad de La Salle

**Secretaria Técnica:** Isabel Caro López, Profesora Universidad de la Salle

**Apoyo Técnico:** María del Pilar García, Ministerio de Protección Social.

**Integrantes de la Comisión de revisión y seguimiento a las conclusiones de la mesa, delegados por los participantes:** Marina Cative Samacá, Ecoopsos EPS ESE; María Stella Niño, Ecoopsos EPS ESE; Judith Cabrera, ANPISS Bogotá; Alfonso Cañate Romero, Presidente Nacional ASONALISS; Jorge Alberto Romero Red Ciudadana Control Social; José Augusto Nieto Sánchez, Veeduría de discapacidad; Juan José Martínez León, Presidente Asociación de Usuarios Salud Total

### Participantes en la mesa

NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN SOCIAL
Helena González Gómez	Universidad La Salle
Isabel Caro López	Universidad De La Salle
Isabel Cristina Bedoya	Universidad de la Salle
Alejandro Baena	Universidad Libre De Cali
Guillermo Viracachá	Presidente ADUISS
Yul Francisco Dorado	Aso consumo
Julio Vidal	Comité De Veeduría Sisben
Pedro Santana Rodríguez	Corporación Viva La Ciudadanía
Jairo A. Betancourt	Defensoría del Pueblo
Marina Cative Samacá	Ecoopsos EPS ESE
María Estela Niño Arciniegas	Ecoopsos EPS ESE
Jorge Alberto Romero C.	Red Ciudadana Control Social
Judith Cabrera	Anpiss Bogotá
Miguel Antonio Caro Pineda	Senado De La República
Carlos Francisco Toledo	Senado De La República
Bernardo Pamplona	Ecoopsos ESS
Alfonso Cañate Romero	Presidente Nacional ASONALISS
José Helbert Mahecha	ASONALISS Nacional
Juan José Martínez León	Presidente A de U Salud Total
Tatiana López López	Hospital Pablo Tobon Uribe
María del Pilar García Ávila	Ministerio Protección Social
Aura Marina Guzmán	Ministerio Protección Social

Gloria María Maldonado	Ministerio Protección Social
Tomás Prasca Cepeda	Ministerio Protección Social
Rosa Delia Usme Sabogal	Ministerio Protección Social
Blanca Lilia Ardila	Secretaría Distrital de Salud
AliX Moreno	Secretaría Distrital de Salud
José Andrés Peña	ANPISS Bogotá
Rosa Munevar	COPACO
Sandra Mireya Cerquera García	Mesa De Mujeres Rurales
Luz Myriam Montaña Serrato	Cámara De Representantes
Alcira Díaz Llanos	Cámara de Representantes
Nohora Solano Puentes	CAFAM
Euclides Dussan Mesa	Asociación d e Usuarios Salud Cóndor
Martha Patricia García Ruiz	Contraloría General de la República
Jorge Arturo Useche	FUNDANCER
Adriana Cortez	Compañía Colombiana contra minas
Dilma Parada	Veeduría Ciudadana
José Augusto Nieto Sánchez	Veeduría de Discapacidad
Esperanza Cerón V.	Comisión seguimiento Sentencia
Jorge Alexander Gamboa	CAFAM

## **METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

La mesa de Usuarios del Sistema sesionó los días programados, Septiembre 21, 22, 29 de 2010 con la participación de un promedio de cuarenta personas, representantes de los espacios y mecanismos de participación las asociaciones de usuarios, comités de participación COPACOS, veeduría ciudadana, ONGs, academia, funcionarios del Ministerio de la Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, Defensoría del Pueblo, Cajas de Compensación, representantes de Congresistas.

El trabajo se realizó en tres sub-mesas con base en las siguientes guías de discusión que se centraron en alrededor de la situación actual de la participación en el sistema; la situación deseada “La participación que queremos para la salud que merecemos”; y las propuestas de la mesa para la reforma del sistema y para la legislación y reglamentación que posibiliten el desarrollo de la participación en los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, prestación de servicios y vigilancia y control. Cada momento con unas preguntas orientadoras sobre tres ejes o componentes de la participación:

### **- LA ORGANIZACIÓN DE LOS CIUDADANOS PARA PARTICIPAR.**

- Cuál es la oferta institucional para la organización de los usuarios?
- Cómo se encuentra la organización de los usuarios? Para la planificación y gestión local; en La prestación de servicios

- Logros, avances, retos, dificultades
- Respuesta, compromiso, apoyos de las Instituciones y autoridades de salud para la organización
- Propuestas

#### NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL SISTEMA DE SALUD

- En la formulación y desarrollo de políticas? de planes, programas, proyectos, servicios; en áreas por ejemplo Promoción de la Salud, Salud Pública, Atención Primaria, Aseguramiento, Calidad, Prestación de servicios.
- En el seguimiento, control, evaluación?
- Dificultades- logros- avances-retos
- Propuestas

#### LA RECTORÍA Y LA ESTRUCTURA NACIONAL, TERRITORIAL, DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PARA LA PARTICIPACIÓN.

- Hay rectoría para la participación , nivel nacional, entes territoriales departamentales, distritales , municipales?. LAS REGLAS DE JUEGO
- Cómo participan los usuarios en la rectoría del Sistema (Ministerio, Direcciones o Secretarías, Consejos)?
- Dificultades, logros, avances, retos, para la participación en los diferentes niveles de rectoría del sistema
- Propuestas

#### ANÁLISIS DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD Y PROPUESTAS PARA SU REFORMA

- Presentación y análisis de las propuestas de ley
- Principales problemáticas del actual sistema de salud
- Propuestas para la configuración de un nuevo sistema que posibilite que la salud sea un derecho y no una mercancía

Durante los tres días de trabajo, los participantes, se distribuyeron de forma voluntaria en cada en las tres sub-mesas propuestas, desarrollando la guía de discusión, con la orientación del o la moderadora de la respectiva sub-mesa. Al finalizar cada sesión el relator(a) de cada sub-mesa presentó en plenaria las conclusiones y recomendaciones fruto de la discusión las que fueron ampliadas y entregadas a la Secretaria Técnica de la Mesa

El presente documento contiene dos partes: I. las relatorías de las tres sub-mesas de trabajo II. las conclusiones y las recomendaciones elaboradas por la Secretaría Técnica a partir de las relatorías, las que fueron revisadas y ajustadas por la comisión de revisión y seguimiento, comisión elegida por los participantes en la mesa, con el objetivo de revisar y hacer seguimiento al presente documento y posicionarlo ante el Ministerio de la Protección Social, las Instancias Legislativas y ante la Corte Constitucional.

Además, los participantes decidieron antes de iniciar el trabajo en sub mesas, orientar las discusiones con los siguientes **postulados**:

- El análisis y discusión se realiza por decisión de los integrantes de la mesa, sobre la Participación ciudadana y comunitaria no solo sobre la participación de usuarios, puesto que el carácter de “usuarios” limita la participación solo a los sujetos de servicios de salud.
- En las tres propuestas de reforma que cursan actualmente en el Congreso, y que fueron parte de los documentos de discusión y análisis previos, no se hallaron propuestas significativas relacionados con la participación en el SGSSS
- Las discusiones y recomendaciones se centran en dos aspectos: la reforma del Sistema en su conjunto y el fortalecimiento de la participación en el Sistema.
- El SGSSS es estructural, por tanto los asuntos de la participación son transversales a componentes regulatorios, de estructura, rectoría, financiamiento y administración del Sistema, y por consiguiente la participación ciudadana y comunitaria también debe ser tema de discusión de la totalidad de mesas temáticas.

## Relatoría

### Martes 21 de Septiembre:

#### Sub Mesa N° 1

**Moderador:** Jorge Romero

**Relatora:** Gloria Maldonado

Julio Guillermo Villa, Tomas Prasca, Gloria Maldonado, Isabel Cristina Bedoya C, José Helbert Mahecha, Pilar García, Alfonso Cañate Romero, Tatiana López López, Jorge A. Romero, entre otros

1. El Decreto 1757 define los niveles de participación ciudadana y comunitaria en las entidades públicas y privadas en donde deben existir, no obstante la norma no define los mecanismos de participación ante el Consejo de Seguridad Social y la CRES, específicamente las normas no reglamentan los procedimientos ni a quien corresponde hacer los nombramientos o delegaciones
2. Las normas no precisan los mecanismos para vigilar, controlar y sancionar a las entidades que no den cumplimiento a las convocatorias y promoción de los mecanismos de participación

3. Las normas no establecen la obligatoriedad de las Instituciones de Salud de capacitar a los ciudadanos para que sean competentes frente a las responsabilidades inherentes a su rol participativo.
4. Las normas tampoco contienen reglamentación sobre los recursos para el financiamiento de estas instancias para su sostenibilidad y para evitar la corrupción.
5. Faltan lineamientos que favorezcan que las instancias de participación ciudadana tengan representatividad, credibilidad y sostenibilidad
6. Faltan mecanismos de empoderamiento.
7. Las instancias gubernamentales cuentan con recursos para los procesos de participación ciudadana que nunca llegan a las asociaciones con el argumento que no están legalizadas, aspecto que tampoco se ha reglamentado.
8. Las organizaciones de usuarios para la planificación y gestión local de la prestación de los servicios, no se encuentran formalmente constituidas en el número y en los sitios que deben existir; cuando existen, no están capacitadas para cumplir con sus responsabilidades y no está previsto su funcionamiento en red que facilite y retroalimente su gestión.
9. La respuesta, compromiso y apoyo institucional de las autoridades de salud a las organizaciones de usuarios, es deficiente en razón a la falta de reglamentación precisa en cuanto a la responsabilidad institucional de apoyar con recursos el funcionamiento de las organizaciones de usuarios para contribuir con su sostenibilidad.
10. Las normas esbozan la estructura y rectoría de participación en salud pero no concretan en cabeza de quien estará la definición de lineamientos y la vigilancia para su cumplimiento, además no se ha definido quien retroalimentará la gestión de toda la red.
11. No se ha definido como pueden participar los usuarios en los niveles de rectoría del Sistema.
12. Se propone que aprovechando que en la actualidad se está promoviendo una reforma del SGSS se deben incluir en la estructura del sistema, en sus diferentes niveles, las unidades administrativas que reglamenten y vigilen los procesos de participación.

