

Anexo 3
INFORME ANUAL DE SEGUIMIENTO EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2016
AGENCIA FRANCESA DE COOPERACIÓN



Contenido

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Contexto | 3 |
| 2 | Implementación de la reforma hacia un nuevo modelo de salud | 6 |
| 2.1 | Acceso a los servicios de salud | 6 |
| 2.1.1 | Definición de los beneficios en salud en el marco de la Ley Estatutaria | 6 |
| 2.1.2 | Acceso a prestaciones no contenidas en el plan de beneficios | 8 |
| 2.1.3 | Autonomía profesional | 9 |
| 2.2 | Política de Atención Integral en Salud (art 65 de la Ley 1751/2015) | 10 |
| 2.2.1 | Gestión Integral de Riesgo en Salud - GIRS | 11 |
| 2.2.2 | Desarrollo de Talento Humano para PAIS | 12 |
| 2.2.3 | Redes integrales de prestadores de servicios de salud | 18 |
| 2.2.4 | Estrategias acordadas para el desarrollo y seguimiento de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina | 19 |
| 2.3 | Política de regulación de los productos de salud | 24 |
| 2.3.1 | Regulación de precios | 24 |
| 2.3.2 | Fortalecimiento de la puerta de entrada | 24 |
| 3 | Consolidación de los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la reforma | 26 |
| 3.1 | Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud | 26 |
| 3.1.1 | Nuevas fuentes de financiamiento | 26 |
| 3.1.2 | Fortalecimiento Patrimonial de Las EPS | 29 |
| 3.1.3 | Saneamiento de Pasivos | 31 |
| 3.2 | Fortalecimiento del aseguramiento en salud | 36 |
| 3.2.1 | Afiliación al SGSSS | 36 |
| 3.2.2 | Desarrollo del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT | 38 |
| 3.2.3 | Mecanismos que promuevan la competencia por calidad y el pago por desempeño | 38 |
| 3.3 | Sistema Integral de Información (Sispro) /TIC | 39 |
| 3.3.1 | Sistema de información en particular respecto a la armonización de las bases de datos | 39 |
| 3.3.2 | Historia de Salud del Ciudadano | 40 |
| 4 | Fortalecimiento de las capacidades de inspección, vigilancia y control del sistema de salud | 44 |
| 4.1 | El diseño y la implementación de metodologías e instrumentos basado en Riesgos o Supervisión Preventiva | 45 |
| 4.2 | Metodologías para el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y el control | 46 |
| 4.3 | Protección al Usuario y organización del territorio | 47 |
| 4.3.1 | Casos gestionados de usuarios con riesgo para su vida durante el año 2015 y primer semestre del año 2016: | 48 |
| 4.3.2 | Implementación de Medidas Cautelares | 48 |
| 4.3.3 | Fortalecimiento de la participación ciudadana | 48 |
| 4.3.4 | Creación de Regionales | 48 |
| 4.4 | Fortalecimiento de la función de control de la SNS | 49 |

1 Contexto

Después de 23 años de crecimiento y consolidación, el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) se enfrenta a la necesidad de consolidar un sistema de salud equitativo, confiable, sostenible y de calidad. En diciembre del año 2015, el 92.6% de la población colombiana accede a los servicios de salud a través del aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS, el 5% está cubierta por los regímenes especiales y de excepción establecidos en la Ley (ambas poblaciones equivalen al 97,6%) y la población pobre no asegurada, mientras surge el proceso de afiliación al SGSSS, se atienden a través de la red pública de prestación de servicios.

La población cubierta por el SGSSS cuenta con los beneficios de un plan que se mantiene en constante actualización, que contiene el 49.1% de los Registros Sanitarios vigentes y 90.1% de los procedimientos descritos en la Clasificación Unica de Procedimientos en Salud –CUPS-, se suma a los mecanismos de acceso a tecnologías en salud la opción de recibir servicios que no estén en el listado del plan de beneficios a través de un mecanismo de prescripción de reciente implementación.

Los anteriores avances sobre las definiciones de beneficios por parte del aseguramiento han sido acompañados por los respectivos avances en salud pública e intervenciones colectivas que se demuestran en el comportamiento de indicadores como: la tasa de mortalidad en menores de 1 años paso de 20,4 por cada 1.000 nacidos vivos en 2005 a 17.23 en 2014. La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) pasó de 5,3 (por cada 100 mil) en 2010 a 3.1 en 2014¹. Los casos de muerte por malaria pasaron de 41 casos en 2010, a 18 casos en 2014, posicionando al país como líder de América en la estrategia de erradicación de la malaria. .

Las coberturas de vacunación son superiores al 90% y el esquema de vacunación del país se constituye como uno de los más completos y modernos de América Latina. Durante los últimos años se introdujeron las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A y la DPT acelular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos ferina en niños). Las coberturas de vacunación contra el VPH, alcanzaron en primeras dosis el 98,0%; segundas dosis el 96,9% y en terceras dosis 89,2% para la cohorte 2012, para la cohorte del 2013 la meta alcanzada fue de 88,8% del total de 2.4 millones de niñas dispuestas por el programa para el pasado año.

A continuación resumen de coberturas contra VPH, años 2012 a 2016.

¹ Dato preliminar. Fuente: Estadísticas Vitales del DANE.

| FASE | CENSO ET | 1ra DOSIS APLICADAS | % CUMPLIM 1ra DOSIS | 2da DOSIS APLICADAS | % CUMPL 2da DOSIS | 3ra DOSIS APLICADAS | % CUMPL 3ra DOSIS | TOTAL DOSIS |
|--------------|-----------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| 1a FASE 2012 | 372.993 | 365.354 | 98,0 | 353.865 | 96,9 | 325.832 | 89,2 | 1.045.051 |
| 2a FASE 2013 | 2.452.999 | 2.332.799 | 95,1 | 1.786.583 | 76,6 | 7.099 | 0,3 | 4.126.481 |
| 3a FASE 2014 | 344.637 | 285.822 | 82,9 | 95.951 | 33,6 | 551 | 0,2 | 382.324 |
| 4a FASE 2015 | 373.274 | 371.398 | 99,5 | 164.080 | 44,2 | 9.013 | 2,4 | 544.491 |
| FASE 2016 | 298.949 | 27.227 | 9,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 27.227 |

Lo anterior resulta congruente con una mejor percepción del estado de salud por parte de la población colombiana; de acuerdo con la ECV 2015, más del 79.5% de los colombianos considera “bueno o muy bueno” su estado de salud.

Otros logros que vale la pena citar son:

- Caída del gasto de bolsillo, de representar el 45% del gasto total en salud en 1994, el gasto de bolsillo de los colombianos representó tan solo un 14,4% en 2013. Esto significa que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos para hacer uso de los servicios².
- Mayor control sobre los recursos destinados a la salud los gastos corrientes por atenciones y medicamentos no incluidos en el POS se redujeron de \$2,4 billones a \$1,7 billones anuales.
- Más de 900 medicamentos con regulación de precios aplicando metodología de referenciación internacional, traduciéndose esto en una caída de precios promedio de 40%.

Los actuales retos del SGSSS atentan contra la calidad y oportunidad de la atención y contra la sostenibilidad financiera del sistema. Por esta razón el Gobierno emprendió una serie de propuestas legislativas encaminadas a generar los incentivos adecuados en los agentes y mejorar el Sistema, con miras a la afectación positiva de la calidad de la atención en salud, oportunidad y la sostenibilidad del Sistema.

Durante el año 2015 y lo corrido del 2016, el gobierno ha trabajado en la regulación de la Ley Estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015), cuyos principales contenidos son los siguientes:

- Incorporar los marcos internacionales del derecho a la salud, en el derecho Colombiano, atendiendo también la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional en el pasado.

² Colombia se ha consolidado como uno de los países que más avanzó en materia de protección financiera en salud de los ciudadanos, en comparación con países de América Latina y países más desarrollados.

- Definir el Sistema de Salud y las obligaciones del Estado en torno al derecho a la salud.
- Determinar elementos y principios del derecho fundamental a la salud, así como incorporar los determinantes sociales de la salud.
- Establecer los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud y señalar los sujetos especiales de protección.
- Señalar los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, la participación de las personas en las políticas, planes y programas de salud.
- Determinar algunos aspectos en la definición de las consideraciones relacionadas con las prestaciones de salud.
- Señalar la garantía de la autonomía profesional en el ejercicio del talento humano en salud.
- Y definir elementos fundamentales de algunas políticas como es el caso de la política farmacéutica.

De forma paralela a partir de la consolidación, en junio de 2015 de la Ley 1753, Ley que expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, se ha avanzado en la implementación de las nuevas medidas:

- Políticas de atención integral en salud
- Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del SGSSS
- Negociación centralizada de medicamentos
- Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos
- Procesos de recobros y pago de prestaciones no contenidas en el plan de beneficios

A continuación, se describe los avances sobre la reglamentación e implementación de las anteriores medidas.

