

## **PROYECTO DE DECRETO QUE REGLAMENTA LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL COMPONENTE DE SERVICIOS, MEDIANTE LAS HERRAMIENTAS DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD Y EQUIPOS BASICOS DE SALUD**

### **1. COMENTARIOS GENERALES**

El grupo de salud pública ha sido reiterativo en las distintas reuniones relacionadas con la APS y en sus aportes al equipo del Ministerio definido para su desarrollo y reglamentación, en la necesidad y obligatoriedad de sustentar la estrategia, no solo en los artículos de la 1438 que hacen explícita referencia a la misma, sino que es necesario garantizar armonización legal y de política pública con la totalidad de marcos vigentes relacionados con la salud pública, los modelos de atención, la prestación de servicios, las dinámicas intersectoriales, la participación, el aseguramiento, los resultados en salud, la totalidad de actores comprometidos con la salud y su atención desde una perspectiva de derechos y determinantes sociales de la salud.

Así, el gráfico que acompaña el envío del proyecto de decreto en el que se presentan los componentes y herramientas es confuso en los desarrollos esperados y en la relación con los equipos básicos de salud.

A partir de este inicio, consideramos de especial relevancia que el grupo técnico de las distintas áreas del MSPS que se venía reuniendo con antelación, vuelva a retomar estos desarrollos, dado que desde hace varios meses esto fue suspendido, y se conoce el decreto unos días antes de su publicación por página web.

Con respecto al decreto en sí mismo se encuentran los siguientes comentarios de orden general:

- Es complejo desde la perspectiva de la reglamentación y su armonía establecer condiciones a las redes integradas de servicios de salud, sin las definiciones previas de los modos de atención (que incluso son amplios en lo definido en la ley 1122 de 2007) y de las transformaciones de los servicios de salud para que la APS sea una estrategia que garantice mejoras relevantes en la salud de las poblaciones.
- En la versión inicial (no publicada) no se hacía ninguna referencia a la ley 715 de 2001, norma estructural en las competencias departamentales y municipales, no solo desde la perspectiva de la calidad de servicios, sino también en relación con el aseguramiento, la garantía de la salud de las poblaciones, la salud pública, la prestación, supervisión, vigilancia y armonización de servicios de salud. Esta falencia fue expresada por el equipo de salud pública en reunión programada con la Dirección de Prestación de Servicios y APS el día 5 de marzo del año en curso.
- En la versión publicada se incluye en el considerando algunos de estos aspectos, lo que ratifica lo expresado en dicha reunión, en términos de que reglamentar las redes, no solo debe tener en cuenta lo expresado por la 1438 sino que debe tomar en cuenta lo definido en leyes anteriores y sus reglamentaciones propias. Adicionalmente y a pesar de

este cambio en los considerandos, no se encuentran transformaciones en el articulado que dé cuenta de un análisis detallado de las competencias y responsabilidades vigentes para las entidades territoriales, las EPS, las IPS y otras instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Salud e incluso del mismo Ministerio como Autoridad Sanitaria.