## **Sub-mesa N° 2**

**Relator** Pedro Santana

Francisco Dorado, Alejandro Baena, Helena González, Adriana Cortez, Carlos Francisco Toledo, Judith Cabrera, Jairo Betancourth, entre otros

Más que relatoría se presentan las ideas centrales que planteó el grupo en relación con la participación de los ciudadanos en el conjunto del Sistema de salud y seguridad social:

1. En primer término y como lo afirma la Corte Constitucional, el voluminoso número de tutelas que los ciudadanos tienen que interponer para acceder a los servicios de salud en el sistema demuestran que los mecanismos internos de participación de los usuarios para representar las reivindicaciones y los intereses de los afiliados o de los usuarios del régimen subsidiado no son eficaces dado que se tiene que recurrir a un juez para acceder a servicios que en el 60% de los casos, según la Defensoría del Pueblo, hacen parte del POS. Esto demuestra también la debilidad de los organismos públicos (Superintendencia de salud y otros organismos de control) que no

garantizan que los prestadores del servicio cumplan con sus obligaciones frente a la salud de los colombianos.

2. En término general se evaluaron en conjunto las deficiencias y limitaciones del sistema que han des configurado también los mecanismos de participación contemplados en la Ley 100 y en la normativa que regula al sector, los que muestran grandes limitaciones en cuanto a la garantía del derecho de los usuarios. La crisis del Sistema es estructural, por tanto los asuntos de la participación tienen que ver con los aspectos financieros, administrativos, regulatorios, etc.
3. El proyecto que sirve de base para esta discusión de la reforma del sistema no muestra avances significativos en su reforma estructural, tampoco muestra avances en el tema de la participación. En el artículo 65 plantea la creación de la figura del defensor del Usuario de la Salud, el problema es que no sería elegido por los afiliados de cada una de las EPS, lo que le daría un carácter de representatividad de los Usuarios, sino que sería nombrado por el Superintendente de salud. Esto habrá que debatirlo ampliamente.
4. Se ve como positivo que en el párrafo 1° del artículo 92 del proyecto de ley 2010 se plantee: *“La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago. Las EPS en relación con sus afiliados o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar el pago de servicios a las IPS públicas o privadas, cuando estas hayan prestados la atención de urgencias , aún sin que medie contrato. Si la falta de atención es causa directa de la muerte del paciente y es responsabilidad de la IPS , la Superintendencia Nacional de Salud sancionará con medidas que pueden ir desde multas hasta el cierre de la misma, una vez se adelanten las acciones para determinar la responsabilidad.”*
5. Sin embargo para que esta disposición sea efectiva se requiere, que sea ampliamente difundida en todo el territorio Nacional y que se vigile su cumplimiento por parte de los organismos de control, para garantizar su exigencia por parte de los usuarios o sus familias y que los prestadores cumplan con lo establecido.

Las conclusiones de esta sub mesa fueron complementadas con los aportes de **Alejandro Baena**, representante de la Universidad del Valle, aportes que también son fruto de las discusiones de los y las integrantes de la Sub-mesa:

1. La razón fundamental del sistema es y son los usuarios, las demás variables y macro procesos son medios para garantizar el disfrute al derecho fundamental de la salud.
2. No se puede separar el análisis de la crisis del actual escenario, de los correctivos que se necesitan en un proceso de concertación de una reforma, la cual debe ser de carácter estructural y no solamente de orden funcional.
3. La crisis del sistema está centrada en el actual modelo de gestión del aseguramiento y a la falta de rectoría y ejercicio de la autoridad sanitaria de parte del estado.
4. En consideración de lo anterior se requiere redefinir de fondo el rol de las actuales EPS.
5. La sola designación de un representante de la Superintendencia como fórmula de participación, delegada, no garantiza fortalecer el control social, y se puede prestar para una nueva forma de clientelización en el sistema.
6. Se requiere mayor claridad de parte del Gobierno Nacional en torno a los alcances de la anunciada Ley Estatutaria , que regularía el núcleo esencial del Derecho a la Salud

de los colombianos; dado que la ley ordinaria en sus alcances no resuelve los problemas estructurales que han llevado al escenario de la crisis de legitimidad del sistema, donde de fondo el problema no es de recursos; según las cifras oficiales la sociedad colombiana tiene un gasto en salud entre 34 a 38 billones de pesos, lo cual daría para tener una UPC de un valor aun mayor de la actual, y cubrir con suficiencia los contenidos en materia de prestaciones medicas asistenciales y en materia de salud pública para todos los colombianos y colombianas, entonces el problema central está en los altos costos de intermediación y de transacción en el sistema, y los costos ocultos de la corrupción.

7. Se considera inconveniente el modelo de tercerización de la contratación de los trabajadores y profesionales de la salud -(las actuales cooperativas de trabajo asociado)-, lo cual ha generado un elemento de desprofesionalización y de pérdida de autonomía en el ejercicio, contribuyendo a desdibujar la relación medico paciente, y colocando lo financiero por encima de la relación humana de ayuda.
8. Teniendo en cuenta la naturaleza de los recursos de la salud , los cuales son recursos públicos y en una gran proporción de ellos son de carácter para-fiscal, en este marco se podría considerar una estrategia de democratización de la propiedad accionaria de las actuales EPS, de tal manera que el control empresarial este en manos de los usuarios del sistema y no de grupos económicos, que han abusado de su posición dominante en el mercado.
9. Se recomienda que la mesa de usuarios, pueda tener acceso a las conclusiones y análisis de las otras mesas, teniendo en cuenta que los aspectos de estructura, rectoría, financiación, salud pública, atención primaria, etc, son medios en función del objetivo central de todo sistema de salud que es el de garantizar el disfrute efectivo del derecho a la protección de la salud.
10. Existe un marco fundamental para regular y hacer seguimiento al proceso en materia de políticas públicas en materia de salud, y es lo establecido en la observación general No 12 del PIDESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) :

*"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

*a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*

*b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*

*c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*

*d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. "*

### **Sub-mesa N° 3**

**Moderadora:** Aura Marina Guzmán

**Relatora:** Blanca Lilia Ardila

Marina Cautive Samacá, Guillermo Viracacha Neira, María Stella Niño, Bernardo Pamplona Lancheros, Miguel Antonio Caro Pineda e Isabel Caro López

### **Lo que tenemos en la actualidad en materia de participación en salud**

- La oferta institucional para la organización de los usuarios es insuficiente, limitada e inequitativa (Decreto 1757/94)
- Escasa organización de los usuarios, poco representativa, débil y dispersa en múltiples organizaciones.
- La participación en salud que existe se desarrolla en los sectores público y solidario, en el sector privado ha tenido un desarrollo mínimo.
- Tímida respuesta institucional para permitir la incidencia ciudadana en las decisiones que nos afectan.
- Un problema estructural que incide en los bajos niveles de participación en el del sistema: no hemos sido formados para participar.
- No se conocen los resultados e impacto de los procesos de participación social en salud, a nivel del país.
- El sistema existente cierra puertas, discrimina, porque la salud se convirtió en un negocio atravesado por los intermediarios y la corrupción
- Escasa organización de los usuarios, poco representativa, débil y dispersa en múltiples organizaciones.
- “Participación” para validación de decisiones ya tomadas

### **Lo que soñamos para fortalecer los procesos de participación**

- Que el Estado garantice el ejercicio de participación social (sin perder de vista la corresponsabilidad ciudadana). Que los procesos participativos tengan en cuenta el enfoque diferencial, que sean incluyentes.
- Que no existan tantos mecanismos fragmentados de participación, pero que los existentes sean organizadas, fuertes, con poder de decisión que recojan el sentir de la ciudadanía y no se aparten de sus organizaciones de base.
- Que se cuente con un ejercicio claro de rectoría, a partir del fortalecimiento institucional en materia de participación, en los diferentes niveles del Sistema: Nacional, Distrital, Departamental, Municipal.
- Que se de cumplimiento al mandato constitucional de tener participación con incidencia real y efectiva en las decisiones que nos afectan.
- Que se defina e implemente a nivel del sistema un modelo pedagógico de formación para la participación y trabajo con comunidades y estrategias y Herramientas claras de comunicación.
- Que en todas las entidades territoriales exista una estructura que facilite y de cuenta de los procesos de participación en salud, garantizando la incidencia en las decisiones pero sin manipular.
- Que contemos con un nuevo sistema de seguridad social, en el que la salud no sea considerada una mercancía sino un derecho.
- Que la participación sea constante en la planeación, ejecución y control de la gestión en salud y la formulación de políticas públicas.

## **Miércoles 22 de Septiembre:**

### **Sub Mesa N° 1**

**Relator:** Alfonso Cañete Romero

Julio Guillermo Vidal  
Tomas Prasca  
José Helbert Mahecha  
María del Pilar García Ávila  
Jorge Alberto Romero Cárdenas  
Juan José Martínez León  
José Andrés Peña  
Pedro Santana Rodríguez  
Tatiana López López

#### **Los principales logros alcanzados en materia de participación:**

- Los usuarios hemos tenido oportunidad de participar en varios escenarios en los que se ha podido proponer y ser oídos en el País.
- Se pueden observar varias experiencias exitosas en materia de participación en salud.
- Mediante el uso de mecanismos jurídicos de participación ciudadana como los derechos de petición y las tutelas se ha logrado el acceso a los servicios.

#### **Las principales dificultades:**

- En la formulación de políticas de salud no se observa participación, las organizaciones de usuarios por lo general son llamadas para legitimar decisiones ya tomadas
- Las organizaciones de los usuarios por lo general actúan sin liderazgo, en forma dispersa, defendiendo intereses individuales, faltando unión para lograr cumplimiento de objetivos comunes y sentido de pertenencia como organización.
- La participación en el Ministerio, se encuentra como función en varias reparticiones del Ministerio, sin tener una rectoría a nivel nacional que integre los procesos de participación y control social y realicé un direccionamiento en el sistema de seguridad social en salud. El grupo de Apoyo territorial proporciona algunos lineamientos para el nivel nacional.