2 Implementación de la reforma hacia un nuevo modelo de salud

Luego de más de 20 años de implementación de la Ley 100 de 1993 el sistema de salud ha obtenidos logros importantes, especialmente en cobertura universal del aseguramiento en salud, igualación y ampliación de los planes de beneficios en los regímenes contributivo y subsidiado, disminución del gasto de bolsillo y mejoría en los indicadores más relevantes del estado de salud de la población colombiana. Sin embargo esta no es una tarea terminada y el sistema está en un periodo de transición para asumir los retos que establece la ley estatutaria de salud basados en los principios fundamentales de accesibilidad, integralidad, equidad, entre otros. Para ello el Ministerio en el marco de la implementación de la Ley ha desarrollado diferentes políticas y acciones que se describen a continuación, unas dirigidas a la implementación de un nuevo modelo y las otras a la consolidación de los resultados obtenidos por el sistema.

2.1 Acceso a los servicios de salud

2.1.1 Definición de los beneficios en salud en el marco de la Ley Estatutaria

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha desarrollado el proceso de participación ciudadana, el cual tiene como finalidad incluir a la ciudadanía en temas relacionados con la actualización del Plan de Beneficios en Salud. Este proceso va enmarcado en los artículos 12 y 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los cuales tratan de la participación en las decisiones del sistema de salud y de las prestaciones de salud, respectivamente

De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, el Ministerio emprendió la tarea de construir el procedimiento técnico – científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente del que trata la mencionada Ley en su artículo 15. Es así como en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2015 visitó varias ciudades del país (Pasto, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali y Medellín) con el objetivo de recoger los primeros insumos para la construcción de dicho procedimiento.

Estos encuentros dan cumplimiento al artículo 12 Participación en las decisiones del sistema de salud de la misma Ley, que plantea que el derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema; c) participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) participar en las decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos en salud; g) participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Esta participación referida en la Ley debe garantizar el desarrollo de espacios incluyentes y equitativos y para tal fin, se propuso una metodología en la que a través de mesas de trabajo, los participantes deliberan y proponen -como parte activa del sistema de salud- cómo puede llegar a ser dicho procedimiento.

El artículo 15 de la mencionada Ley trata de la construcción de un procedimiento técnico- científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, con miras a ampliar progresivamente el plan de beneficios en salud y aplicar los criterios de exclusión de servicios o tecnologías que no pueden ser financiados con recursos públicos de la salud, tales criterios son: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

De esta manera se construye el procedimiento de participación ciudadana por medio de la recolección de insumos y el análisis cualitativo, cuya aplicación incidirá directamente en la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud.

Reglamentación

Para el Desarrollo de la Estrategia de Participación Ciudadana de que tratan el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y el Artículo 2 de la Ley 1757 de 2015, el MSPS emitió la Circular 060 de 2015.

Avance

El Ministerio desarrolló 23 eventos en total para la recolección de insumos que servirán en la construcción del procedimiento del que trata la Ley Estatutaria de 2015, teniendo como resultado que alrededor de 700 personas estuvieron involucradas en el proceso de participación ciudadana. Como parte de la “Recolección de insumos para la construcción del PTC con la participación ciudadana” se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas a líderes de opinión

Además, se realizaron encuentros Regionales en 7 ciudades del país: Pasto, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali y Medellín. Esta participación se organizó en tres escenarios:

- Usuarios y Pacientes: A la cual fueron convocados y asistieron representantes de asociaciones de usuarios, asociaciones de pacientes, COPACOS, veedurías ciudadanas y ciudadanos a modo propio.
- Sociedades, academia, tribunales: A la cual fueron convocados y asistieron representantes de Federación Médica, Colegios, Tribunales de Ética, y Universidades (decano, docentes y estudiantes), servidores públicos, Comunidad científica y médica.
- Delegados de funcionarios que las EPS e IPS asignaran para participar.

En los eventos se contó con la presencia de Personería, Procuraduría, Defensoría del Pueblo a manera de garantes del proceso. Como parte de la etapa de recolección de Insumos se realizaron encuestas virtuales a las sociedades científicas y a la Ciudadanía general abierta en la página Web del Ministerio de Salud y Protección Social. Actualmente, se encuentra en desarrollo el II Encuentro Regional para la Construcción Colectiva del Procedimiento Técnico-Científico de Exclusiones, que se llevara a cabo en 8 ciudades del país: Mitú, Pasto, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali y Medellín.

2.1.2 Acceso a prestaciones no contenidas en el plan de beneficios

Se expidió la Resolución 1328 de 2016, con el objeto garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con la Unidad de Pago por Captación (UPC) y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información. Dicha resolución estableció el procedimiento de reporte mediante una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes, a fin de optimizar el procedimiento a seguir por las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando éstas deban ser pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

La mencionada resolución aplica a todas las Entidades Promotoras de Salud, aquellas obligadas a compensar y extiende su ámbito de aplicación a todos los prestadores de servicios de salud, permitiendo que las Entidades Territoriales adopten el procedimiento que allí se describe; en éste último caso de conformidad con la autonomía que les confiere la Constitución Política.

El nuevo proceso de acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC incluye el desarrollo de un aplicativo en línea, dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de reportar todos los servicios que los profesionales de salud tratantes requieran para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de acuerdo con su autonomía, de tal manera que se disponga de información oportuna.

La herramienta tecnológica descrita fundamenta su desarrollo en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, ya que a través de ésta, además de la información en tiempo real, permitirá la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud, dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de la orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación sean coincidentes, favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Reglamentación

La Resolución 5395 de 2013 establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía. La Resolución 1328 de 2016, modificada por la Resolución 3951 de 2016, deroga la Resolución 5395 a partir del 1 de diciembre de 2016. La Resolución 3951 de 2016 establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Avance

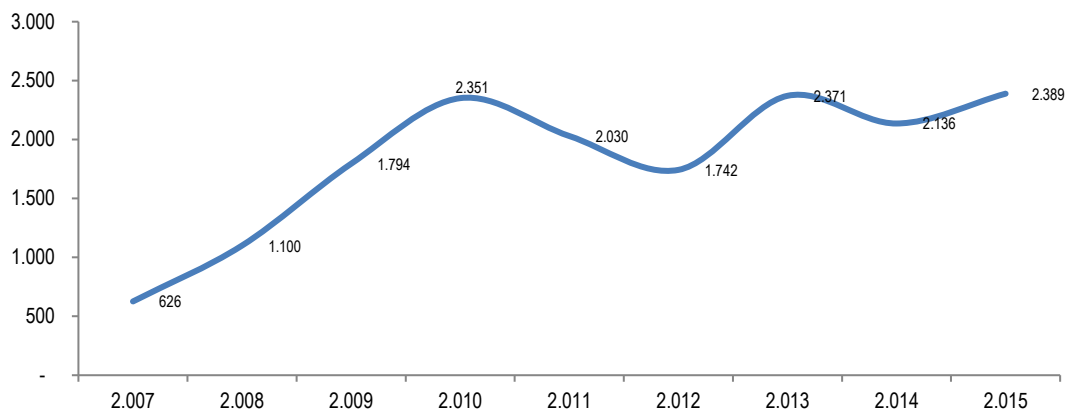
A partir del 1 de diciembre de 2016, todas las personas en Colombia que requieran medicamentos, tecnologías o procedimientos que no estén incluidos en el plan de salud podrán recibirlos sin que medien autorizaciones de las entidades promotoras de salud (EPS). El Ministerio eliminó los llamados Comités Técnico Científicos (CTC) que daban la aprobación a las prestaciones en salud sin cobertura en el plan de beneficios. Lo anterior tiene como objetivo simplificar los trámites para el usuario, que

una vez agotadas las tecnologías terapéuticas contenidas en el plan de salud, requieren medicamentos o procedimientos no incluidos en el plan de beneficios de salud.

Las entidades promotoras de salud y demás actores participantes del proceso, podrán utilizar el registro de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC mediante el aplicativo web llamado MIPRES y de igual forma podrán presentar las solicitudes de recobro ante el FOSYGA o quien haga sus veces de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3951 de 2016.

En el mismo sentido, se presenta en el siguiente gráfico el valor aprobado por concepto de recobros para las vigencias 2007 a 2015:

Gráfico Comportamiento del valor total aprobado (\$ miles de millones)



Fuente: DAFPS

2.1.3 Autonomía profesional

Como parte del avance en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, el acto administrativo en mención garantiza la autonomía profesional establecida en el artículo 17, ya que en el modelo propuesto desaparecen las autorizaciones de terceros, lo cual significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, sólo es necesaria la orden médica para que el asegurador garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada.

No obstante lo anterior, es necesario mencionar que para aquellos servicios cuya finalidad principal sea cosmética o suntuaria y no esté relacionada con la recuperación o mantenimiento de la salud, sin evidencia científica ni uso autorizado en Colombia, así como aquellos que correspondan a tecnologías experimentales o que sean prestadas en el exterior, deberán analizarse por una Junta de Profesionales de la Salud, bajo criterios de pertinencia médica únicamente.