- Las distintas leyes vigentes en el Sistema de Seguridad Social establecen una perspectiva amplia de servicios, algunos considerados en varias de ellas como de especial atención en relevancia, como por ejemplo cáncer, materno infantil, salud mental. Esto fue igualmente expresado en la reunión, recibiendo la respuesta de que no existirían redes especiales. En este sentido y desde la perspectiva de salud pública consideramos que esta decisión debilita la actuación y organización de los servicios en campos de absoluta prioridad para lograr mejoras significativas en la salud.
- El no reconocimiento de la integración de redes y la especial relevancia de algunas de ellas, atenta contra las ganancias esperadas del trabajo en red, en términos de seguridad de los pacientes y la efectividad de medidas de vigilancia y control que pueden sustentarse en la diferenciación de algunas redes.
- El decreto en su conjunto desconoce la política de seguridad del paciente y aspectos centrales de la política de prestación de servicios.
- En el contexto de la Atención Primaria en Salud y su reglamentación integral sería deseable contar con acuerdos mínimos sobre los modos de atención y sus interrelaciones con las redes integradas, así como las exigencias que los resultados en salud imponen a la concepción y organización de redes.
- Sería de especial relevancia que el decreto garantizara en sus desarrollos la armonía normativa en campos tan sensibles como el aseguramiento y la salud pública. Debe hacerse énfasis como se hizo en la reunión en que reglamentar servicios, genera efectos de diversa magnitud en lo que se hace en las demás áreas de operación de la salud. Desde la perspectiva de la APS y en las responsabilidades directas de la salud de la población los municipios son actores principales tanto de la salud pública, la gestión de los servicios y el abordaje directo de las intervenciones con perspectiva de determinantes sociales de la salud. Las propuestas que el decreto incluye en lo municipal desdibujan su actuación, prevalecen las competencias departamentales de habilitación sobre el conjunto de competencias territoriales.
- Un completo análisis de un decreto de redes, debería contar con un contexto mínimo que explique ¿cuál va a ser la organización de los servicios de salud en un nuevo contexto de Atención Primaria en Salud?, y así que las redes respondan con efectividad a lo que se plantee como resultados en salud. Varios ejemplos de impactos en salud fueron expresados en la reunión y su relación con la organización de servicios y las redes.
- Para la APS un aspecto central en la manera de estructurar la puerta de entrada, esto tiene que ver con equipos de salud, con IPS, con servicios, con responsabilidades de actores, con portabilidad nacional, entre otros. Ni para lo presentado en RISS, ni en lo

propuesto para los equipos básicos de salud se evidencia claridad en este tema. Esto es de especial relevancia en lo municipal y más allá en lo urbano, en lo rural, en lo disperso.

- El denominar el decreto como reglamentario de la estrategia de APS genera muchas expectativas que no son desarrolladas en el mismo, ni siquiera en unas relaciones mínimas entre APS y RISS.
- No es claro en los considerandos por qué se decide mezclar la reglamentación de los equipos básicos de salud y las RISS
- Se debe aclarar si el decreto es presidencial o ministerial dado que se encabeza con el Presidente pero para la firma de la Ministra de Salud y Protección Social
- El decreto no relaciona los anexos técnicos que detallan las condiciones para su desarrollo e implementación

## **2. COMENTARIOS ESPECÍFICOS**

Siguiendo la estructura del decreto y además de los comentarios de orden general, a continuación se expresan análisis específicos a cada capítulo.

### **2.1. CAPITULO 1: REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD**

No es preciso el concepto de conjunto funcional dado que se hace énfasis en los nodos y no en las relaciones que son lo principal en una comprensión de redes integradas. Las redes deben dar clara respuesta a la fragmentación de los servicios que en Colombia además genera serios problemas de seguridad del paciente, por ejemplo, una organización de servicios basada en tarifas de los mismos y no en protocolos de atención, accesos restringidos y difíciles por la distribución geográfica de los prestadores contratados, así existan otros con mayor cercanía a las poblaciones.

Al hacer referencia en la definición a servicios de salud individuales y colectivos, debería orientarse a la superación de la separación de los mismos, lo que involucra de forma directa a la salud pública, a su organización y resultados esperados. El decreto no hace ninguna aclaración sobre el particular.

Al preguntar en la reunión explícitamente sobre los prestadores de servicios de salud se nos aclaró que no se incluye a los prestadores diferentes a las IPS (personas jurídicas), lo que dejaría por fuera de las redes a la mayoría de prestadores habilitados, que hoy prestan servicios a las poblaciones del país. No se hace referencia en términos de redes qué pasará con los demás regímenes vigentes en salud.

Los aspectos orientadores incluidos en el artículo 3 (eficiencia, equidad, integralidad, continuidad) deben ser armónicos con la normatividad vigente y con lo incluido en el artículo 7 del mismo decreto relacionado con los atributos de las redes.