- Falta de recursos económicos para el desarrollo de actividades de participación y control social, tanto institucionales como comunitarios.
  - Falta desarrollar mecanismos de información e interacción permanente con el usuario.
  - No existe en las estructuras administrativas de las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud, unidades que promuevan la participación, información y capacitación a los usuarios y la creación y consolidación de las organizaciones de usuarios.
  - Falta desarrollar procesos de capacitación con las estrategias pedagógicas adecuadas, para el desarrollo de competencias y cumplimiento de objetivos
  - Falta compromiso de la superintendencia nacional de salud para dar respuesta a los requerimientos solicitados por los usuarios en los términos establecidos por la Ley.
  - No se evidencia participación en el seguimiento y evaluación de planes de salud.
  - Falta la sistematización y divulgación de experiencias exitosas en participación.
  - No existe una entidad que investigue, controle y vigile con total autonomía e independencia a todos los funcionarios públicos que tengan que ver con todos los recursos a nivel del sistema general de seguridad social en salud, es decir públicos, de economía mixta y privados.

#### **Los principales retos:**

Lograr que las asociaciones de usuarios y demás organizaciones sociales que trabajan por la salud sean reconocidas por el Ministerio de la Seguridad Social en Salud, sin ninguna clase de gravámenes y exentas de impuestos.

Lograr que las asociaciones de usuarios puedan participar con decisión en la defensa de la salud como derecho

#### **Los principales principios como organizaciones sociales:**

- Las Asociaciones de Usuarios deben mantener la autonomía, su identidad, su posición en defensa de los usuarios ante los Gerentes de las EPS; ESE; y demás estamentos institucionales.
- Debe existir el compromiso institucional de dar respuesta a las solicitudes de las organizaciones de usuarios.

### **Los principales derechos de las organizaciones sociales:**

- Los Usuarios deben definir sus estatutos y reglamentos internos de forma autónoma, dentro de los límites legales.
- Los representantes de los usuarios para la toma de decisiones deben ser elegidos y delegados por las organizaciones de usuarios.
- Los usuarios deben tener acceso a los indicadores de salud nacionales, Departamentales, Municipales
- Los usuarios deben tener derecho a la información de las instituciones para poder ejercer la veeduría correspondiente.

### **Recomendaciones y propuestas**

#### **Con relación a la Estructura y Reglamentación**

- Lograr que el Sistema de Seguridad Social en Salud establezca la estructura de participación y control social en todos los niveles: nacional, departamental, distrital y municipal
- El Consejo Nacional de Seguridad Social debe fortalecerse porque garantiza la democracia representativa y la designación del representante de los usuarios debe ser de una terna elegida por las organizaciones de usuarios. En el Consejo Nacional de Seguridad Social, se debe aumentar el número de representantes de los usuarios para lograr una toma de decisiones más equitativa.
- Lograr el empoderamiento, legalización, reconocimiento y financiamiento de estas organizaciones comunitarias por parte del Estado.
- Proponer Ley Estatutaria en salud

#### **Con relación a los recursos**

- Proveer los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos de participación y control social, tanto institucionales como comunitarios, porque si no estos procesos quedan como “saludo a la bandera”.
- Proveer los recursos para el desarrollo de la figura del defensor del usuario
- Que se destinen los recursos suficientes para que las evaluaciones puedan promover los procesos de participación en los diferentes niveles del sistema, Así como los recursos necesarios para los que realicen acciones en defensa de los usuarios cuente con un rubro para su ejecución.

#### **Con relación a los procesos de participación y control social**

- Fortalecer el mecanismo de acción de tutela, ya que es un instrumento de tipo normativo que le permite a los ciudadanos y ciudadanas reivindicar sus derechos fundamentales.
- Precisar las cuentas o cuando se hagan las rendiciones de cuentas se desglosan y se precisen cada uno de los regímenes tales como Régimen Contributivo, Subsidiado, Riesgos Profesionales, (la denominada plata de bolsillos) ( copagos).
- El fortalecimiento del sistema de seguridad social en salud ampliando la representatividad de los usuarios del sistema.
- Que la participación de los representantes de los usuarios de todos los espacios de toma de decisiones deben ser elegidos y delegados por las organizaciones de usuarios, incluyendo el Consejo Nacional De Seguridad en Salud, CNSSS, defensor del usuario y el de la CRES.
- Fortalecer la rectoría del sistema a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, creando los respectivas direcciones de participación que proporcione los lineamientos para fortalecer los procesos.
- Desarrollar un sistema de información donde se tenga datos de los representantes de las organizaciones, experiencias, etc.
- Sistema de comunicación para divulgar documentos, capacitaciones, foros, audiencias, etc.
- Seguimiento de evaluaciones para tener conocimiento de la evolución de los procesos de participación.

#### **Con relación al Sistema:**

- En la reforma al Sistema debe quedar establecido que la EPS no interfieran en las decisiones médicas (restringir consultas a especialistas, exámenes y medicamentos no POS) lo que atenta contra la calidad y oportunidad de los servicios y por consiguiente contra la vida de los pacientes.
- Que se supriman licencias de funcionamiento a EPS e IPS que atentan contra los derechos de los Usuarios.
- Cambiar el actual modelo de salud que no es funcional, suprimiendo la intermediación.
- Fortalecer la promoción de la salud con enfoque intersectorial, de desarrollo social e integrarla a través de los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal y por tanto ser responsabilidad directa de las Alcaldías y Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales.
- La prevención de la salud debe ser responsabilidad estatal para que se garantice su universalidad e integralidad en cada región del país y no debe estar por tanto, intermediada por las EPS.
- Mayor participación de los usuarios en los procesos de contratación, con información adecuada, así como crear veedurías para la UPC y FOSYGA
- Socializar los Derechos y Deberes entre funcionarios y usuarios.
- Desarrollar políticas de empleo para disminuir porcentajes de población en régimen subsidiado
- En las diferentes mesas temáticas que están estudiando la reforma del sistema de salud debe haber la representación de usuarios para que en cada una de estas haya propuestas desde el sentir de los usuarios.
- Definir por parte de esta mesa un grupo de personas que hagan seguimiento al cumplimiento de las propuestas al proyecto de Ley.

- Los modelos actuales de contratación en salud, afectan la atención de los usuarios, es necesario proponer modelos de contratación que favorezcan a los pacientes y a los equipos de salud.
- Establecer mecanismos para la humanización de los servicios
- Establecer mecanismos para el aumento de cobertura de especialistas y la cercanía de las citas con estos especialistas
- Que se mejore la remuneración a los equipos de salud lo que contribuye al mejoramiento de la calidad de los servicios
- Crear estímulos y beneficios para el gremio de la salud a partir de indicadores de calidad.
- Socializar los conceptos de emergencias y urgencias y diferenciar el uno del otro
- Fortalecer Inspección, vigilancia y control, para que sea efectivo su trabajo
- Eliminar el artículo 25 (CCD) para que sean respuestas inmediatas
- Que haya turnos de 24 horas en las EPS para los funcionarios que autorizan servicios.
- Que los usuarios que integran y hacen parte de los diferentes mecanismos de participación en salud postulen una terna para que se elija de esa misma terna el defensor del usuario por cada EPS, las decisiones de esta nueva instancia tendrán valor vinculante.
- Que el Estado haga acuerdos para la compra de medicamentos, instrumental hospitalario e insumos que no se producen en el país, pero garanticen un precio más módico que favorezca a toda la población.
- Garantizar el derecho a todo trabajador ya sea dependiente o independiente a afiliarse a los riesgos profesionales y se respeten la representatividad de los trabajadores y pensionados en todas las asociaciones.
- El gobierno debe crear estrategias que garantice el número suficiente de profesionales de la salud, y especialistas para obtener un nivel de garantía en la calidad y eficacia, en la atención en salud.
- Entre más cantidad de especialistas se formen, se disminuirán los costos, puesto que en algunas áreas la falta de competencia genera mayores tarifas en unos pocos y habrá más posibilidades para los nuevos profesionales en salud, en concordancia con el ministerio de educación.
- Implementar el sistema de telemedicina que puede solventar a las poblaciones marginadas con el fin de atender a las familias de regiones apartadas, capacitarlas y poder evitar los altos costos que ocasionen los desplazamientos de dicha población, y le permite llegar a la población en donde no existen oferta (suficiente) de especialistas.
- Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social y los Consejos Territoriales, ampliando el número de representantes

## **Sub Mesa N° 2**

**Moderadora:** Judith Cabrera

**Relatora:** Isabel Cristina Bedoya C,

Luz Miriam Montaña, Nohora Haydee Solano Puentes, Adriana Cortes, , Carlos Francisco Toledo, Jairo Betancourth.

A PARTIR DE LA GUIA # 2 LOS INTEGRANTES ESTABLECIERON LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES LAS CUALES SE PRESENTAN EN LOS TRES AMBITOS PLANTEADOS POR LA COORDINACIÓN DE LA MESA.

**1. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS CIUDADANOS PARA PARTICIPAR:**

1.1. Se reconoce que si bien la normatividad (*decreto 1757/94 y Ley 1122/07*) existente es importante, requiere mejoramiento en cuanto a determinar y redefinir aspectos que son contradictorios o que son vacíos, como los periodos de participación de los representantes, la legalidad de las asociaciones y la visibilización de la autoridad competente para ejercer con lineamientos acciones de seguimiento y difusión de la normatividad.

1.2. Es necesario establecer y desarrollar programas de formación de los líderes y miembros de las asociaciones/organizaciones en salud para cualificar su rol en los procesos de participación y ejercer la representatividad.

1.3. Se requiere la implementación de programas de comunicación y educación para promover la apropiación de los mecanismos de participación, abordando tres audiencias específicas, autoridades locales, funcionarios del sector salud (privados y públicos) y miembros de las asociaciones de usuarios.

1.4. Es indispensable generar estrategias de comunicación e información para convocar y conformar las asociaciones de usuarios tanto en los entes públicos y privados y que estos lo asuman con carácter obligatorio.

1.5. Se reconoce la existencia de múltiples organizaciones en salud las cuales se encuentran desarticuladas entre ellas y a su vez carentes de un organismo rector que retroalimente y permita fortalecer la participación.

**2. ANÁLISIS SOBRE NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL SISTEMA DE SALUD:**

2.1. La participación se ha dado especialmente en el control pero se requiere cualificación para avanzar con acciones de seguimiento y evaluación y en la planeación y gestión local en salud.