En ese orden de ideas, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar, de manera excepcional, aquellos servicios que la misma Ley Estatutaria ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en

la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

Por último, la Resolución 1328 de 2016, tiene el objetivo de procurar una mejor utilización social de los recursos para así garantizar el derecho a la salud, toda vez que pone en manos de todos los actores del Sistema el compromiso de la utilización de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, de conformidad con lo dispuesto en el literal k del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

2.2 Política de Atención Integral en Salud (art 65 de la Ley 1751/2015)

La propuesta para la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se centra en un acceso efectivo e integral a los servicios de salud en el que se aborda todo el proceso de atención desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, los cuales se presentan en una ruta integrada de atención dentro del esquema de aseguramiento y con un plan de beneficios implícito que irá aumentando progresivamente su cobertura. La operación de la política se desarrolla a través de un modelo centrado en las personas, que se basa en los principios de la atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria y la gestión integral del riesgo

La PAIS y la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) tendrá los siguientes beneficios:

1. Formula un modelo de atención que toma como centro a las personas (a nivel individual, familiar y comunitario).
2. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a donde transcurre su cotidianidad.
3. Articula a todos los agentes, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores de servicios, los proveedores; y el sector educativo.
4. Coordina todos los sectores orientados al bienestar de la población, para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social.

Reglamentación

Las siguientes resoluciones, circulares y acuerdo se expidieron en el marco de la implementación de la PAIS:

- ✓ Resolución 429 de 2016
- ✓ Resolución 3202 de 2016

Avance

En el marco de los avances de la PAIS se han construido y socializado las siguientes rutas:

- ✓ Promoción y mantenimiento de la salud
- ✓ Materno perinatal

- ✓ Cardio-cerebro-vascular
- ✓ Cáncer
- ✓ Alteraciones nutricionales
- ✓ Trastornos asociados al consumo de SPA
- ✓ Enfermedades infecciosas

Otra iniciativa a destacar es la implementación del modelo de Zonas Dispersas

2.2.1 Gestión Integral de Riesgo en Salud - GIRS

La gestión del riesgo en salud es una de las funciones indelegables del aseguramiento en salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS. Para fortalecer su aplicación el MSPS ha desarrollado una serie de políticas que apuntan a la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia, entre las cuales se encuentran la expedición del decreto 2702 del 2015, el cual establece las condiciones financieras y de solvencia para operar el aseguramiento en salud.

La PAIS establece que la Gestión Integral del Riesgo en Salud, GIRS, es la actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas. La PAIS establece un modelo operacional para su implementación, el MIAS el cual comprende un conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, con una visión centrada en las personas. La implementación de la GIRS en la operación del Modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionadas y planificadas dentro de cada grupo de riesgo, orientadas a anticiparse a la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad, utilizando como referencia las rutas integrales de atención en salud.

Para avanzar en la implementación de la GIRS este Ministerio ha desarrollado las siguientes acciones:

- Asistencia técnica a los agentes del sistema en el MIAS y en las rutas integrales de atención en salud, las cuales especifican las acciones a ser realizadas por los diferentes agentes.
- La definición de Rutas Integrales de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud, para 16 grupos de riesgo y para eventos específicos. Para el efecto la resolución 3202 de 2016 adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud y adopta 7 rutas de atención integral en salud: promoción y mantenimiento de la salud, materno-perinatal, riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vasculares y metabólicas, cáncer de mama y cérvix, alteraciones nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades infecciosas.

Se han desarrollado las siguientes acciones para fortalecer el rol de las EPS en la GIRS:

- Elaboración y aplicación de la “Ficha Diagnóstico de capacidades para la Gestión Integral del Riesgo en Salud por parte de las EPS” la cual servirá para la definición de la línea de base que permitirá orientar la asistencia técnica y formular el plan de trabajo para cumplir con las

metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo³. La ficha se está aplicando en cada una de las EPS y la línea de base estará completa en el mes de octubre del 2016.

- Formulación y discusión de la versión preliminar del proyecto por el cual se regulan las relaciones y acuerdo de voluntades entre entidades responsable de pago y prestadores de servicios de salud dentro del SGSSS y en el marco de la PAIS, la cual se materializa a través de la implantación de un nuevo modelo de atención armonizado con un sistema de pagos que permita orientar la respuesta articulada del sistema de salud, con el fin de consolidar una cultura saludable, mejorar o preservar el nivel de salud y bienestar y disminuir o mitigar las consecuencias desfavorables de la enfermedad, simultáneamente con la optimización del flujo de los recursos financieros del sistema. La versión preliminar del proyecto se encuentra en revisión y será publicado para discusión en el mes de octubre del 2016.
- Formulación de la propuesta para adelantar una prueba piloto para la capitación vinculada al desempeño y resultados según lo dispuesto en las bases del Plan Nacional de Desarrollo, en desarrollo de esquemas alternativos de operación de hospitales públicos. La propuesta está en concertación y se espera iniciar actividades en el mes de noviembre del 2016.
- Conformación de un banco de experiencias exitosas (GIRS, sistemas de pago) para visibilizar el trabajo positivo de las EPS y su interrelación con otros agentes del sistema. Se busca además dinamizar la cooperación horizontal entre las EPS. Las experiencias serán publicadas en la página web del MSPS. Para el efecto se diseñó y socializó un instrumento para la caracterización de experiencias exitosas (ficha, instructivo, autorización) y se está en el proceso de recepción y evaluación de estas experiencias.
- Inclusión de la GIRS como eje central del Sistema de Gestión de Riesgos que deben tener las EPS en el proyecto de decreto por el cual se definen los requisitos para obtener la autorización de funcionamiento, las condiciones de habilitación y las condiciones de permanencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud –EPS– y las entidades adaptadas al sistema, responsables de la operación del aseguramiento en salud. El proyecto de decreto está en proceso de revisión y ajuste posterior a su publicación.

2.2.2 Desarrollo de Talento Humano para PAIS

- a. Salud y medicina familiar y comunitaria
- b. Formación continua del Talento Humano en Salud
- c. Educación Superior en el área de la salud
- d. Definición competencias laborales para la gestión y planeación en salud
- e. Proceso de Desarrollo del Talento Humano en Salud relacionados con pueblos indígenas, víctimas del conflicto armado, salud en prisiones.
- f. Competencias profesionales

a. Salud y medicina familiar y comunitaria

El desarrollo del enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, como parte de una de las estrategias centrales para el MIAS, desde la perspectiva del fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud, durante el periodo tuvo los siguientes avances:

³ Sistema de gestión integral del riesgo en salud operando (95% EPS con RIAS).

1. Validación del programa único nacional de especialización en salud familiar y comunitaria y del programa único nacional de especialización en medicina familiar con Instituciones de Educación Superior.
2. Remisión de los programas únicos al Ministerio de Educación Superior como instrumento para la expedición y renovación de registros calificados.
3. Realización de conceptos de pertinencia en programa de especialización en salud familiar y comunitaria y medicina familiar con base en los programas únicos
4. Presentación de la ruta general para el fortalecimiento de talento humano en salud requerido para la implementación del MIAS, con Instituciones de Educación Superior, demás dependencias del Ministerio y Entidades Territoriales.
5. Segunda sesión de la Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria con participación de universidades, entidades territoriales, gremios profesionales y expertos internacionales.
6. Gestión para incorporar el enfoque de salud y medicina familiar en la atención en salud y fortalecer la oferta educativa con este mismo enfoque en Boyacá y Huila promoviendo la articulación de universidades, instituciones de salud y otros actores sociales.
7. Elaboración de documentos “Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria” que orienta el seguimiento de la implementación de este enfoque.
8. Realización del segundo encuentro regional de salud y medicina familiar y comunitaria del suroriente colombiano en la ciudad de Popayán, con la participación de Instituciones de Educación Superior y Entidades Territoriales.
9. Inicio de sesiones de Comité de salud y medicina familiar y comunitaria, organismo asesor en Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y cuyo objetivo es guiar procesos educativos en el tema en cuestión.

b. Formación continua del Talento Humano en Salud

La formación continua es reconocida como una estrategia para el desarrollo o fortalecimiento de competencias del talento humano en salud que se encuentra prestado servicios de salud, dicho proceso debe darse en el marco de la garantía de calidad y corresponderse a las necesidades de formación detectadas en el sector; lo alcanzado en este sentido en el periodo evaluado se resume en:

- Proyecto de resolución para la formación continua requerida en la habilitación de los servicios de salud. Dicho proyecto ha tenido un proceso de construcción participativa con diferentes direcciones y grupos del Ministerio de Salud y Protección Social, y ya se encuentra en la fase final para ser expedida.
- Trabajos en grupos para la definición de lineamientos específicos para la formación continua, se ha trabajado en los siguientes temas: sedación, citogenética, gestión operativa de la donación, coordinación operativa de la donación, atención a víctimas de violencia sexual, cuidados paliativos, protección específica y detección temprana.
- Trabajo de construcción participativa del programa de formación continua en los enfoques del MIAS para el Talento Humano en Salud que participación del cuidado y gestión de la salud.

c. Educación Superior en el área de la salud

Se realizaron las acciones encaminadas a mejorar la calidad de los programas de formación del área de la salud con el fortalecimiento de los criterios de pertinencia orientados a garantizar la coherencia del perfil y competencias planteadas en los programas de educación superior con las necesidades de la población y con los servicios de salud que se prestan en el país, y con el fin de impulsar la docencia y la investigación en salud y brindar garantías a los estudiantes, docentes, pacientes y usuarios de los servicios, en un proceso de coordinación intersectorial donde intervinieron los equipos técnicos del Ministerio de Educación Nacional, el MSPS y el SENA.