El hacer referencia a “población definida” no es suficientemente claro en el desarrollo del mismo decreto en términos de: ¿cuál es la población a cargo de los departamentos?, ¿de los municipios?,

¿de los aseguradores?, ¿de los prestadores?, ¿quién es el responsable de guiar a la población a través de las redes integradas?.

Desde perspectivas poblacionales y de enfoque diferencial (principio de la ley 1438 de 2011 y otras normas de radical relevancia en salud) no se incluye en ninguna parte del decreto lo relativo a las EPS e IPS indígenas, esto supone una consulta a los grupos étnicos que se está obviando en esta reglamentación. En la reunión se aclaró que por ejemplo la ley de víctimas y su reglamentación al exigir rutas de atención en salud debe dialogar con lo que se defina en redes.

Derivado del concepto propuesto en el decreto sobre redes integradas de servicios de salud se identifica como un gran orientador de su organización el análisis de DEMANDA, desde las competencias territoriales e institucionales (en especial lo relacionado con los aseguradores), el decreto no aclara cómo se concibe la misma y qué herramientas se usarán para relacionar los análisis de demanda con la organización de los redes, entendiendo en ambas campos su dinámica permanente.

El artículo 4 se refiere a procesos y no a la conformación de las redes, un abordaje es cómo se llega a definir la red o redes y otra lo que la conforma, por ejemplo, las redes se estructuran con nodos de prestación de servicios, con nodos de administración de servicios (centrales de autorizaciones, CRUE, etc), nodos sectoriales e intersectoriales, con sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de comunicación, modos de integración, objetivos comunes, sistema de información, sistema de financiación de las relaciones no de los servicios

El artículo 5 hace referencia al análisis territorial de la atención en salud. En este se confunde el análisis de salud con el análisis de atención y se hace caso omiso a las responsabilidades que sobre el particular tienen los municipios y los aseguradores en relación con su “población definida”. El abordaje de análisis utiliza en el decreto diversos términos que deben ser claros para quienes implementan este tipo de normas: necesidades, demandas, diagnóstico de salud, atención en salud.

Derivado de la misma 1438 y de lo que se viene trabajando en el Plan Decenal de Salud Pública, este artículo genera profundas confusiones con el Análisis de Situación de Salud (ASIS) con perspectiva de determinantes sociales de la salud.

En la reunión del 5 de marzo se expresó que los insumos del documento de análisis territorial de la atención en salud se refieren a distintos niveles de abordaje, siendo necesario aclarar qué se espera que cada uno entregue al análisis para la conformación de las redes. ¿Qué se espera del plan de desarrollo?, ¿qué se espera del plan decenal?, ¿cómo se analizan las condiciones de oferta – demanda territorial?, ¿es de alcance departamental o supera estos límites administrativos?. Todos los municipios (certificados o no) cuentan con plan de desarrollo, van a formular su plan territorial de salud pública, cuentan con una población a su cargo, por lo tanto pueden tener un análisis de demanda y cuentan con una oferta de servicios individuales y colectivos.

En el contenido del documento (análisis territorial de la atención en salud) y dado que el equipo de salud pública no ha participado de ninguna reunión previa donde se dieran estas interlocuciones, se incluyen algunos que no son claros en su alcance y conceptualización, por ejemplo riesgos a nivel comunitario y familiar, descripción de servicios de salud, priorización de problemas y necesidades, descripción de causas, soluciones de necesidades. En la reunión recibimos como respuesta que el decreto contaba con anexos metodológicos, los cuales no salieron publicados ni los conocemos a la fecha.

Para la publicación de este documento se define un tiempo de 90 días calendario relacionado con el plan de desarrollo de departamentos y distritos, esto significa que su actualización será cada cuatro años. Igual los municipios certificados (los demás no), lo entregan al departamento, pero este proceso no define qué se hace con esto.

El proceso tampoco precisa para qué se envía a las EPS y a la SUPERSALUD. Si la EPS tiene presencia en todos los departamentos y distritos tendrá entonces 36 análisis territoriales de la atención, el decreto no explica cómo se ordenan estos análisis con los de gestión de riesgo de los aseguradores.