2.2. Se parte de comprender que la participación debe ser efectiva por tanto es necesario proyectarla con sentido y a su vez requiere motivación en cuanto al mejoramiento de las condiciones para disfrutar el derecho a la salud y el mejoramiento de la prestación de los servicios.

2.3. Existe una participación atomizada que requiere condiciones para que se efectiva mediante lineamientos y estrategias que permitan mejores desarrollos.

2.4. Se requiere formación para participar en los diferentes niveles.

2.5. Es necesario definir y desarrollar lineamientos y estrategias que posibiliten una acción intersectorial a favor de la salud como un derecho conexo con la vida, que afecte los otros factores de la calidad de vida y que a su vez se mejore la prestación de los servicios de salud.

**3. ANÁLISIS SOBRE LA RECTORÍA Y LA ESTRUCTURA ACTUAL NACIONAL, TERRITORIAL DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR:**

3.1. Es indispensable el direccionamiento en estructura, lineamientos y mecanismos de articulación de los actores del sistema para propiciar y fortalecer la participación.

3.2. Se requiere articulación en el territorio por parte del ente privado y público, en procesos de planeación y gestión, uso, análisis y difusión del perfil epidemiológico, éste último debe ser apropiado por las comunidades especialmente las asociaciones de usuarios.

3.3. También es necesario definir lineamientos precisos para la articulación a dos niveles, por un lado a nivel territorial (público y privado) y por otro lado a nivel nacional, entre las regiones y el centro.

3.4. En el mismo sentido planteado anteriormente, surge la inquietud, en cuanto a la manera en que los empresarios se articulan a este proceso para que no quede solo como un rol financiador.

La reflexión permitió que el grupo expresara que la participación es mínima pese a la normatividad vigente, se han realizado iniciativas que luego no se desarrollan porque no tiene seguimiento y por carecer de condiciones para aprovechar las oportunidades y así incidir en toma de decisiones.

Se planteó que la salud es parte fundamental de la calidad de vida y los cambios que se observan en la sociedad como en la dinámica familiar, las situaciones de desempleo y de falta de oportunidades llevan a pensar que es necesario articular a los sectores en una acción a favor de la salud.

### **Sub-mesa N° 3**

**Moderadora:** Aura Marina Guzmán

**Relatora:** Blanca Lilia Ardila

Marina Cautive Samacá, Guillermo Viracacha Neira, María Stella Niño, Bernardo Pamplona Lancheros, Miguel Antonio Caro Pineda, entre otros

El grupo sienta una posición contundente de inconformidad respecto a la limitada participación en la mesa de Usuarios.

De igual manera se solicita que las conclusiones de esta mesa de usuarios no sean tomadas solo como recomendaciones, sino que se permita una verdadera participación con incidencia en la reforma

Al interior del grupo se presenta una discusión sobre la necesidad de revocar la Ley 100 y demás normas del SGSSS, al respecto se evidencian tres posiciones:

- Revocar la ley 100
- No revocar la ley 100
- Reforma estructural a la Ley 100 y al Sistema, incluyendo la estrategia de APS, sin embargo se analiza que no es viable implementarla bajo el sistema de aseguramiento; que los dos son completamente incompatibles.

Por lo anterior, el grupo llega a las siguientes conclusiones:

1. Que se implemente un sistema de seguridad social en salud, donde el eje central sea el ciudadano y que sea el Estado quien garantice el derecho a la salud.
2. Que el Derecho a la salud sea garantizado de manera universal y con calidad.
3. Que se garantice la participación en salud, bajo las siguientes premisas:
4. Participación con incidencia
5. Participación democrática
6. Participación equitativa

**Septiembre 29**

**Sub Mesa N° 1**

**Relator:** Jorge Alberto Romero Cárdenas

Alfonso Cañate Romero

Julio Guillermo Vidal

Tomas Prasca

Isabel Cristina Bedoya

Gloria Maldonado

José Helbert Mahecha

María del Pilar García Ávila

Tatiana López López

Juan José Martínez León

1. El Decreto 1757 de 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, no define los mecanismos de participación ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Igualmente, la ley 1122 de 2007 crea la CRES, pero no reglamenta los procedimientos ni a quien corresponde hacer los nombramientos o elección de delegados.
2. Las normas no precisan los mecanismos para vigilar, controlar y sancionar a las entidades que no den cumplimiento a las convocatorias y promoción de los mecanismos de participación y deben velar por que las instituciones prestadoras de servicios de salud sean públicas, privadas o de economía mixta den estricto cumplimiento a la normatividad existente sobre atención a los usuarios, escuchen sus peticiones y respeten la autonomía y representatividad de los usuarios.
3. Que se defina claramente la normatividad, la obligatoriedad y quienes tienen la experticia para la realización de las diferentes capacitaciones de los usuarios en el rol inherente a su participación a nivel Nacional, Departamental, Municipal, Distrital, etc.
4. La reforma debe contemplar el sistema de financiamiento de los procesos de participación para poder desarrollar una participación con autonomía, empoderamiento, y sostenibilidad a largo plazo, que sirva de base dentro de la estructura del mismo sistema. Se deben crear Direcciones de Participación Social en todos los Niveles de Dirección del Sistema
5. Que se cree y se legalice el Estatuto de la Seguridad Social en salud integral (las normas están dispersas)
6. Definir los mecanismos de legalización y empoderamiento como para obtener mayor representatividad en los mecanismos de participación de los usuarios y lograr una mayor participación de los usuarios en las diferentes actividades en igualdad de condiciones.

7. No hay recursos para la participación ciudadana, Es necesario clarificar para que se están utilizando los recursos del Fondo de participación que maneja el Ministerio del Interior.
8. Las organizaciones de usuarios para la planificación y gestión local de la prestación de los servicios, no se encuentran formalmente constituidas en el número y en los sitios que deben existir; cuando existen, no están capacitadas para cumplir con sus responsabilidades y no está previsto su funcionamiento en red que facilite y retroalimente su gestión
9. El Gerente con relación a la participación de los usuarios en las ESES, debe limitarse a convocar, el desarrollo de las sesiones son responsabilidad de los usuarios, quienes con su autonomía y determinación deben desarrollar las actividades.
10. En la estructura y rectoría del sistema no se especifica la Dirección que debe orientar el desarrollo de la Política de Participación en el sector y la Superintendencia de Salud, como entidad que debe inspeccionar, vigilar y controlar los mecanismos de participación social en todos los niveles de actividad, no ejerce su verdadera función a nivel a nacional.
11. Se propone que aprovechando que en la actualidad se está promoviendo una reforma del SGSS se deben incluir en la estructura del sistema, en sus diferentes niveles, Direcciones que reglamenten y promuevan la participación y el control social, así como fortalecer la Superintendencia de Salud para que inspeccione, vigile y controle el desarrollo de los procesos de participación a nivel nacional.

#### **PROPUESTA PARA EL NUEVO RÉGIMEN DE SALUD:**

Jorge Alberto Romero  
Red Ciudadana Control Social

1. Así como en un tiempo se cobró el impuesto del 4 por mil para salvar de la quiebra los bancos, la que fue superada, pero sin embargo el impuesto continúa siendo cobrado aún cuando lo ya no lo necesitan y sus ganancias son enormes, por tanto se propone que se siga cobrando el 4 por mil pero que este impuesto pase directamente a la salud.
2. Que un 2% del manejo de las tarjetas de crédito se cobre por parte de los bancos sea reembolsado a la salud.
3. Que los ciudadanos sean atendidos en todo el territorio nacional con el solo hecho de presentar a la cédula de ciudadanía., eliminando el SISBEN por ser un sistema de clasificación excluyente
4. Que la población sea atendida en cualquier institución del territorio Nacional de acuerdo con sus necesidades, independientemente de donde se inscribió.
5. integralidad en la salud, que todo ser humano sea atendido sin ninguna discriminación.
6. El POS debe ser uno solo.-

7. Acabar con la tramitomanía e intermediación en los medicamentos, produciéndolos o comprándolos directamente el Ministerio de Salud a los que lo producen y garantizando la calidad de los genéricos.
8. Nombrar Gerentes en los hospitales de la red pública, que garanticen la eficacia y humanización de los servicios
9. Los recursos incautados por actividades ilícitas, deben redistribuirse en la salud para resarcir los daños que produce la droga en la sociedad colombiana.
10. Crear el estatuto de salud.
11. Dentro del Ministerio de salud en su estructura deberán crear un espacio para legalizar las asociaciones de usuarios, y demás organizaciones que trabajan por la salud en el País.
12. Asignación de recursos para financiar los procesos de fortalecimiento d e participación en salud
13. Que exista el respaldo y la iniciativa de impulsar un cabildo nacional que trabaje sobre los mega proyectos.
14. Los ciudadanos deben tener acceso a Información más adecuada a través de: Consejos locales de calidad de vida y Observatorios locales de seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos.

Fomento de mesas a nivel de todos los territoriales que dinamice el debate del nuevo modelo de salud y del Sistema

## **SUB-MESA N° 2**

**RELATORIA:** Alix Moreno Addie.

Se procede a revisar el documento digitado de la Guía No. 2, el cual contiene los aportes que fueron analizados en la anterior jornada de trabajo, por los participantes en ésta.

El grupo determina realizar a este documento, los siguientes ajustes:

### ***1. Análisis de la Organización de los Ciudadanos para participar:***

- 1.1. Se sugiere una mejor redacción de este numeral, por el que se propone a continuación:

Se reconoce la existencia de la normatividad (Decreto 1757/94 y Ley 1122/07), pero se determina que es importante y necesario, hacer inclusiones que permitan redefinir aspectos que son contradictorios o que tienen vacíos, tales como:

- a. Periodos de participación de los representantes.

- b. Legitimidad de las Asociaciones y otras formas de organización social en salud.
- c. Visibilización de la autoridad competente para ejercer acciones de seguimiento.
- d. Procedimientos para la difusión de la normatividad.
- e. Mecanismos efectivos para la Rendición de Cuentas.
- f. Recursos para la financiación de la Participación Social en Salud.