Como resultado de estas acciones, y entre diciembre de 2014 y mayo de 2016, se analizó la pertinencia de 252 programas académicos para formación de profesionales en el área de la salud. Se reconocieron como Hospitales Universitarios: la Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología, sede Bogotá, la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital San José, sede Bogotá, el Hospital General de Medellín y el Hospital Infantil Universitario San José, sede Bogotá, condición que los acredita como establecimientos de excelencia en los procesos de investigación, docencia y prestación de servicios de servicios de salud. Además se encuentran en trámite de evaluación la Fundación Valle del Lili, sede Cali – Valle del Cauca y la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, sede Floridablanca - Santander.

Por otra parte, a través de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, se ha emitido concepto técnico como escenarios de práctica de 71 instituciones prestadoras de servicios de salud para la formación de técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas del área de la salud y se ha evaluado la relación docencia servicio de 399 programas académicos del nivel superior, conforme con la información enviada por el Ministerio de Educación Nacional.

d. Definición competencias laborales para la gestión y planeación en salud

En el marco de la ley 1438 de 2011, que establece en el capítulo VI que el MSPS definirá la política de Talento Humano en Salud; y conforme al Decreto 1083 de 2015, que define las competencias laborales como "...como capacidad de una persona para desempeñar, en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo; capacidad que está determinada por los conocimientos, destrezas, habilidades, valores, actitudes y aptitudes que debe y demostrar el empleado público" (Congreso de la República de Colombia, 2015). El Ministerio de Protección Social desarrolla la definición de perfiles y competencias laborales requeridas por el talento humano en salud en la Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS para la gestión del Plan decenal de salud Pública – PDSP y la PAIS.

Para éste fin de se han realizado talleres participativos en el segundo semestre de 2015 con Entidades Territoriales Departamentales y municipales en Atlántico, Cauca, Risaralda y Guainía, así como trabajo interno con las diferentes direcciones y oficinas del MSPS. Como resultado se han identificado las competencias laborales requeridas para fortalecer la rectoría en salud pública en las Entidades Territoriales Departamentales para la planeación integral y gestión de la salud pública, frente al PSP y la PAIS, las competencias laborales identificadas, se encuentran en procesos de definición y validación.

e. Proceso de Desarrollo del Talento Humano en Salud relacionados con pueblos indígenas, víctimas del conflicto armado, salud en prisiones.

Gestión para el desarrollo del talento humano en salud con Pueblos indígenas.

En el marco de la construcción del SISPI, se realizó una propuesta para fortalecer el desarrollo del talento humano y los agentes en salud de los pueblos indígenas. Se orientó la formación en salud intercultural y con enfoque diferencial para el recurso humano propio de los pueblos indígenas y aquel que labora con ellos. Este proceso incluyó la priorización, acercamientos y gestión con pueblos indígenas, para el desarrollo de proyectos de formación intercultural de técnicos en salud pública y formación complementaria.

El proceso se desarrolla con la participación de Cancillería, SENA, Secretarías de Salud, organizaciones indígenas, autoridades tradicionales, gobernaciones, consejos comunitarios y alcaldías.

En el periodo de revisión, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud con recursos de funcionamiento y en el marco de procesos intersectoriales, desarrolló acciones de planeación y/o gestión y seguimiento de la formación con enfoque intercultural del Talento Humano en Salud (THS) de pueblos indígenas, de acuerdo a la situación de salud y el modelo de cuidado de la salud de cada pueblo o departamento. Lo anterior incluyó:

- ✓ Procesos de concertación y acompañamiento a pueblos indígenas de seis (6) departamentos, a saber: Nariño – Pueblo Awá de las organizaciones UNIPA y CAMAWARY; Guajira – Pueblo Wayuu; Chocó - pueblo Emberá Katío, del municipio de Bagadó; Córdoba - Pueblo Emberá Katío, del municipio de Tierralta; Boyacá, Norte de Santander, Santander - Pueblo indígena U’wa; y el departamento del Cauca - pueblo indígena Tororez del municipio de Totoró, formación intercultural en Huila y Risaralda.
- ✓ Elaboración de la ruta para el desarrollo de procesos de formación intercultural con pueblos indígenas.
- ✓ Elaboración de los programas complementarios de “fortalecimiento intercultural en salud con pertinencia étnica”, “fortalecimiento de la partería tradicional en pueblos indígenas”, y “Cuidado de la salud mental comunitarios en los entornos de vida”.
- ✓ Acompañamiento en la construcción participativa del componente de Talento Humano en Salud para el modelo piloto de salud en Guainía.

Previo al inicio de la formación técnica o complementaria, la mayoría de los procesos requieren definir recursos para el alojamiento, desplazamiento y alimentación de los aprendices, y con esto garantizar la permeancia de los estudiantes en la formación. Las dificultades para definir estos recursos, aplazan indefinidamente el inicio de los procesos de formación.

Formación del talento humano en salud que aporta al cuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado.

En el marco del Convenio de Asociación No. 328 de 2015 entre el MSPS y la Federación Médica Colombiana, se dio acceso a 1.300 personas de 32 entes territoriales, al curso virtual “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”. La formación continua estuvo dirigida a talento

humano en salud de Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S), Secretarías de Salud Departamentales y Municipales, Equipos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en las siguientes entidades territoriales:

| Primer Corte: Mayo a Julio de 2015 Segundo Corte: Agosto a Octubre de 2015 | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes |
| Antioquia | 148 | Arauca | 46 | Atlántico | 12 | Barranquilla | 55 |
| Bogotá | 224 | Bolívar | 12 | Boyacá | 28 | Buenaventura | 6 |
| Caldas | 64 | Cali | 78 | Caquetá | 41 | Cartagena | 14 |
| Casanare | 17 | Cauca | 14 | Cesar | 4 | Chocó | 31 |
| Córdoba | 120 | Cundinamarca | 18 | Guainía | 2 | Guaviare | 1 |
| Huila | 24 | La Guajira | 44 | Magdalena | 20 | Meta | 9 |
| Nariño | 87 | N. Santander | 13 | Putumayo | 19 | Quindío | 11 |
| Risaralda | 22 | Santander | 30 | Sta Marta | 12 | Sucre | 17 |
| Tolima | 17 | Valle | 39 | TOTAL | | 1300 | |

| Primer Corte: Mayo a Julio de 2015 Segundo Corte: Agosto a Octubre de 2015 | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes | Ente Territorial | N°. Estudiantes |
| Antioquia | 148 | Arauca | 46 | Atlántico | 12 | Barranquilla | 55 |
| Bogotá | 224 | Bolívar | 12 | Boyacá | 28 | Buenaventura | 6 |
| Caldas | 64 | Cali | 78 | Caquetá | 41 | Cartagena | 14 |
| Casanare | 17 | Cauca | 14 | Cesar | 4 | Chocó | 31 |
| Córdoba | 120 | Cundinamarca | 18 | Guainía | 2 | Guaviare | 1 |
| Huila | 24 | La Guajira | 44 | Magdalena | 20 | Meta | 9 |
| Nariño | 87 | N. Santander | 13 | Putumayo | 19 | Quindío | 11 |
| Risaralda | 22 | Santander | 30 | Sta Marta | 12 | Sucre | 17 |
| Tolima | 17 | Valle | 39 | TOTAL | | 1300 | |

Fuente: Datos de la Federación Médica Colombiana. Elaboró Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.

El mencionado convenio, incluyó la elaboración de un programa de formación continua con 5 módulos, específicos para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en la modalidad individual, familiar y comunitaria.

Adicionalmente se desarrollaron espacios de trabajo con diferentes actores del sector académico como: Ministerio de Educación Nacional, Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, Facultades de Trabajo Social, Colegio Colombiano de Psicólogos, Consejo Nacional de Trabajo Social, Organización Internacional para las Migraciones, Corporación AVRE, Instituto Interamericano de Derechos Humanos y la Federación Médica Colombiana, con el objetivo de proponer orientaciones técnicas para el diseño e implementación de programas de formación que afiancen competencias para la atención a víctimas del conflicto armado.

En desarrollo de la Estrategia Nacional de Formación en Atención con Enfoque Psicosocial dirigida al talento humano del sector salud, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, se destacan las siguientes acciones:

- Formación de 1.492 personas que integran los equipos psicosociales del PAPSIVI, en 27 entidades territoriales.
- Formación de 3.105 profesionales del sector salud (IPS, EPS y Direcciones Territoriales de Salud) en “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”.
- Transferencia de recursos a las entidades territoriales, para la implementación del PAPSIVI, es especial la cualificación de los profesionales que brindan la atención psicosocial.