Tampoco es claro cómo se asumen los cambios de demanda – oferta en este insumo para la conformación de las RISS, ni sus relaciones con la salud pública y los procesos de aseguramiento, en especial el definido por la ley 1438 de portabilidad nacional.

El artículo 6 referido a la organización de las redes integradas se centra como proceso a cargo de las EPS y restringe la respuesta de las redes a los servicios definidos en el POS, dejando por fuera los demás planes de beneficios que dan cuenta de la integralidad de la atención, en especial lo colectivo. Si la APS es una estrategia clave para la salud pública y para la afectación de los determinantes sociales de la salud, este artículo reduce la capacidad de efectividad, equidad, integralidad y resultados en salud de las RISS.

El referirse a modelos diferenciados de las EPS genera preocupaciones con respecto a lo que después se reglamente sobre el modelo atención derivado de la aplicación de la estrategia de APS en Colombia.

En concepto del equipo de salud pública este artículo no incluye redes de orden nacional, no especifica redes especiales, no explicita los casos en los que las subredes (por razones de calidad de prestadores, disponibilidad de oferta, etc) trasciende los límites departamentales y distritales, no reconoce facilidades de acceso para la población rompiendo los límites político administrativos de las autoridades departamentales.

En ningún aparte del decreto se especifican condiciones de resolutivez, tecnología y armonización de servicios, condiciones contractuales y de financiamiento, relaciones de gestión, entre otros.

La sumatoria de 90 días de las entidades territoriales y los 90 días de las EPS para presentar la organización de la red – subredes nuevamente a los departamentos y distritos, genera un tiempo

mínimo de 180 días (medio año) sin ninguna definición ni exigencia posible para transformar los problemas de acceso a los que ya se enfrenta la población. Como estos tiempos dependen de la aprobación de los planes de desarrollo, se podrá dar una presentación escalonada en el tiempo, dado que cada entidad territorial puede presentar su plan en un momento distinto, sin sobrepasar los límites de ley.

Otros tiempos para el 2012 dependen de la entrada en vigencia del decreto, si lo expresado en la reunión con nosotros es que iba acompañado de los anexos técnicos y metodológicos que soportan los procesos planteados, ¿cuándo se espera su publicación?. No consideramos de orden menor los ajustes que requiere este decreto, y aún más si no se conocen los anexos.

En el decreto publicado, se incluyó un nuevo párrafo relacionado con incluir en los análisis de las EPS para la organización de las redes, la cercanía, las facilidades de comunicación y desplazamiento desde los lugares de residencia a los municipios donde se ubica la baja complejidad. Esto significa ser coherentes con los análisis de poblaciones dispersas y todo lo que la ley 1122 de 2007 definió sobre el tema en la organización de servicios. El decreto no explicita el papel de la telesalud y otras modalidades de atención en la organización de las redes. Se esperaría que estos análisis de acceso también se acompañen de indicaciones técnicas para que los criterios no sean tan diversos como entidades responsables de hacerlos.

El párrafo 2 adolece como ya se expresó de lineamientos básicos de la autoridad sanitaria de lo que se quiere de la atención en salud basada en APS. De igual forma lo extramural tiene alcances normativos vigentes, que deben ser armónicos con el decreto a fin de garantizar accesos reales y no teóricos. Adicionalmente la manera en que se vienen realizando estas actividades (brigadas por ejemplo) no garantizan en todos los casos condiciones de calidad, seguimiento, eficacia resolutive y logro de resultados en salud. Esto también fue expresado ampliamente en la reunión, con ejemplos específicos.

El párrafo 3 incluido en la versión publicada ratifica nuevamente que el alcance de la organización de las redes es el POS.