1.2. En este numeral, se sugiere introducir las siguientes propuestas complementarias:

- Se debe establecer una co-responsabilidad y el compromiso que adquieren los líderes y lideresas, que participan en los cursos de capacitación o en los programas de formación dirigidos a la cualificación del ejercicio de la participación social y ciudadana en salud.
- Se debe instaurar procesos de seguimiento del ejercicio participativo en salud, posterior a la formación en programas pedagógicos sobre diferentes temáticas que soporten el quehacer de la participación social.
- Definir un esquema de “Multiplicadores de los Programas de Formación de Líderes y Lideresas en Participación Social en Salud”, que permita la ampliación de la formación a otros actores sociales.
- Debe quedar claro la diferencia entre CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN. La Formación corresponde a lo Pedagógico y obedece a una Programa Educativo. Capacitación, hace referencia a actividades puntuales de una jornada o talleres específicos sobre un tema o varios temas o exposiciones informativas y de actualización.
- Es relevante en el contexto actual de la participación social en salud, direccionar esfuerzos, para la ampliación de las bases comunitarias en el grupo de jóvenes. Para lo cual, es de suma importancia, implementar metodologías, técnicas y formas diferenciales para abordar las juventudes, para lograr su compromiso, su permanencia, su liderazgo, que sean tenidos en cuenta y que además sean formados en programas Pedagógicos sobre la participación social en salud.
- Es necesario, conformar a nivel territorial, “Escuelas Pedagógicas en participación Social en Salud”, que cuenten con soporte de financiación para hacerlas sostenibles en el tiempo. Estas Escuelas, deben facilitar no solo la formación y cualificación de los actuales líderes y lideresas comunitarias que forman parte de los diferentes mecanismos y formas de participación social en salud, sino que también deben direccionarse a la ampliación de las bases comunitarias y a la formación de nuevos líderes y lideresas.

1.3. Se sugiere cambiar en la redacción que se hizo previamente de este numeral, en lo atinente al texto “...**abordando tres audiencias específicas...**”, reemplazándolo por el siguiente texto: “abordando instancias como Entes Gubernamentales, Prestadores Públicos y Privados, Aseguradores y Representantes de los Usuarios organizados en Asociaciones de Entidades Públicas y Privadas”.

1.4. Este numeral se sugiere, debe ser reemplazado por el siguiente texto:

Es indispensable generar estrategias de información, comunicación y divulgación, de la gestión que desarrollan los diferentes mecanismos de participación ciudadana existentes, con el propósito que exista una promoción de la participación social en salud, la consolidación de los grupos existentes, el seguimiento y control del quehacer de los mecanismos y otras formas de participación social y el fomento del control social de las acciones que desarrollan en representación de colectivos.

- 1.5. Se aprueba el texto que quedó redactado en este numeral, del documento que se revisa.

## **2. Análisis sobre niveles de Participación de los Usuarios en el Sistema de Salud:**

El grupo conceptuó, que lo registrado en el documento que se está revisando, respecto al abordaje de lo solicitado desarrollar en el capítulo No. 2, no da respuesta a lo solicitado.

Se propone redactar nuevamente el contenido del numeral 2, por parte de los actuales participantes.

- 2.1. La participación de los usuarios está normada en los diferentes niveles del Sistema de Salud, pero lo que se evidencia, es una participación de bajo impacto para incidir en el direccionamiento de un Sistema de Salud, y de unas agendas públicas territoriales, logrando que contribuyan a facilitar la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, que disminuyan o eliminen las barreras de acceso y las inequidades en salud. Actualmente se observa, que muchas veces los representantes de los usuarios(as)/ciudadanos(as), favorecen más al Sistema, más a la normatividad y procedimientos que se aprueban y no a la protección de los usuarios y usuarias en su derecho fundamental a la salud.
- 2.2. Debe haber una voluntad política real para el cumplimiento de los derechos y lineamientos para la participación ya consagrados en la normatividad vigente. Esta voluntad política, debe respetar la Autonomía de los mecanismos y otras formas organizacionales en salud, eliminar la instrumentalización de la participación social y favorecer la inclusión de las propuestas que llevan los líderes y lideresas a cada uno de los espacios de participación en los diferentes niveles del Sistema de Salud.
- 2.3. Reglamentar dentro del 1757/94, lo atinente a la Rendición de Cuentas obligatoria por parte de los líderes y lideresas, que han sido elegidos por colectivos para representar a la ciudadanía en los diferentes niveles del Sistema de Salud, y los demás integrantes de los diferentes mecanismos de participación social, realicen el ejercicio de control social a la gestión de esa representatividad delegada.

### **3. Análisis sobre la Rectoría y la Estructura actual Nacional, Territorial, de las Instituciones del Sector:**

El grupo conceptuó, que lo registrado en el documento que se está revisando, respecto al abordaje de lo solicitado desarrollar en el capítulo No. 3, no da respuesta a lo solicitado.

Se propone redactar nuevamente el contenido del numeral 3, por parte de los actuales participantes.

- 3.1. El Ente Rector del Sistema de Salud, dispone de un marco normativo el cual permanentemente ha continuado robusteciendo, pero cuyas normas, no han logrado desarrollar un Sistema que no colapse frecuentemente. La Rectoría actual del Sistema de Salud, se debe reformular y direccionar con base en postulados que se basen en el enfoque de Derecho Fundamental a la Salud, como ha sido sentenciado por la Corte Constitucional.
- 3.2. El ejercicio de Rectoría del Sistema de Salud, como Autoridad Sanitaria en los niveles distritales, departamentales y municipales (Secretarías de Salud), debe estar articulado y ser coherente en los lineamientos y competencias, tanto en lo normado a nivel del Sistema de Salud, como lo normado en la Ley 715/2001, para que no existan vacíos o incongruencias y se pueda dar un real desempeño como Autoridad Sanitaria Territoriales por parte de las Secretarías de Salud y desempeñar la Rectoría tanto en el sector público como privado, en todos los aspectos de la Conducción, Regulación e Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Territorial de Salud.
- 3.3. Debe fortalecerse en el Decreto 1757/94, la representatividad e incidencia de los líderes y lideresas de los mecanismos y otras formas organizacionales en salud, en la estructura actual Nacional y Territorial del Sistema de Salud, respecto a los diferentes ejes de la Rectoría, tales como: La Conducción, la Prestación de Servicios de Salud y la Inspección, Vigilancia y Control del Sistema.
- 3.4. Hacer cumplir y reglamentar el Art. 42 de la Ley 1122/2007, en la creación de la figura del Defensor del Usuario, que dependerá de la Supersalud y la Defensoría del Pueblo, buscando que la gestión efectiva en defensa de la ciudadanía, aporte a la Rectoría del Sistema de Salud.
- 3.5. Que la Rectoría y Estructura del Sistema, no vea la Participación Social, como la "Cenicienta del Sistema de Salud", sino que le de la preponderancia y jerarquía que merece la participación como un mecanismo, un medio, un fin y un ejercicio democrático dentro de un Estado Social de Derecho.

Se incluyen en este Capítulo aportes respecto al análisis de la Matriz de Conclusiones, en la temática de Rectoría y Estructura:

#### SITUACIÓN ACTUAL:

Se recomienda que quede en forma más precisa en lo atinente de Situación Actual, que no existe en la Estructura a Nivel Nacional y Territorial, una Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, que dé línea técnica, la asesoría y asistencia técnica, el seguimiento, vigilancia y control y evaluación de la gestión integral de la participación social y del servicio al ciudadano, que articule actores institucionales y sociales y la sistematización del conocimiento social, para la incidencia en el Direccionamiento y Mejoramiento del Sistema de Salud.

Se incluyen las propuestas adicionales:

- 3.6. Definir perfiles y competencias, de los funcionarios y funcionarias idóneas para formar parte de las Dependencias de Participación Social y Servicio al Ciudadano (Atención al Usuario) en Salud.
- 3.7. Definir en las Estructuras Nacionales y Territoriales, las Direcciones de Participación Social y Servicio al Ciudadano/Atención al Usuario.
- 3.8. Establecer el desarrollo de un Sistema Nacional de Información sobre la gestión integral de los componentes de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, para que se pueda sistematizar la información en línea (Gobierno en línea), tomar decisiones basadas en hechos y datos, compartir y democratizar la información sobre el conocimiento social sistematizado, realizar la rendición de cuentas y generar el mejoramiento continuo de la gestión de estos ejes de la participación social y ciudadana.
- 3.9. Que se estructure una Política Pública de Participación Social y Ciudadana en Salud, que dé líneas de rectoría en el quehacer de la Participación Social, del Servicio a la Ciudadanía en salud y de las Veedurías en Salud.

#### **Sub-Mesa N° 3**

**Relatora:** Blanca Lilia Ardila

1. No aceptamos que la salud sea manejada como una mercancía, sino que se debe respetar como un derecho fundamental. En tal sentido, no se debe hablar de rentabilidad económica sino de rentabilidad social.

2. Se requiere de una reforma estructural al Sistema; pero no puede ser contradictoria, ya que consideramos que lo ideal es implementar la estrategia de APS; la cual riñe con el Sistema de Aseguramiento actual. En ese sentido nos acogemos a la definición de APS dada en Alma Ata en 1978 “La APS es el conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación. La Atención Primaria forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal”.
3. El derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado y debe ser universal y con calidad.
4. El ciudadano debe ser el eje central del Sistema y debe ser el Estado quien le garantice el derecho a la salud.
5. El Sistema debe garantizar el derecho a la participación con decisión y debe superar lo establecido en el Decreto 1757 de 1994; es decir, no se puede limitar a estructurar las formas de participación sino que debe contemplar todo el ejercicio de participación en salud.

La participación debe tener las siguientes características:

- Con decisión e incidencia
- Equitativa
- Democrática
- Representar la voluntad de las mayorías
- Autónoma
- Con financiamiento
- 

La reforma debe ser concordante con la nueva estructura del Ministerio, es decir, lo central no debe ser el Aseguramiento sino la participación Social y Comunitaria; para garantizar el derecho a la Salud.

La reforma debe superar la prestación de los servicios y debe garantizar el derecho a la salud, a partir del trabajo intersectorial.

La reforma debe acoger las órdenes dadas en la Sentencia T 760, sobre el derecho fundamental a la salud.