Se capacitaron 7.321 profesionales de la salud (médicos, enfermeras, bacteriólogos) en la atención de Chagas, Malaria, Dengue y Chikunguña, se priorizaron las regiones donde estas enfermedades tienen mayor incidencia.

Gestión para la formación en Salud Penitenciaria:

La Mesa de Formación en Salud Penitenciaria en la cual participa la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, realizó una propuesta de formación continua en salud penitenciaria para mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario en temáticas relacionadas con la salud en las prisiones, esto con el fin de contribuir a mejorar la situación de salud de la población privada de la libertad. Sin embargo la puesta en marcha de la formación requiere recursos que no se han logrado conseguir.

f. Competencias profesionales

Durante el periodo se terminó el trabajo con las profesiones de la salud obteniéndose las competencias profesionales desde el ámbito del desempeño, documentos que fueron presentados a profesionales, sector académico, Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Educación Nacional el 17 de noviembre de 2014. Se inició la construcción de las competencias transversales para las profesiones de la salud, para lo cual se realizaron un total de seis conferencias realizadas por expertos en cada uno de los temas, con lo cual se obtuvo un conocimiento de temas como genética, ética y bioética profesional, medicinas alternativas, etc., necesarios para la construcción de estas competencias, se

realizó además unas presentaciones en las regiones del país donde se invitaron a la Academia, profesionales de las 14 profesiones de la salud representantes de cada región, estudiantes, etc.

2.2.3 Redes integrales de prestadores de servicios de salud

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud se han concebido como un instrumento para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud, bajo atributos de integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con acceso adecuado y pertinente para la población, optimización de los recursos humanos, de infraestructura, de tecnología así como la sostenibilidad financiera.

La Resolución 429 de 2016 adopta la *Política de Atención Integral en Salud –PAIS*, la cual fue expedida según lo preceptuado en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y, en particular, la Ley 1753 de 2015, que en su artículo 65 estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y demás leyes, definiría la política en salud para la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

En el marco operacional de la PAIS se definió el *Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS* que comprende 10 componentes, dentro de los cuales *las redes integrales de prestadores de servicios de salud* estarán conformadas por componentes primarios y complementarios de servicios de salud. Los primeros serán los encargados de las acciones de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica; en tanto los complementarios, serán los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad, que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado. En ese contexto, se expidió la Resolución 1441 de 2016 “*Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes integrales de prestadores de servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*”.

Con respecto al componente primario de las redes, se trabaja en las especificaciones técnicas y regulación del prestador primario de servicios de salud, como organizaciones funcionales para la gestión del proceso de atención en salud en lo relativo a este componente. Como tal, no se considera como un simple agregado de servicios priorizados como primarios habilitados, sino que implica que cumplan con los procesos, estándares y criterios mínimos que se definan para tal propósito; de forma tal que cumplan un papel primordial en la gestión y control, con la mayor resolutivez posible, de los riesgos en salud, así como en la provisión de las atenciones más frecuentes de la población adscrita, de forma integral.

El logro de los componentes metodológicos y cuantitativos que soportan los requerimientos de los procesos asociados a las redes integrales de prestadores de servicios de salud, requieren el desarrollo de instrumentos y lineamientos para dar alcance a las necesidades de los diferentes actores. En este sentido, se elaboró el documento técnico sobre “*Metodologías y regulación para la conformación, habilitación, operación y seguimiento de las redes integrales de prestadores de servicios de salud*”, el

cual contiene los alcances, directrices, roles y funciones para los actores, instrumentos metodológicos para la determinación de la suficiencia de la oferta y la trazabilidad del proceso de atención, estándares y criterios para la habilitación de las redes, así como los requerimientos de desarrollo de las fuentes de información para su implementación.

Igualmente, se está implementando una propuesta de mejoramiento de los sistemas de información que aborda los desarrollos de tipo conceptual y operativo, que soportan los nuevos procesos de captura de información de la oferta de servicios de salud, el diseño e implementación de los procesos de generación, actualización, verificación, validación y envío de la misma por parte de los actores correspondientes teniendo en cuenta la regulación de habilitación de redes de prestadores de servicios de salud. Para la entrada en vigencia de la Resolución 1441 de 2016, se trabaja en el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que se requiere para los procesos de habilitación.

2.2.4 Estrategias acordadas para el desarrollo y seguimiento de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina

El fortalecimiento de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina como estrategia para el mejoramiento del acceso y la resolutividad de la prestación de servicios y para brindar atención oportuna y de calidad a todos los usuarios del sistema, se le dio continuidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “*Todos por un nuevo país*”, Ley 1753 de 2015.

El avance en el número de prestadores inscritos ofreciendo servicios en esta modalidad, presenta una tendencia creciente para el periodo 2011-2016, como se puede evidenciar en la gráfica No 1 y en la tabla No 4. Si se comparan las cifras al cierre de agosto de 2016, respecto de las observadas a 31 de diciembre de 2012, se aprecia un crecimiento de 56% en sedes y 63% en servicios; es decir, que de 562 sedes de prestadores con TM se alcanzó un valor de 781. De igual manera, se pasó de 1883 a 3068 servicios prestados. Estos servicios se localizan en 294 municipios de 33 departamentos y el Distrito Capital. En la Tabla 4 se puede apreciar su composición por tipo de prestador y naturaleza jurídica.

- **Fortalecimiento de la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina en los municipios de fronteras**

Se suscribió y puso en marcha un Convenio de Cooperación Técnica entre el MSPS y el Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE) para el desarrollo de la Telemedicina en los municipios de frontera. En las dos primeras fases de ejecución se han implantado servicios de telemedicina con recursos cercanos a \$1.140 millones asignados por el MRE a 34 sedes de prestadores públicos, ubicados en 28 municipios de fronteras.

En la actualidad se está avanzando en la implementación de una tercera fase del proyecto, que pretende fortalecer la prestación de los servicios en las 34 sedes de prestadores públicos ya instalados,

ampliar la cobertura a 23 nuevas sedes de prestadores ubicados en municipios de fronteras y acompañar el desarrollo de estrategias para la sostenibilidad en el tiempo. El MRE tiene previsto un presupuesto cercano a \$2.900 millones para esta fase.

- **Articulación con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (Min TIC) para el desarrollo de la telemedicina**

En este contexto, se ha dado seguimiento a las obligaciones del sector TIC para el mejoramiento de la conectividad del sector salud contenidos en el Plan TIC, Ley 1419 de 2010 (en especial la reglamentación del Comité Asesor de Telesalud y la construcción del mapa de conectividad), Ley 1438 de 2011, ley 1753 de 2015.

En cuanto a la conectividad de prestadores públicos para el desarrollo de la telemedicina se ha dado continuidad al trabajo conjunto con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación para gestionar la conectividad de prestadores de servicios de salud públicos en el marco de los proyectos de conectividad que allí se adelantan y de acuerdo con el reporte del Min TIC, con el proyecto nacional de fibra óptica a diciembre de 2013 se logró la conexión de 212 sedes de prestadores públicos en 196 municipios de 16 departamentos (Tabla No 6).

Tabla No 6.
Conectividad con fibra óptica de prestadores públicos en salud conectados Programa Vive digital, 2013

| Departamento | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Total general |
|----------------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| Antioquia | 18 | 1 | | 19 |
| Bolívar | | | 10 | 10 |
| Boyacá | | 1 | | 1 |
| Caldas | 15 | | | 15 |
| Cesar | 3 | 2 | | 5 |
| Choco | | | 1 | 1 |
| Cundinamarca | 22 | | | 22 |
| La guajira | 1 | 1 | | 2 |
| Magdalena | | 2 | | 2 |
| Meta | 10 | | | 10 |
| Nariño | 36 | 1 | | 37 |
| Nte de Santander | 14 | | | 14 |
| Risaralda | 6 | | | 6 |
| Santander | 29 | 1 | | 30 |
| Sucre | 6 | 1 | | 7 |
| Tolima | 25 | | 6 | 31 |
| Total general | 185 | 10 | 17 | 212 |

Fuente: Reporte MTIC diciembre de 2013

En la asignación de renovación del uso del espectro para las compañías de telefonía celular móvil se incluyeron obligaciones a los operadores las cuales hacen parte del pago por el uso del espectro entre las cuales son aplicables al Sector Salud:

- i. Proyectos para el desarrollo del ecosistema digital en salud (servicios, aplicaciones, usuarios).
- ii. Implementación del envío de mensajes de texto de alerta temprana sobre las redes de telecomunicaciones móviles. (adherencia a tratamientos, agendamiento de citas, vigilancia en salud)
- iii. Conectividad a hospitales y centros de salud. (incluyen conectividad de última milla).

Igualmente se gestionó con Min TIC una petición para que se incluyera en la normatividad la conectividad como un servicio público, si bien la iniciativa no prosperó, se está orientando la adquisición a través de Colombia Compra Eficiente

De otro lado, en la actualidad se está gestionando la conectividad para el posconflicto donde se está revisando el Plan de Conectividad de ese Ministerio para cabeceras municipales y la oferta de acceso comunitario a internet para centros poblados con el fin de realizar el cruce con las necesidades de Telemedicina, e incluir las sedes de prestadores de servicios de salud de los municipios de interés.