En el artículo 7 se presentan los atributos de las RISS, los cuales deberían ser armónicos con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Servicios de Salud (SOGCSS), prevaleciendo el mayor alcance normativo posible. No se incluyen dos características que en la reunión se expresaron como centrales, la pertinencia y la seguridad. Lo esperado es que la red agregue valor en términos de integralidad, oportunidad, acceso, continuidad, y especialmente en PERTINENCIA Y SEGURIDAD en las decisiones que se tomen en el conjunto de la red. La coordinación en la atención sin poner en riesgo a las personas y colectivos es esencial, sobre esto también se presentó ejemplos reales en la reunión.

Un aspecto de forma es que los atributos deberían ser un artículo inicial en el decreto, dado que orientan todo su desarrollo.

El artículo 8 referido a la habilitación de las RISS utiliza en el primer párrafo, términos que igualmente deben ser aclarados y armonizados con el SOGCSS, por ejemplo ¿cómo se relaciona el seguimiento con la verificación y la auditoría?, pilares del SOGCSS. Las redes se habilitan, también pueden tener altos estándares (acreditación).

Se deben aclarar los alcances del seguimiento en relación con las competencias de inspección, vigilancia y control de los distintos servicios de salud y de todos los actores del sistema. Al igual que en artículos anteriores se nos explicó que esto viene acompañado de un anexo técnico que no conocemos a la fecha.

Con respecto al artículo 9 se nos aclaró en la reunión que los grupos eran equivalentes a los atributos. Esto no lo entendimos y tampoco contamos con el soporte técnico para referirnos sobre el particular. Tal como está el artículo no define nada para la habilitación, siendo esto uno de los principales sentidos de la ley al referirse a redes.

El párrafo 1 incluido en la versión publicada agrega más confusión en tanto se desconoce la relación de los resultados de salud con los criterios mínimos de habilitación. Para opinar sobre esto se requiere conocer en detalle la intencionalidad de este párrafo, el cual no fue discutido en la reunión porque no existía.

El artículo 10 a los 180 días ya analizados, agrega otros 90 días más como mínimo, mientras las entidades territoriales departamentales y distritales estudian y aprueban las redes presentadas. En la reunión se ejemplificó el caso de Bogotá, D.C. que contaría aproximadamente con 50 redes o más dado el número de aseguradores presentes en el territorio y por ser lugar de referencia de alta complejidad para algunos servicios.

Con este panorama, la habilitación será de papel – escritorio, porque el decreto no explícita la forma de hacerlo. Esta revisión genera dos posibilidades la habilitación, habilitar o pedir ajustes. No se aclara cuanto tiempo se da para estos ajustes. Así se puede completar más de un año sin tener redes integradas. No se definen las actividades de seguimiento de las RISS.

El párrafo transitorio de 9 meses para presentar la organización es contradictorio con los 180 días previstos hasta el artículo 6, porque los siguientes 3 meses son de las entidades territoriales.

No hay articulados de transición adicionales, significa que todos los problemas actuales existentes pueden continuar sin ningún efecto para los actores del sistema. No se define estructura alguna para el documento de organización de redes.

Se agregó un párrafo de habilitación de redes como condición de habilitación de EPS, estos tiempos cómo se armonizan. Si las condiciones de habilitación de redes se pierden, qué pasa con la habilitación de las EPS. Como introducción al tema de novedades, no se puede obviar que las redes de servicios de salud son muy dinámicas.

El artículo 11 relacionado con las novedades de las RISS es un artículo ampliamente problemático, primero porque no se define qué se entiende como novedad, como se manifestó en la reunión, la

ausencia de un especialista (oferta escasa en la región), daño de tecnologías, cierre de servicios por condiciones de calidad, por ejemplo infecciones intrahospitalarias, en fin, serían múltiples los ejemplos reales. Muchas de éstas como se expresó en la reunión no han sido contemplados como novedades

En estos ajustes se dan 15 días hábiles para presentar el ajuste y otros 15 para dar concepto sobre la novedad, es decir un mes sin resolver el problema, y así sucesivamente si no es adecuado el ajuste. ¿Qué pasa mientras tanto? Este artículo no reconoce las dificultades de oferta en algunos lugares del país y en algunos servicios cruciales. Entonces qué se espera de la aplicación de un párrafo que es de orden general y poco operativo y clarificador.