#### **Sugerencias:**

1. Que se conforme una comisión de seguimiento a las propuestas realizadas por la mesa de Usuarios, para garantizar que sean tenidas en cuenta en la elaboración del proyecto de Ley de Reforma.
2. La relatoría general de la mesa de usuarios debe ser presentada con el siguiente encabezado:
  - a. La salud debe ser un derecho fundamental garantizado por el Estado.
  - b. La participación es un derecho fundamental, con las siguientes características....
  - c. Queremos y exigimos una reforma estructural de la salud.
  - d. Todo lo demás que se considere necesario
  - e. Propuestas.
3. Que se envíe copia de la relatoría general de la mesa de usuarios a la Corte Constitucional.

#### **CONCLUSIONES Y APORTES FRUTO DE LAS DISCUSIONES EN PLENARIAS**

##### **Condiciones para participar en el SGSSS:**

- Definición de la rectoría desde el ministerio en estructura y lineamientos, involucrando con mecanismos precisos el sector público y privado de la salud. Es importante clarificar y establecer la autoridad competente para dar el aval, lograr la legalización y definir los perfiles para acompañar las asociaciones de usuarios y criterios de elegibilidad para los cargos de representatividad.
- Establecer mecanismos de participación vinculante para que ésta sea efectiva.
- Diseñar e implementar estrategias de comunicación e información específicamente para promover la participación en salud.
- Fortalecer la organización de los usuarios en cuanto a menos formas para detener la atomización y establecer con mayor claridad las funciones en la que la asociación de usuarios sea el centro del proceso de participación en salud.
- Crear lineamientos y mecanismos de financiamiento de acciones de la asociación de usuarios mediante planes y proyectos y de actividades que faciliten el encuentro regional y nacional. *NOTA: solicitar exenciones para el pago de impuestos aunque se constituyan con personería jurídica).*
- **Desarrollo de capacidades para participar:**

- Desarrollar un programa nacional de educación en participación ciudadana implementado en todo el territorio involucrando al sector privado y público.
- Educación a funcionarios para cualificar el sentido y la importancia de la participación.
- Capacitar a las asociaciones de usuarios en los procesos de planeación territorial en salud y en gestión local.
- **Motivaciones y sentido de la participación:**
- Es necesario establecer metas y visibilizar resultados que den cuenta de la efectividad de la participación en cuanto al mejoramiento en lograr calidad en los servicios de salud, mejoramiento en el acceso y de las condiciones que permiten disfrutar del derecho a la salud.
- Socialización de los procesos y acciones de la participación prioritariamente en cuanto a información de normatividad, convocatorias, seguimiento y evaluación.
- Lineamientos del rol que cada actor del sistema tiene articulado a procesos territorialmente mediante el involucramiento de las autoridades locales.
- Se propone que para que la salud sea realmente un derecho y no una mercancía, la Ley 100/93 debe ser derogada y que la nueva ley sea estatutaria que garantice el derecho a la salud para todas y todos los colombianos.
- La tramitología impide la atención oportuna, no se ha cumplido la sentencia en lo referente a disminución de trámites para lograr la atención en salud
- No se han cumplido las normas contempladas en la ley 10 de 1989 y la ley 100 de 1993 en lo relacionado con la obligatoriedad del servicio de urgencias, por falta de divulgación de las normas y falta de voluntad de las IPS e IPS para darles cumplimiento
- El tema de la participación no puede ser analizado aisladamente, debe ser analizado dentro de la propuesta de reforma del sistema en su conjunto, en las propuestas de ley pueden haber capítulos que violen la participación, aún cuando esta se consagre como un principio.
- La crisis del Sistema de Salud es integral, no solo financiera, en el 2009 el presupuesto de salud fue de 36 billones de pesos de los cuales entre el 30 y el 32% se quedaron en las intermediarias
- Según la encuesta de la Defensoría del Pueblo 34% de los médicos y enfermeras consultados manifiestan que las directivas de las EPS los limitan para ordenar exámenes y consultas con especialistas, lo que es un sistema perverso, se cree que aún cuando el 34% es una cifra subvalorada, es una cifra suficientemente elevada.

- La comisión de seguimiento a la sentencia t 760 piensa que es muy importante que los jueces hayan intervenido a través de las tutelas, pero esto tiene una gran limitante: los jueces no tienen el conocimiento médico y tienen que resolver casos de flagrancia y cual es el debido proceso en caso de un paciente que muere por falta de atención. Tampoco es bueno para el sistema de salud que sean los jueces quienes resuelvan las inequidades. por ejemplo el médico ordena un procedimiento Y El Juez no sabe si en Colombia hay acceso o no a la tecnología
- Los derechos de los ciudadanos deben ser respetados en los regímenes: subsidiado, contributivo y de riesgos profesionales.
- No nos debemos ser adoradores de la participación por la participación misma sin conocer y analizar la lógica del sistema
- Una de las grandes tensiones del sistema de salud es que cuando una EPS aprueba un procedimiento lo hace con la lógica de la ganancia, el proyecto de ley pretende que el problema es una consecuencia coyuntural por la falta de recursos, y el problema fundamental es qué características debe tener un sistema de salud que garantice el derecho fundamental a la salud que es el derecho a la vida, esencia de la Constitución del 91.
- Los costos de bolsillo son muy gravosos para los usuarios del régimen subsidiado (copagos y cuotas moderadoras), y se constituyen en una barrera de acceso a los servicios.
- En la normatividad de la reforma del Sistema de Salud debe quedar reglamentada la rectoría y financiación de los procesos participativos en los diferentes niveles del Sistema.
- La participación ciudadana es concebida desde la CN solo como control social, la enmarca en la vigilancia y no en la construcción de políticas, planes y programas; por tanto en la reforma del sistema se deben contemplar estrategias que posibiliten la participación de las comunidades organizadas en la construcción y vigilancia de políticas, planes y programas de salud, que posibiliten dar respuesta a las necesidades reales de las comunidades en el contexto de las condiciones geográficas, ambientales, sociales y culturales que las determinan, esta participación es la que desde Alma Ata se concibió como uno de los soportes de la Atención Primaria en Salud.
- La crisis del sistema de salud no responde a una crisis económica, en Colombia hay suficientes recursos presupuestales para dar una cobertura de servicios con calidad a la totalidad de los colombianos, no cubiertos por el régimen contributivo. La crisis del sistema se debe a la intermediación y a la corrupción por ejemplo algunas IPS facturan el 700% de lo que vale un medicamento en una farmacia .La posición de la Defensoría es no se necesitan mas recursos económicos para salud.
- No se ha analizado dentro de los diagnósticos que sirven de base a la reforma lo que aportan los usuarios como copagos y cuotas moderadoras y que porcentaje de sus ingresos gastan los usuarios para sostener su propia salud.

- Aún cuando la Ley 100% favoreció a usuarios del régimen subsidiado ya que antes de la expedición de esta ley los servicios se consideraban como caridad para los que no tenían capacidad de pago, el POS restringido, las demoras en la asignación de citas, la mala calidad de los servicios, las problemáticas en la contratación de IPS, hacen que se esté lejos del disfrute de un real derecho a unos servicios de salud oportunos y con calidad.
- Aún cuando la ley habla que toda EPS e IPS pública o privada debe tener Asociación de Usuarios, en la práctica se ha podido verificar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, que las Entidades Privadas en su gran mayoría, no cumplen con esta norma ni los organismos de control obligan a su cumplimiento.
- Los veedores ciudadanos deben ejercer veeduría sobre los procesos de contratación, para tal efecto, deben tener acceso a los contratos a los cuales les van a hacer veeduría
- El Sistema de control de riesgos profesionales no cuenta con mecanismos o espacios de participación,
- El FOSYGA fondo manejado por una fiducia, que maneja recursos billonarios de salud, tampoco tiene mecanismos de planeación, control o veeduría por parte de los Usuarios del Sistema.
- Los proyectos de reforma del Sistema no tocan los problemas de intermediación, las cadenas de intermediación suben los precios de medicamentos equipos e insumos en proporciones astronómicas, el gobierno debería adquirir o importar directamente estos insumos y venderlos a EPS ESE e IPS, a través de las Direcciones Territoriales de Salud, con lo que se bajarían los costos en forma considerable.
- En la reforma se debe incluir cómo va hacer la participación de los usuarios en el sistema general de riesgos profesionales?
- En la reforma se debe establecer claramente cuáles son las funciones de la defensoría del usuario para que no choquen con las funciones de defensoría, de las asociaciones de usuarios y cuál va a ser la relación de estos dos estamentos de defensa de los usuarios.
- Se propone que la figura de defensor del usuario se denomine defensor del ciudadano en salud, defensor que debe ser elegido por parte de las asociaciones de usuarios en los correspondientes entes territoriales.
- La propuesta de la mesa de los usuarios debe tener unas precisiones básicas: asignación de recursos para fortalecer los procesos de participación, la participación de los ciudadanos en el sistema de salud aunque incluye la participación de los usuarios, debe ser más amplia, fundamentada en los derechos ciudadanos y así mismo debe involucrar a todas las organizaciones sociales que trabajan por la salud.

- EL Ministerio de Protección Social debe buscar la estrategia para involucrar en ésta consulta a los grupos étnicos y a otros grupos sociales que no están representados en esta mesa.
- La participación social en el sistema de salud debe ser democrática, representativa, efectiva y equitativa.
- Actualmente en el sistema de salud hay una incipiente participación en los sectores público y solidario, en el sector privado no se ha desarrollado y los organismos de control no han hecho cumplir la normatividad vigente.

## Resúmen de los Planteamientos

### 1. CONCLUSIONES GENERALES

1.1 La razón fundamental del SGSSS, son los ciudadanos y ciudadanas, la organización del Sistema debe ser un medio para el disfrute pleno del derecho fundamental de la salud para todos los Colombianos y Colombianas

1.2 El objetivo de los procesos participativos en materia de salud debe ser la defensa de la salud como derecho, no solo la defensa del acceso a los servicios de salud.

1.3 El Sistema debe garantizar el derecho a la participación superando lo establecido en el Decreto 1757 de 1994; es decir, la reglamentación de la participación en el Sistema no se puede limitar a estructurar las formas de participación sino que debe contemplar todo el ejercicio de participación en salud, con las siguientes características:

- Con decisión e incidencia
- Equitativa
- Democrática
- Que Represente la voluntad de los ciudadanos y ciudadanas
- Autónoma.
- Basada en el diálogo y concertación entre organizaciones y de éstas con las instituciones del sector y de otros sectores.
- Con apoyo institucional (Rectoría y financiamiento)
- Con enfoque diferencial y perspectiva de género.
- Con liderazgo ciudadano y comunitario
- Con reconocimiento legal por parte de las instituciones del sector y de los organismos de control.