- **Evaluación de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina**

Se formularon documentos técnicos para la implementación del proceso de evaluación y monitoreo de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina, y en este contexto, se realizó una propuesta del modelo de evaluación y monitoreo de la telesalud/telemedicina, que ha permitido adelantar los siguientes estudios:

- i. Un estudio exploratorio de la situación de telemedicina en municipios priorizados de Colombia, para conocer la capacidad de respuesta de los prestadores, aseguradores y otros actores interesados en su desarrollo, el cual se llevó a cabo durante 2014 y 2015, y para el cual se desarrollaron: a) el protocolo de captura y análisis de datos para el estudio, b) El cuestionario de la encuesta que utilizó el estudio, c) El procesamiento, análisis e informe de los resultados del estudio. El informe con los resultados puede ser consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-exploratorio-telemedicina-municipios-priorizados-colombia.pdf>
- ii. Una propuesta de indicadores para medir los resultados y avances de la Telesalud y telemedicina.
- iii. Una primera propuesta con metodologías de monitoreo, seguimiento y evaluación de la Telesalud/telemedicina.
- iv. En el marco del Proyecto “*Actualización y mantenimiento del Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social a nivel Nacional*”, se contrató con la Universidad de Antioquia la construcción de una propuesta técnica de *Procedimientos Operativos Estandarizados en Telesalud para Colombia*, como una herramienta para los prestadores de servicios de salud que ofrezcan servicios bajo la modalidad de telemedicina, sus contenidos han sido compartidos con

los actores que manifiestan su interés de adelantar proyectos de telemedicina si bien la discusión interna al interior del ministerio continúa pendiente .

- **Lineamientos para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina**

Se elaboró un documento técnico preliminar de lineamientos para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, el cual está siendo ajustado de acuerdo a los lineamientos de la Política de Atención Integral en Salud y el MIAS.

Se adelantaron trabajos articulados con la Oficina de TIC, la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, con el propósito de identificar e incluir la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina en el RIPS.

Se continúa en la construcción de un documento técnico con un proyecto tipo para orientar las inversiones en telesalud de los departamentos.

- **Normatividad expedida por el Ministerio para el fortalecimiento de la telemedicina**

Se consolidaron y actualizaron los criterios y estándares de habilitación para la modalidad de telemedicina, inicialmente con la expedición de la Resolución 1441 de 2013 (derogada) y posteriormente con la Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”*. La resolución contiene los estándares y criterios que deben cumplir los prestadores, para ofertar los servicios bajo la modalidad de telemedicina. El hecho de que la de telemedicina constituya una modalidad, dentro de la estructura de servicios, en el sistema de habilitación, permite que cualquier prestador que cumpla con los criterios de calidad allí establecidos, pueda ofertar y prestar sus servicios en esta modalidad como una forma de mejorar la equidad, el acceso a servicios especializados y la resolutividad para toda la población que atiende, sobre todo en zonas de difícil acceso y con restricciones de oferta.

De otro lado, las Resoluciones 5521 de 2013, *“Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”* y 5592 de 2015 *“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, siguen considerando la modalidad de telemedicina dentro del plan de beneficios, con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el POS y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

La Resolución 429 de 2016 que adopta la política de atención integral en salud (PAIS), establece el incremento de la capacidad tecnológica del prestador primario, con la implantación de plataformas de TM y la articulación del componente primario y complementario de la red con servicios en la modalidad de TM.

- **Asistencia Técnica**

Se ha realizado de forma permanente asistencia técnica y orientación para el desarrollo de los servicios bajo la modalidad de telemedicina a todos los actores interesados (prestadores, Direcciones te-

ritoriales, aseguradores, industria, academia), lo mismo que orientación para la elaboración de proyectos e iniciativas de telesalud telemedicina a ser financiados a través de distintas fuentes, tales como el Fondo de CTI de Colciencias, Contratos Plan, regalías, presupuesto del departamento. Además, el componente de telemedicina se ha integrado al análisis de los proyectos de inversión de los departamentos.

2.3 Política de regulación de los productos de salud

2.3.1 Regulación de precios

Teniendo en cuenta, que la falta de regulación efectiva de precios fue una de las principales causas del crecimiento exponencial en los recobros⁴. A raíz de ello, se fijaron valores máximos de recobro (VMR) establecidos en la Circular 04 de 2012 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos “*Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo*”. Esta medida frenó el crecimiento exponencial del valor total de los recobros y se tradujo en una reducción del 27.5% del precio de los medicamentos durante 2011 y 2012, equivalente a un ahorro de \$660 mil millones (COP).

Por otra parte, en el marco de la Política Farmacéutica Nacional (Conpes 155 de 2012) la estrategia 4 estableció el uso de precios de referencia internacional para la regulación de precios de medicamentos en Colombia, esta estrategia ha sido crucial para mitigar los impactos de las asimetrías de información y la carencia de control sobre el mercado farmacéutico. Por ello, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, desde el año 2013 y hasta el año 2015 expidió 8 Circulares, mediante las cuales se estableció la metodología de referenciación internacional de precios, por la cual se controló el precio de 863 medicamentos y un dispositivo médico (Estent coronario medicado), lo que se ha traducido en una reducción promedio de los precios de 40% y un ahorro anual superior a los 550 mil millones de pesos (COP). Lo anterior, con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema mediante un estricto control a los precios de los medicamentos y los dispositivos médicos en mercados monopólicos o concentrados. El proceso de regulación de precios de medicamentos, así como sus etapas de consulta se pondrá consultar a través del link <http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

En esta misma línea, se expidió el Decreto 1782 de 2014, “*Por el cual se establecen los requisitos y el procedimiento para las Evaluaciones Farmacológica y Farmacéutica de los medicamentos biológicos en el trámite del registro sanitario*” y en cuanto a su reglamentación, se han expedido la Resolución 5402 de 2015 “*Por la cual se expide el manual y el instrumento de verificación de las Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos Biológicos*. Resolución 003690 del 17 de agosto de 2016 “*Por la cual se expide la Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos* » y la guía de inmunogenicidad que se encuentra en proceso de expedición. Con base en los estimativos disponibles (basados en las experiencias de otros países), puede preverse que los precios de algunos medicamentos biotecnológicos se reduzcan entre un 30% y 60%, lo que representará ahorros adicionales para el sistema.

2.3.2 Fortalecimiento de la puerta de entrada

⁴ Dada las crecientes frecuencias de recobro, se identificó un potencial uso irracional de medicamentos; entre 2005 y 2010 aumentaron las dosis consumidas de ciertos medicamentos de alto costo en más de un 600%. Una porción de estos aumentos pueden explicarse por una mejor cobertura, pero también por prácticas inadecuadas en la prescripción y uso de medicamentos.

Ahora bien, el 9 de Junio de 2015 se firmó la Ley 1753 de 2015 “Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 Todos por un nuevo país” que define en el artículo 72 sobre Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos, que menciona lo siguiente:

“La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y, Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario”.

Para abordar la implementación de este artículo se adelantaron distintas reuniones con la Agencia de Cooperación Francesa para el Desarrollo (AFD) entre Julio y agosto de 2015, en el cual los expertos franceses contratados por la AFD presentaron al MSPS el esquema de fijación de precios basado en valor terapéutico que actualmente es usado en Francia y que fue un insumo importante para la definición del esquema que se viene adelantando en Colombia.

3 Consolidación de los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la reforma

3.1 Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 66 y 67 Ley 1753 de 2015. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del SGSSS. Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del SGSSS, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS. La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social

La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud.

El Gobierno Nacional expidió los Decretos 1429, 1430, 1431, 1432, 1433 y 1434 de Septiembre 1 de 2016, con los cuales se organiza la Administradora de los Recursos del SGSSS-ADRES.

Se elaboró la primera propuesta del proyecto de decreto " Por el cual se establecen las condiciones generales de operación de la Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS – ADRES y se dictan otras disposiciones", fundamento para la estructuración de nuevo sistema de Información en arquitectura empresarial de servicios de información, como una segunda fase de reingeniería , después de iniciar la operación con el nuevo esquema unificado de manejo de recursos y la estabilización de la operación actual.

3.1.1 Nuevas fuentes de financiamiento

Bebidas azucaradas

Ante la necesidad de nuevos recursos, el MSPS ha venido estudiando la magnitud del recaudo que podría obtenerse con la implementación de impuestos a las bebidas azucaradas. Con base en la evidencia consultada, estimaciones y conclusiones del citado estudio, además de un programa de alimentación saludable con estrategias educativas y políticas de seguridad alimentaria para consumo de bienes como las frutas y las verduras, se propone la aplicación de un impuesto del 20% sobre todas las bebidas azucaradas. Los recursos que se recauden de este impuesto, serán de destinación específica para ayudar financiar el aseguramiento en salud de la población colombiana y financiar estrategias de promoción de la salud.