En el artículo 11 corregido y presentado en la versión publicada se corrige el tiempo de presentación de la novedad, se utiliza para ello el Registro actual de prestadores de servicios, el cual suponemos tendrá un reordenamiento para incluir el proceso de habilitación y novedades de RISS. En este sentido es importante reconocer las debilidades de gestión de las novedades en el sistema actual.

De acuerdo con lo incluido en el artículo la sustentación del ajuste del documento de organización es opcional y potestativa de la entidad territorial.

El artículo 12 se denomina registro de la información de las redes integradas de servicios de salud. Nuevamente se utiliza un concepto amplio (información) con un alcance limitado. Si se concibe que la única información relevante de las redes es la relativa a su habilitación y novedades, se están mirando desde el sistema de calidad y no desde lo que implica la gestión de las RISS y sus aportes a los resultados en salud.

El artículo 13 involucra al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud sin explicitar qué función se espera que cumpla esta instancia. Sobre sus funciones también hay un conjunto de normas vigentes.

En este artículo se incluye otro concepto ARTICULACION DE RISS sin definir qué significa y qué supone en las relaciones entidades territoriales y aseguradoras más allá de lo ya incluido en el decreto.

Las relaciones de las RISS con todo el sistema de salud, supone un abordaje más amplio de lo que es la información. El que sea solo el Ministerio el autorizado para solicitar reportes de RISS, significa que el responsable completo de la retroalimentación a su gestión es la autoridad sanitaria nacional.

Las RISS son modelos organizacionales dinámicos que se transforman por múltiples causas, el decreto no las asume así, no son solo un tema de habilitación y novedades puntuales. Lo más clave de las redes es su diversidad y sus mecanismos de relación en múltiples direcciones. En nuestro

concepto el decreto no avanza en estos aspectos fundamentales y genera vacíos de grandes impactos para la organización del sistema y la salud de la población.

## **2.2. EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD**

Sobre equipos básicos de salud desde salud pública se ha planteado la necesidad de llegar a acuerdos mínimos y fundamentales sobre su concepción en las reuniones a las que se ha participado y en las presentaciones que se han realizado en diferentes escenarios.

El abordaje de los mismos en este capítulo no recoge nada de estos planteamientos, ni siquiera lo aportado por las entidades territoriales, EPS e IPS desde sus experiencias.

El artículo 14 los asume como facilitadores funcionales del acceso a los servicios de salud, sin explicar su relación con los demás componentes organizacionales del sistema de salud y de lo que podría ser la APS.

Se desaparece la instancia municipal en relación con los equipos siendo este el escenario por excelencia de cercanía a las personas, familias y comunidades.

El asumir como recurso humano crítico de los equipos estos auxiliares, no muestra un análisis adecuado de sus capacidades, desu, disponibilidad en el país, pertinencia de relación entre lo que van a realizar y sus formaciones.

No se aclaran las relaciones de estos equipos departamentales o distritales con la actuación en salud en diferentes ámbitos propios de lo individual y lo colectivo. Los resultados en salud se esperan en muchos niveles y se relacionan con diversas competencias y responsabilidades de los actores del sistema, ¿cómo hacen los departamentos para sustentar ampliaciones de los equipos?.

Se entiende en el decreto que los equipos se financian con recursos propios departamentales, esto como se analizó en relación con las fuentes de financiación y su organización actual. En la reunión no se nos retroalimentó a estas dudas. Al parecer el decreto deja abiertas y a consideración departamental los criterios de uso y gasto. Consideramos que esto es muy riesgoso desde perspectiva de manejo político y sus intereses territoriales. Se pueden comprometer muchos recursos sin lograr muchos avances.