1.4 El Ministerio de Protección Social debe buscar la estrategia para involucrar en ésta consulta a los grupos étnicos y a otros grupos sociales que no estuvieron representados en las mesas temáticas.

1.5 Como estrategia para que las conclusiones de esta mesa de trabajo no queden como un documento más, sin ninguna trascendencia y sin cumplimiento a lo propuesto, los y las integrantes de la mesa de Usuarios, delegaron a un grupo de sus integrantes para conformar una COMISIÓN DE SEGUIMIENTO al presente documento y posicionarlo ante el Ministerio de la Protección Social, las Instancias Legislativas y ante la Corte Constitucional.

## **2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA:**

### **2.1 Principales Problemáticas**

- La normatividad existente en materia de participación en salud, fue importante en su momento (*decreto 1757/94 y Ley 1122/07*), al crear nuevas formas de participación en el sector, sin embargo, se queda corta en cuanto a reglamentar alcances de la participación; a quien corresponde hacer nombramientos y delegaciones de los representantes de las organizaciones ante espacios de toma de decisiones y para que periodos, a que estamento corresponde otorgar la base legal de las asociaciones que trabajan por la salud; no se visibiliza la autoridad competente para dar lineamientos y desarrollar acciones que favorezcan la participación, difundir la normatividad y hacerla cumplir tanto en las Instituciones públicas como en las privadas. En resumen, la propuesta institucional para propiciar la organización y participación de los ciudadanos en el sector, es insuficiente, limitada y fragmentada.
- Se reconoce la existencia de múltiples organizaciones que trabajan por la salud, pero que por lo general son débiles, poco representativas, desarticuladas entre sí, y sin reconocimiento de las instituciones del sector, que no responden a sus solicitudes y reclamos y crean barreras para su real participación
- La participación en salud ha tenido algunos niveles de desarrollo en los sectores público y solidario, en el sector privado prácticamente no se ha desarrollado y su acción se ha orientado especialmente a los procesos de vigilancia y control social, por tanto se requieren desarrollos normativos en Planeación, Salud Pública, Aseguramiento y Desarrollo de servicios, que promuevan la participación activa de las comunidades en los procesos de promoción, prevención, planeación y gestión local en salud.
- La respuesta institucional ha sido bastante tímida para permitir la participación ciudadana y comunitaria a nivel de toma de decisiones.
- Son problemas estructurales que inciden en los bajos niveles de participación en el Sistema el que no hemos sido formados para participar y que las instituciones interponen barreras de acceso a la participación.
- No se conocen los resultados e impacto de los procesos de participación social en salud, a nivel Nacional y Regional, esto porque la información, sistematización y divulgación de

estas acciones, en los diferentes niveles e instituciones del Sistema, es prácticamente inexistente.

- La participación no se está dando en la formulación ejecución y evaluación de políticas, planes y programas, por lo general la participación de los ciudadanos se utiliza para validar decisiones ya tomadas.
- Las Asociaciones de Usuarios y demás organizaciones que trabajan por la salud, actúan en forma aislada, no se ha favorecido ni propiciado su acción en red, lo que facilitaría el cumplimiento de sus objetivos relacionados con la defensa de los derechos de los usuarios.
- La respuesta, compromiso y apoyo institucional de las autoridades de salud a las organizaciones de usuarios, es deficiente en razón a la falta de reglamentación precisa en cuanto a la responsabilidad institucional de apoyar con recursos humanos, técnicos y financieros, el funcionamiento y sostenibilidad de las organizaciones sociales que trabajan por la salud.
- Se ha definido pero no se ha reglamentado, la participación democrática y equitativa de los usuarios en los niveles de rectoría del Sistema.
- Como lo afirma la Corte Constitucional, el voluminoso número de tutelas que los ciudadanos tienen que interponer para acceder a los servicios de salud, demuestra la no efectividad del actual Sistema de Salud. Igualmente existe debilidad de los organismos públicos de control (Superintendencia de salud y otros) que no garantizan que los prestadores del servicio cumplan con sus obligaciones frente a la salud de los Colombianos y Colombianas. Así mismo, tampoco son eficaces los mecanismos internos de participación de los usuarios para representar y proteger la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, dado que se tiene que recurrir de manera individual a un juez, que por lo general no tiene suficiente conocimiento del sistema, para acceder a servicios, que en el 60% de los casos, según la Defensoría del Pueblo, hacen parte del POS.
- La sola designación de un representante de la Superintendencia como fórmula de participación delegada, no garantiza fortalecer el control social, y se puede prestar a una forma más de clientelismo en el Sistema.
- En términos generales, se evaluaron en conjunto las deficiencias y limitaciones del Sistema, que han afectado los mecanismos de participación contemplados en la Ley 100 y su reglamentación, lo que muestra grandes limitaciones en cuanto a la garantía del derecho de los ciudadanos a participar.

- De acuerdo con lo estipulado en la Ley 1122/2007 en relación con la figura del Defensor del Usuario, al ser declarado inexecutable el Art. 42 por la Corte Constitucional, no se ha podido reglamentar su financiamiento.
- No existe en las estructuras administrativas del nivel Nacional, Departamental y Municipal de Salud, unidades administrativas que proporcionen los lineamientos y directrices, promuevan la organización, información y capacitación a los usuarios y ciudadanos en general, con relación a sus derechos y obligaciones sociales frente a la salud, a excepción de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- En el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud solo hay un representante de los Usuarios, que no tiene interacción con las organizaciones de usuarios, ni fue delegado por estas.
- Existen debilidades en la aplicación del enfoque diferencial, contemplado en la Ley 691 de 2001, para el desarrollo de algunos programas, y no se ha difundido con suficiencia esta normatividad.
- Aún cuando a nivel nacional, se reglamentaron en el presente año, los eventos de Rendición de Cuentas por parte de todas las Entidades Estatales, no se da a los participantes información previa, ni se desarrollan metodologías que permitan una efectiva participación ciudadana.
- El Sistema de Riesgos Profesionales no cuenta con mecanismos o espacios de participación.
- El FOSYGA, fondo manejado por una fiducia, que maneja importantes recursos de salud, no cuenta con mecanismos de planeación, control o veeduría por parte de los Usuarios del Sistema.

## **2.2 LOS PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS EN PARTICIPACIÓN:**

- En desarrollo del SGSS los usuarios han tenido oportunidad de participar en algunos escenarios en los que han podido proponer y ser oídos, sin tener una incidencia real en la toma de decisiones.
- En el País, se pueden observar varias experiencias exitosas en materia de participación en salud, no sistematizada y poco divulgada.
- Mediante el uso de mecanismos jurídicos de participación ciudadana como los derechos de petición, tutelas y demás herramientas jurídicas, se ha logrado el acceso a los servicios de las personas que conocen y saben utilizar estos mecanismos.

- Varias organizaciones de usuarios han logrado participar en las redes de control social institucionales, para la defensa de los usuarios.
- Se ha fomentado el Plan de Formación para el Control Social a la gestión pública, conformando la Red de Control Social a nivel de los Departamentos, a través del cual se han organizado de 2 Diplomados sobre participación y control social, uno a nivel institucional y otro a nivel comunitario.
- En Bogotá se ha avanzado en la organización y participación de los ciudadanos en salud, favorecida por la existencia de una Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano en la Secretaría Distrital de Salud y la formulación; la implementación de una Política Pública Distrital de Participación Social y Ciudadana en salud; y la coordinación entre la Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
- Si bien no se evidencia participación en la formulación, seguimiento y evaluación de planes de salud, en la nueva EPS se tiene esta posibilidad.

### **3. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD:**

- 3.1 La participación de los ciudadanos y de sus organizaciones, debe ser promovida en todo el territorio Nacional, con un carácter decisorio y vinculante, en la formulación y orientación de políticas; en la asignación y administración de recursos; en la formulación; control y evaluación de planes, programas, proyectos y en la vigilancia de los recursos y de los procesos de contratación. Esta participación se debe dar a través de formas participativas equitativas en su conformación, que favorezcan igual representación de las comunidades y de las instituciones y que respeten los entornos socioeconómicos y culturales de los territorios donde se desarrollen estos procesos, con un enfoque diferencial.
- 3.2 Definir la participación social en el desarrollo de los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo de la estrategia de Atención Primaria, retomando la figura del promotor de la salud, como referente comunitario. Igualmente se debe reconocer el derecho de la comunidad al acceso a la información epidemiológica y de barreras de acceso del sector.
- 3.3 Es indispensable generar estrategias de información, comunicación y divulgación, de la gestión que desarrollan los diferentes mecanismos de participación ciudadana existentes, con el propósito que exista una promoción de la participación social en salud, la consolidación de los grupos existentes, el seguimiento y control del quehacer de los mecanismos y otras formas de participación social y el fomento del control social de las acciones que desarrollan en representación de colectivos.