Recaudo estimado

En la tabla a continuación se presenta la suma de los distintos recaudos estimados. Las cifras se acercan a los dos billones de pesos, con una tasa impositiva del 20% para las bebidas gaseosas no alcohólicas y los refrescos. De igual manera los jugos tendrán la misma tasa (20%), aunque se asume que todos los jugos empacados ya cuentan con un IVA del 16%. Si se impone un impuesto del 30%, el recaudo total a los tres tipos de productos se estima en 2.6 billones de pesos⁵.

Tabla 1. Resumen del recaudo IVA 20% o 30%

| Año | Recaudo total - IVA 20% | Recaudo total - IVA 30% |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 2016 | 1.886.298.642.906 | 2.633.857.697.014 |
| 2017 | 1.935.504.990.196 | 2.702.296.383.843 |
| 2018 | 1.986.210.654.117 | 2.772.811.499.200 |
| 2019 | 2.038.470.656.429 | 2.845.478.961.199 |
| 2020 | 2.092.342.384.415 | 2.920.377.943.984 |

Fuente: Cálculos del MSPS. Pesos de 2015

La versión final del documento se encuentra en revisión, por lo que la información citada está sujeta a modificaciones.

Modificación de los porcentajes de cotización de aportes a salud de parte de los empleados con mayores ingresos

Con el fin de generar mayores recursos de aportes al SGSSS, se plantea un esquema de ajuste al porcentaje que los empleados dependientes deben cotizar, para lo cual se pasaría de un esquema de único porcentaje para todos los trabajadores (4% del Ingresos Base de Cotización) y pasar a un esquema de aportes variable respecto del rango salarial, en que cotizantes con mayores ingresos (aquellos con IBC mayores o iguales a 4 SMLMV y hasta 25 SMLMV) aportarían hasta el 5,65% del IBC.

De acuerdo con la propuesta, la cual se encuentra aún en revisión, la estimación de los aportes al SGSSS con un incremento proporcional del porcentaje de cotización a cargo del empleado de acuerdo a su rango de salario, es decir, quienes devengan un salario más bajo, los empleados con salarios menores a 4 SMLMV no verían incrementado su aporte, por el contrario quienes perciben salarios superiores podrán aportar desde 25 puntos básicos adicionales (cotizantes con salarios mayores o iguales a 4 SMLMV y menores a 9 SMLMV) hasta llegar a 165 punto básicos adicionales para aquellos empleados que devengan entre 23 y 25 SMLMV.

Redefinición legal del sistema de aportes, como medio para el control de la evasión y elusión de los mismos

⁵ En un estudio realizado por la DIAN (Ávila Mahecha, J. y Cruz Lasso A. 2012) se estima el impacto fiscal de gravar a la tarifa del 16% bienes y servicios excluidos. Los autores encuentran que el efecto total resultante de adicionar los costos marginales de cada exclusión sugiere que el fisco colombiano incurre en un gasto tributario por exclusiones del IVA cercano a \$ 30 billones de pesos (aproximadamente \$ 1.9 billones por punto de tarifa). En el caso de las bebidas en general (excluidas las aguas naturales), dicho costo se estima en \$100.700.000.000 millones de pesos año 2011.

Propuesta control a los aportes por cotizaciones, se proponen las siguientes medidas para el control a la evasión y elusión al Sistema:

- La cotización que corresponde al aporte actual y que deben pagar los empleados según la clasificación del artículo 329 del Estatuto Tributario Nacional (asalariados, trabajadores independientes y trabajadores por cuenta propia que prestan servicios personales), así como los pensionados, la cual da derecho a prestaciones económicas y cuya tarifa es del 4% de los ingresos mensuales. La cotización de los empleados no tiene tope máximo ni exime su pago en caso de recibir otros ingresos.
- El recaudo de la cotización de los empleados y pensionados se hace por retención del pagador, que la auto declarará y liquidará en un renglón especial de la declaración de retenciones de impuestos nacionales, o con el PILA si no se llegara a un acuerdo con el Ministerio de Hacienda.
- Las cotizaciones de salud de las demás personas naturales, se recaudará bajo el sistema de retención similar al del impuesto a la renta, a la tarifa que se establezca y que se aplicara sobre todos los pagos. El retenedor declarará estas retenciones en la declaración de retenciones.
- La cotización de salud para las personas jurídicas según la tarifa que se establezca, se efectuará por auto retención sobre sus ingresos, pudiendo establecerse la retención por los grandes contribuyentes y el estado, de forma similar al impuesto de renta. En cualquier evento en que haya percibido un ingreso y no se le haya practicado la retención, deberá auto retenerla. La sociedad presentará la declaración de las retenciones y restará las retenciones o auto retenciones efectuadas.
- El recaudo lo hará la DIAN sin que los dineros hagan unidad de caja con los otros ingresos fiscales y se le fija un plazo perentorio para el giro al FOSYGA.
- La declaración de los aportes a salud hará parte de la declaración de renta o de retenciones de la DIAN según el caso y cualquier inexactitud que encuentre la entidad en ingresos o en las retenciones, de inmediato implica inexactitud en la declaración y pago de los aportes, con la correspondiente adición en cuantía que corresponda.
- La retención es requisito de deducibilidad para la declaración de renta.

La versión final del documento se encuentra en revisión, por lo que la información citada está sujeta a modificaciones.

Proyecto de Ley de Licores: Por la cual se fija el régimen propio del Monopolio Rentístico de Licores Destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones

Proyecto de ley número 189 de 2016 senado, 152 de 2015 cámara, por la cual se fija el régimen propio del Monopolio Rentístico de Licores Destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones.

La Constitución Política establece que la organización, administración, control y explotación de los monopolios rentísticos estarán sometidos a un régimen propio, fijado por la ley de iniciativa gubernamental.

Las rentas obtenidas en el ejercicio de los monopolios de suerte y azar estarán destinadas exclusivamente a los servicios de salud. Por esto es indispensable atender el mandato constitucional de expedir una ley de régimen propio que regule el monopolio rentístico de licores, sin eliminar el monopolio y conservando las decisiones más relevantes en cabeza de los departamentos. Por lo anterior se hace necesario expedir una ley que reglamente la manera en que se ejerza el monopolio de arbitrio rentístico sobre licores, teniendo en cuenta:

- La conservación e incluso el incremento de las rentas que por este concepto se generan a favor de los departamentos
- Un ejercicio equilibrado del monopolio por parte de los departamentos sin discriminación y en condiciones de equidad y transparencia, con el cual se asegure la existencia de rentas que serán destinadas preferentemente a los sistemas de salud y educación.

La presente Ley se encuentra en trámite en el Congreso de la República y se estima incrementaría los recursos para el sector Salud.

Ley 1797 de 2016 - Ley Corta

- Modificación de los porcentajes de distribución del SGP, permite más de un 10% para prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Los excedentes del SGP no requeridos para el componente de salud pública y los recursos de transferencias del MSPS con cargo al FOSYGA se podrán utilizar para el financiamiento del No POS.
- Los excedentes y saldos no comprometidos de recursos de oferta del SGP se destinarán al pago de deudas de prestación de servicios de vigencias anteriores, si no existen deudas, se podrán destinar para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE o para acciones de inspección, vigilancia y control.
- Los excedentes de rentas cedidas se podrán utilizar en el pago de deudas No POS, si no existe No POS, será para infraestructura, renovación tecnológica, saneamiento fiscal y financiero y pago de deuda del régimen subsidiado.
- Se habilita el uso de recursos del Sistema General de Regalías para el pago del No POS, para el pago de deudas de municipios por contratos del régimen subsidiado suscritos antes de 2011 y para capitalización y saneamiento de EPS en las cuales participa la entidad territorial.
- La Nación puede incorporar recursos en el Presupuesto General de la Nación para el No POS.
- Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud (Ley 669 de 2001) se pueden utilizar para el pago del No POS.
- Se pueden utilizar los excedentes de aportes patronales para el pago de servicios de salud No POS, si no existe No POS, se destinarán al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud.

3.1.2 Fortalecimiento Patrimonial de Las EPS

Como lo establecen las Leyes 100 de 1993 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y el Decreto Ley 4185 de 2011, las EPS administran los riesgos en salud por lo tanto deben tener la solvencia y condiciones

financieras para poder manejar dichos riesgos. Por esta razón deben cumplir normas prudenciales en materia financiera similares a las de las compañías de seguros; bajo esta premisa, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2702 del 23 de diciembre de 2014 donde se establecen las condiciones financieras que debe cumplir cada EPS independientemente de su naturaleza jurídica, con excepción de las indígenas que tienen su propio régimen, se refieren a cuatro conceptos que son los siguientes: Capital mínimo, Patrimonio Adecuado, Reservas Técnicas y Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas. Las condiciones serán las mismas para las EPS que operen el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Antes de la expedición del Decreto 2702 de 2014, las reglas eran diferenciales para cada régimen.

El objetivo del Decreto 2702 de 2014 es generar unas nuevas condiciones financieras para las EPS, que garanticen que estas entidades cumplan con condiciones financieras y de solvencia que respalden el manejo de los recursos del SGSSS y puedan cubrir sus obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, protegiendo financieramente a los prestadores de servicios de salud. Así mismo, tiene como propósito que las Entidades Promotoras de Salud organicen su situación contable.