Con respecto al artículo 16 en varios escenarios se ha discutido el alcance administrativo de equipos básicos de salud, reconociendo explícitamente lo incluido en la ley 1438 de 2011. Estas funciones podrían ser asumidas por ejemplo por los gestores de red unidos, en relaciones intersectoriales distintas a la creación paralela de otros grupos que nuevamente visiten los hogares y familias para generar nuevos procesos administrativos.

Cómo se relaciona la función de inducir la demanda de servicios con las responsabilidades de los aseguradores en esta materia, con la capacidad de oferta local, con los análisis de demanda – oferta, con la organización de las redes. Definitivamente la instancia departamental parece muy

lejana a los espacios vitales de las personas y en donde se debería fortalecer la puerta de entrada y el primer contacto de la APS. Esta operativa departamental tampoco ha tomado en cuenta la organización de competencias y responsabilidades de los actores del sistema de salud colombiano.

En las funciones también se habla de afiliación para acceso a servicios de protección social, ¿qué análisis operativos sustentan esto en el decreto?.

Los decretos deben desarrollar las leyes y darles sentidos de implementación, en esto consideramos que es muy prematuro incluir el tema de equipos en el decreto, por lo que nuestra sugerencia en la reunión fue eliminar este capítulo del decreto para no agregar ruido y expectativas no controlados por el Ministerio.

La función de suministrar información como insumo para la historia clínica desconoce completamente la reglamentación existente sobre este instrumento, su confidencialidad y su manejo institucional.

El artículo 17 es excluyente en APS y focalizando la estrategia a la población más pobre, en contra de principios de universalidad y enfoque diferencial por ejemplo. La población que no tiene SISBEN debe ser beneficiaria de los cambios reglamentarios de la ley, y para esto se pueden establecer otros mecanismos relacionados con los equipos o con otros actores del sistema, nuevamente los equipos deben ser vistos en contexto. . Los equipos de salud por sí solos no son la estrategia de APS, pero organizados dentro de la estrategia, son instrumentos principales de la misma

Tal como lo hemos manifestado en diversas reuniones la organización de los equipos y sus relaciones con el sistema de salud deben sustentarse en análisis de demanda, de oferta, de tecnología (por ejemplo telesalud), de acceso, diferenciales étnicos y su organización de servicios, personas con discapacidad, zonas de alto riesgo de seguridad, carga de enfermedad (que no solo se relaciona con lo más pobres), organización del aseguramiento, respuestas sectoriales e intersectoriales, análisis de costo beneficio, costo efectividad. La APS y sus equipos requieren de análisis y escenarios económicos de fondo. Movilizar recursos masivamente sin control, sin criterios, sin gradualidad controlada puede llevar al traste la financiación del sistema y llenar de argumentos negativos e injustos la oportunidad de la APS en Colombia.

En este contexto todos los párrafos del artículo 17 pueden genera un caos de difícil control y recogida una vez se den estas posibilidades. Cómo se compatibilizan estos 4 meses con los términos de planes de desarrollo, plan decenal, redes, etc.

El artículo 18 deja en manos del Ministerio el concepto técnico sobre la totalidad de propuestas de organización de equipos que mínimamente pasa por análisis de atención en salud, hogares, distribución del SISBEN, organización de servicios de salud y protección social, integralidad de servicios, condiciones de acceso a la salud, costos de implementación, gestión, sostenibilidad etc. Todos estos análisis fueron propuestos por el equipo de salud pública para la reglamentación completa de la APS como tarea nacional antes de embarcar al país en procesos confusos, costosos

y sin contar con la población como razón de ser de todos estos indicativos de la autoridad sanitaria nacional.

El Ministerio asume un tiempo de 30 días calendario para dar concepto técnico a todo el país, plazo que se contradice con la frase siguiente que habla de 15 días hábiles siguientes, no se sabe a qué. Consideramos respetuosamente que esta apuesta no mide la complejidad técnica del tema y las implicaciones de los conceptos favorables. La premura de esta reglamentación está poniendo en riesgo la legitimidad y el fortalecimiento del Ministerio como Autoridad Sanitaria.