- 3.4 Incluir en la estructura del Ministerio de Salud y de las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud Direcciones de Participación Social, que direccionen y apoyen los procesos participativos; provean los recursos; favorezcan la participación ciudadana y comunitaria en los diferentes niveles y procesos del sistema; definan e implementen estrategias pedagógicas y recursos para posibilitar la participación ciudadana y comunitaria y vigilen el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de participación, en todas las instituciones del sistema, tanto públicas como privadas
- 3.5 Reglamentar la participación de los usuarios en el sistema general de riesgos profesionales
- 3.6 Establecer claramente cuáles son las funciones de la defensoría del usuario para que no choquen con las funciones de defensoría, de las asociaciones de usuarios y cuál va a ser la relación de estos dos estamentos de defensa de los usuarios.
- 3.7 Se propone que la figura de defensor del usuario se denomine defensor del ciudadano en salud, defensor que debe ser elegido por parte de las asociaciones de usuarios en los correspondientes entes territoriales.
- 3.8 En los diferentes niveles del sistema se deben asignar los recursos Humanos, técnicos y financieros necesarios para fortalecer los procesos de participación

#### **4. La reglamentación de Participación Social en el SGSSS debe contemplar:**

- 4.1 Estrategias, metodologías y recursos Humanos y financieros necesarios para el fortalecimiento de la organización y participación de las comunidades en los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad; elaboración de diagnósticos territoriales de salud, priorización de recursos y formulación; gestión, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos de salud, definiendo los perfiles de los profesionales que deben acompañar estos procesos en las Instituciones de salud y en los niveles de dirección del Sistema
- 4.2 Estrategias de información, comunicación y divulgación, de la gestión que desarrollan los diferentes organizaciones y mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, con el propósito que exista una promoción y reconocimiento de la participación social en salud, la consolidación de los grupos existentes y el fomento del control social que desarrollan los colectivos sociales

- 4.3 Fortalecimiento del Consejo Nacional de SEGURIDAD Social y los Consejos Territoriales, aumentando el número de los representantes de las organizaciones comunitarias, y estableciendo que sean elegidos por las organizaciones que representan.
- 4.4 Periodos de participación de los representantes a diferentes espacios de toma de decisiones.
- 4.5 La Base legal de las Asociaciones y otras formas de organización social en salud, reglamentando Entidad que concede personerías jurídicas y exención de impuestos para estas organizaciones que no persiguen ánimo de lucro sino defensa del derecho a la salud.
- 4.6 Definición de la autoridad competente para ejercer acciones de seguimiento a los procesos participativos.
- 4.7 Procedimientos para la difusión de la normatividad del sistema en general y de participación en particular.
- 4.8 Definición de mecanismos efectivos para la participación en la Rendición de Cuentas.
- 4.9 Definición de las fuentes de Recursos para la financiación de la Participación Social en Salud.
- 4.10 Definición de la co-responsabilidad y compromiso de los líderes y lideresas con sus organizaciones, a través de acciones de seguimiento y estímulo que promuevan la multiplicación de los conocimientos recibidos sobre diferentes temáticas relacionadas con su quehacer participativo.
- 4.11 Implementación de metodologías, técnicas y formas diferenciales para abordar y comprometer a los jóvenes en procesos participativos, lo que contribuye a la ampliación y cualificación de las bases participativas
- 4.12 Conformación a nivel territorial, de “Escuelas en participación Social en Salud”, que cuenten con soporte de financiación para hacerlas sostenibles en el tiempo. Estas Escuelas, deben facilitar no solo la formación y cualificación de los actuales líderes y lideresas comunitarias que forman parte de los diferentes mecanismos y formas de participación social en salud, sino que también deben direccionarse a la ampliación de las bases comunitarias y a la formación de nuevos líderes y lideresas, y a través de ellas se deben

implementar didácticas y pedagogías de educación basada en el diálogo de saberes, en la educación para la democracia y la construcción de ciudadanía.

- 4.13 Establecimiento de mecanismos para informar, monitorear y evaluar y los procesos de participación en salud.

## **RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS GENERALES PARA EL SISTEMA DE SALUD**

### **5. PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS DEL ACTUAL SGSS**

- 5.1 En el actual SGSSS la salud se concibe como un negocio y no como derecho fundamental, conexo con el derecho a la vida, la prevención y atención de la enfermedad se prestan en la lógica del mercado y no en la lógica del derecho a la salud, deshumanizando la prestación de los servicios de salud.
- 5.2 La crisis del sistema de salud es estructural, no responde únicamente a una crisis financiera, el sistema tiene suficientes recursos presupuestales para dar una cobertura de servicios con calidad a la totalidad de los colombianos y colombianas, no cubiertos por el régimen contributivo. La crisis del sistema se debe a la intermediación y a la corrupción, en el 2009 el presupuesto de salud fue de 36 billones de pesos de los cuales entre el 30 y el 32% se quedaron en las intermediarias (información de la Defensoría del Pueblo).
- 5.3 La tramitología impide la atención oportuna, no se ha cumplido la Sentencia T 760 en lo referente a disminución de trámites para lograr la atención en salud.
- 5.4 No se han cumplido las normas contempladas en la ley 10 de 1989 y la ley 100 de 1993 en lo relacionado con la obligatoriedad del servicio de urgencias, por falta de divulgación de las normas y falta de voluntad de las EPS, ESE e IPS para darles cumplimiento
- 5.5 Según la encuesta de la Defensoría del Pueblo 34% de los médicos y enfermeras consultados manifiestan que las directivas de las EPS los limitan para ordenar exámenes y consultas con especialistas, lo que es un sistema perverso; se cree que aún cuando el 34% es una cifra subvalorada, es una cifra suficientemente elevada, ya que esta situación es muy grave puesto que conlleva a diagnósticos errados que contribuyen a aumentar los índices de mortalidad por causas que pueden ser evitables.
- 5.6 Los derechos de los ciudadanos no están siendo respetados en los regímenes Subsidiado, Contributivo y de Riesgos profesionales, por ejemplo, no se están entregando a los usuarios el portafolio de servicios y la carta de medicamentos a que tienen derecho, según la normatividad vigente
- 5.7 Una de las grandes tensiones del sistema de salud es que cuando una EPS niega un procedimiento lo hace con la lógica de la ganancia, el Sistema pretende que el problema es una consecuencia coyuntural por la falta de recursos, y el problema fundamental es: ¿qué

características debe tener un sistema de salud que garantice el derecho fundamental a la salud que es el derecho a la vida, esencia de la Constitución del 91?

- 5.8 Los costos de bolsillo son muy gravosos para los usuarios de los regímenes subsidiado y contributivo (copagos y cuotas moderadoras), y se constituyen en una importante barrera de acceso a los servicios. No se ha analizado dentro de los diagnósticos que sirven de base a la reforma, lo que aportan los usuarios como copagos y cuotas moderadoras y que porcentaje de sus ingresos gastan los usuarios para sostener su propia salud.
- 5.9 Aún cuando la Ley 100 favoreció a usuarios del régimen subsidiado ya que antes de la expedición de esta Ley los servicios se consideraban como “caridad” para quienes no tenían capacidad de pago, el POS restringido, las demoras en la asignación de citas, la mala calidad de los servicios, las problemáticas en la contratación de IPS, hacen que se esté lejos del disfrute de un real derecho a unos servicios de salud oportunos y con calidad.
- 5.10 Los proyectos de reforma del Sistema no tocan los problemas de intermediación; las cadenas de intermediación suben los precios de medicamentos equipos e insumos en proporciones astronómicas, el gobierno debería adquirir o importar directamente estos insumos y venderlos a EPS ESE e IPS, a través de las Direcciones Territoriales de Salud, con lo que se bajarían los costos en forma considerable.

## **6. Recomendaciones para la Reforma del Sistema**

- 6.1 Para que la salud sea realmente un derecho y no una mercancía, la Ley 100/93 debe ser derogada o reformada estructuralmente con la participación activa de la ciudadanía y que se promulgue una nueva ley estatutaria o estatuto de la salud que garantice el derecho a la salud para todas y todos los residentes en el país.
- 6.2 Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho fundamental a la salud, según las condiciones internacionalmente aceptadas de accesibilidad, oportunidad, calidad, planificación y financiación, de manera democrática, participativa y descentralizada, humanizando la prestación de los servicios de salud
- 6.3 El SGSS debe garantizar el derecho fundamental a la salud con enfoque diferencial que reconozca las necesidades diversas derivadas de las realidades territoriales, de los géneros, las etnias, las culturas, las generaciones, las situaciones de discapacidad, en una perspectiva de equidad e inclusión social.
- 6.4 Se debe mantener como uno de los principios rectores del Sistema la Participación Social, consagrada en la Ley 100 de 1993.
- 6.5 Para la prevención y atención de la enfermedad el nuevo sistema requiere una reestructuración financiera en cuanto al origen, la distribución y el manejo de los recursos económicos disponibles; los actuales recursos serían suficientes si no se queda en manos de los intermediarios un alto porcentaje de los mismos, y si se vigila con eficacia, por parte

de los organismos de control en coordinación con las comunidades organizadas, su asignación y utilización.

6.6 Aún cuando la intermediación de las aseguradoras no desaparezca en el nuevo sistema de salud, los planes, programas y proyectos preventivos no deben estar intermediados, deben ser responsabilidad estatal, para que se garantice su universalidad e integralidad de acuerdo con las condiciones de cada región del País.

6.7 La promoción de la salud y el desarrollo de la salud pública solo será posible, si el sector salud en su gestión se articula con otros sectores y políticas económicas, sociales y ambientales, que procuren el desarrollo integral de las comunidades con un enfoque de equidad, que permita superar las desigualdades injustas y mejorar las condiciones de vida, que están determinando los procesos de salud-enfermedad. Los recursos Humanos, técnicos, físicos y financieros de la promoción de salud deben ser derivados de planes territoriales de desarrollo equitativos, elaborados con participación social y que partan de indicadores de calidad de vida que por lo general coinciden con los indicadores de salud, y que por tanto deben ser de responsabilidad directa de Alcaldes y Gobernadores con la Asistencia técnica y control, de las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de salud.

6.8 La mejor estrategia para aumentar la cobertura del régimen contributivo es la implementación de una política social que fomente el empleo formal

6.9 Se propone crear la figura del zar anticorrupción en salud

6.10 El plan obligatorio de salud "POS" debe ser único y debe incluir la totalidad de medicamentos, procedimientos, ayudas diagnósticas e instrumentos ortopédicos y quirúrgicos, auditivos y oftalmológicos y demás elementos indispensables para preservar la vida, la autonomía y la dignidad de las personas, y que en la actualidad solo se obtienen a través de procesos jurídicos como las tutelas, acciones de grupo y otros, a los cuales no tiene acceso un alto porcentaje de la población Colombiana, por barreras geográficas, culturales o por gravedad de la enfermedad que no posibilita la tramitación inherente a los mecanismos jurídicos.

6.11 Para la financiación del POS propuesto, si los recursos actuales son insuficientes, se proponen las siguientes fuentes de financiación:

- El 4 por 1000, de las operaciones bancarias.
- Un porcentaje del impuesto a la guerra
- Un porcentaje de las Regalías.
- El 2% de todas las transacciones que se realicen con tarjetas de crédito
- Un Porcentaje de los dineros y bienes confiscados al narcotráfico