El artículo 19 incluye a los equipos básicos como entes sujetos de habilitación, ¿qué servicios de salud van a prestar?, esto genera una gran confusión en relación con todo lo normado en el SOGCSS. Esto mismo hace muy confuso lo propuesto para su implementación en el artículo 20.

Con respecto al artículo 21, el flujo de información allí propuesto rompe con todo lo instituido en términos de sistemas de información en salud, y nuevamente las responsabilidades de los actores en lo que se deriva de la actuación de estos equipos. No hay tiempos para esto, mientras llega la información, la analiza el departamento y la devuelve, ya no tiene sentido de efectividad que ellos vayan a las familias y hogares. Este artículo muestra las falencias de visualización de la organización de los equipos en relación con los actores, las redes, los servicios.

El sistema de protección social y su interacción con los equipos no ha tenido ningún análisis al interior del Ministerio, por lo menos desde lo conocido por el equipo de salud pública; si se ha dado sería interesante conocer sus conclusiones a fin de aportar también a estos análisis desde la salud pública y sus resultados. Es importante precisar que las prioridades en salud pública no son solo un asunto de decisiones departamentales

Analizando el párrafo de este artículo, es necesario reflexionar sobre la capacidad de control departamental sobre la atención de las EPS en todo su territorio, tal como lo planteamos en la reunión hay municipios que si les va bien reciben una visita departamental al año. Lo más fuerte del decreto en términos de incumplimiento es acompañar a la EPS para que haga su tarea, esto en términos de recursos qué le significa al sistema. Las dimensiones de abordaje distrital y departamental tienen distancias operativas que deben ser reconocidas y reglamentadas con mucho cuidado, moverse en Barranquilla o Bogotá, es muy distinto a hacerlo en Nariño, Guajira, Boyacá, Cundinamarca.

Artículo 22, si en 6 meses aproximadamente puede haber equipos funcionando de acuerdo con lo establecido en este decreto, cuándo estará la estructura del sistema de información que los acompañe?. Esto puede generar inoperancia de equipos básicos contratados agregando costos fiscales a estas decisiones.

En el decreto publicado se incluye un artículo 23 de metodologías e instrumentos que deja abierto de manera indefinida su implementación.

Consideramos muy respetuosamente y tal como lo expresamos en la reunión que este proyecto de decreto compromete en su legitimidad y desarrollo técnico, muchos otros esfuerzos que se vienen

adelantando de manera simultánea. Como equipo de salud pública reconocemos el liderazgo entregado a la Dirección de Prestación de Servicios y APS en el desarrollo de la estrategia su reglamentación y su implementación, en este contexto desde el mes de octubre de 2011 hicimos una presentación donde pusimos sobre la mesa nuestra aproximación a la APS y de igual manera se retomó la propuesta de trabajo y cronograma que incluso se entregó desde que el doctor Parga estaba liderando el tema.

Posteriormente a esto, se realizaron algunas reuniones antes de iniciar diciembre donde se tuvieron acuerdos de avance, salud pública presentó lo de su competencia, al igual que otras áreas lo tenían listo. Después de esto y hasta la fecha el proceso no ha sido retomado por lo que hemos esperado las directrices para seguir trabajando conjuntamente. Dada la función asignada a la Dirección de Epidemiología y Demografía sobre APS, se han adelantado algunos desarrollos relacionados directamente con salud pública y su principal marco que es el Plan Decenal.

Se ha continuado trabajando con OPS la organización de los cursos virtuales de APS y la sistematización de las experiencias. Todo esto son aportes desde salud pública y sus dos direcciones responsables.

Este concepto fue elaborado por Isabel Cristina Ruíz y María Elena Mora, quienes en compañía de Patricia Caro estuvieron presentes en la reunión del 5 de marzo.

Varios de estos aspectos han sido manifestados en reuniones con el doctor Lenis Urquijo y en la última semana con la doctora Martha Ospina quien asumió la Dirección de Epidemiología y Demografía. Se envía a todos ellos.