Los aspectos más importantes que se tuvieron en cuenta para la formulación de esta propuesta son:

- Se plantea unas condiciones financieras iguales para todas las EPS.
- Las EPS administran riesgos en salud y en consecuencia deben tener la solvencia financiera que se refleje en su patrimonio.
- Reglas estrictas para el manejo de recursos del sector.
- Las condiciones financieras para efectos de inspección, vigilancia y control estarán comprendidos por los siguientes conceptos: Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado que se acredita con el Patrimonio Técnico, constitución de Reservas Técnicas y Régimen de Inversiones de estas reservas.
- Alcance. Todas las EPS- Régimen Contributivo y Subsidiado, sin importar su naturaleza. Se exceptúan EPS Indígenas quienes tienen su propio régimen.

El cumplimiento de las anteriores condiciones financieras implica eventualmente la capitalización de las EPS y el fortalecimiento de su patrimonio, con la consecuente disminución de los pasivos asociados a la prestación de los servicios de salud. Así mismo implica reglas más estrictas para manejar los recursos del SGSSS; Este decreto establece, con carácter obligatorio para todas las entidades autorizadas para operar el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, el ajuste y depuración de la información financiera. Esto con el propósito de contar con la información financiera que permita realizar una adecuada evaluación del riesgo financiero y que se aclaren los valores de los defectos en patrimonio que deberán ser cubiertos por cada Entidad Promotora de Salud.

Los Decretos, Resoluciones y circulares relacionados con el Decreto 2702 son:

- Resolución SNS No. 004175 del 29 de Dic de 2014: Por la cual se modifica la Resolución 724 de 2008, por la cual se emite el Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades que Administran Planes Adicionales, hoy voluntarios de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda.

- Resolución SNS No. 000412 del 27 de Marzo de 2015: Por la cual se modifica el Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda; y se dictan disposiciones relativas a la inspección y vigilancia de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto número 2702 de 2014.
- Circular Externa SNS No. 000006 del 31 de Marzo de 2015: Por la cual se imparten instrucciones para el envío de la información y adecuado cálculo de las provisiones.
- Circular Externa SNS No. 000007 del 01 de Abril de 2015: Se imparten Instrucciones para el reporte de la información que trata el Decreto 2702 de 2014.
- Decreto 1681 Expedido el 20 de Agosto de 2015 del Gobierno Nacional: Por la cual se establecen las condiciones para la suscripción de títulos representativos de deuda subordinada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 4385 Expedida el 26 de Oct de 2015 Del Ministerio de Salud y Protección Social: Por la cual se establecen las condiciones para la suscripción de títulos representativos de deuda subordinada por parte del MSPS con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA.
- Resolución 2233 Expedida el 22 de Junio de 2015 Del Ministerio de Salud y Protección Social: Por la cual se imparten lineamientos a las Cajas de Compensación Familiar para la utilización de los recursos del artículo 97 de la Ley 1753 de 2015 y del numeral 2 del artículo 3 del Decreto 2562 de 2014.
- Decreto 2089 Expedido el 23 de Oct de 2015 del Gobierno Nacional: Por el cual se modifica el Decreto 3045 Expedido el 27 dic 2013 (Por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones).
- Circular Externa de la SNS No. 000021 del 23 de Dic de 2015 Régimen de Inversiones.

3.1.3 Saneamiento de Pasivos

a. Compra de cartera.

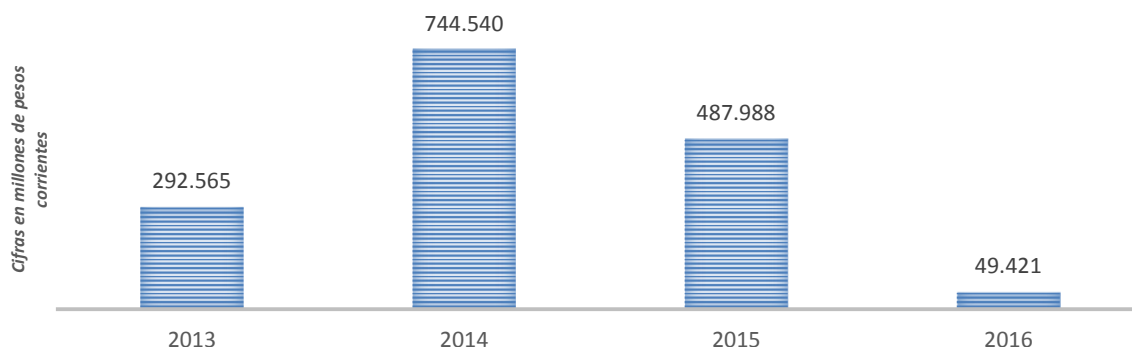
Es el mecanismo diseñado por el MSPS en el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las IPS puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las EPS, de los regímenes contributivo y subsidiado, o las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que administren este último régimen.

La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la Subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o Cajas de Compensación que adeudan los recursos a las IPS.

Al corte de septiembre de 2016, se han aprobado 1.763 operaciones de compra de cartera por \$1,5 billones, en las que se han beneficiado 412 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Los recursos han sido girados a las IPS públicas, privadas o mixtas.

De acuerdo con lo anterior, sobre los datos de la edad y fecha en la que se originó la cartera, se informa que de acuerdo a lo observado y reportado en los formularios de Solicitud y Formalización de Compra de Cartera, se tienen facturas desde el año 2004 hasta el presente año.

En la siguiente gráfica, se señala la evolución de la compra de cartera:



Fuente: Compra de Cartera. DFS – MSPS.

b. Líneas de crédito con tasa compensada.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en el artículo 4 del Decreto 1681 de 2015, reglamentó la Subcuenta de Garantías de Salud del FOSYGA, a través de la cual el Gobierno Nacional autorizó la creación de una línea de crédito con tasa compensada que se gestiona con la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER) para otorgar créditos destinados a generar liquidez y al saneamiento de pasivos de las EPS e IPS.

Para su implementación, el ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015, mediante la cual se estableció el procedimiento, las condiciones, los requisitos, los criterios de viabilidad y el seguimiento de dicha línea de crédito, destinada a otorgar liquidez y al saneamiento de los pasivos del sector salud. Posteriormente, fue modificada por las Resoluciones 5588 de 2015 y 1121 de 2016, las cuales permitieron el acceso a IPS privadas y mixtas que presten servicios ambulatorios y domiciliarios. De esta forma, con esta medida se apalancará en total crédito por aproximadamente \$1,3 billones.

Con corte a 31 de agosto de agosto 2016, por esta medida se han apalancado crédito a las EPS e IPS por valor de \$940.233 millones; los mismos han sido girados a las IPS públicas, privadas o mixtas.

c. Uso recursos de aportes patronales – excedentes CAJANAL.

Con relación al numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, fue expedido el Decreto 1095 de 2013, en el cual se reglamenta dicho numeral, dejando en cabeza del MSPS la competencia para distribuir los recursos provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS, de conformidad con las reglas previstas en la ley.

En desarrollo del mencionado decreto, el MSPS expidió la Resolución 3243 de 2013, en la cual se establecen los montos distribuidos a cada entidad departamental y distrital, así como el procedimiento de reporte de información para el giro a los prestadores de servicios de salud.

Estos son los criterios de distribución definidos en el mencionado artículo: i) 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país; y, ii) 50% entre

departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

El monto final de los excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS, y asciende a \$70.548 millones, monto que incluye los activos remanentes y los rendimientos financieros causados hasta la fecha de giro al mecanismo de recaudo y giro creado por el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se están girando de acuerdo con las necesidades de las entidades territoriales.

Finalmente, con corte a septiembre de 2016, de conformidad con las solicitudes efectuadas por las entidades territoriales, quedan pendiente de giro \$16.324 millones.

d. Deudas por contratos de aseguramiento del régimen subsidiado.

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 estableció que en el caso que las entidades territoriales adeuden los recursos del régimen subsidiado a las EPS por contratos realizados hasta marzo de 2011, el Gobierno Nacional, en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados, descontará para el saneamiento de estas deudas, los recursos asignados a ese municipio por SGP de propósito general de libre de inversión, regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional.

El Decreto 1080 de 2012 reglamentó dicho procedimiento y estableció, entre otros aspectos, que las entidades territoriales debían determinar las deudas por contratos de aseguramiento que fueron suscritos hasta marzo de 2011 y enviar la información correspondiente a las EPS con quienes suscribieron los contratos.

Así mismo, debían remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, la información de las deudas reconocidas y no pagadas con los recursos disponibles en las cuentas maestras de los municipios. De igual forma, se exigió que los municipios que manifestaran no tener deudas enviaran el reporte informando tal situación.

En respuesta a los procedimientos y requerimientos de información determinados a través de la Resolución 1302 de 2012, las entidades territoriales y las EPS remitieron la información de las deudas reconocidas por contratos de aseguramiento, así como las deudas que no fueron posibles de pagar con los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

A continuación se presenta el resumen de la información recibida por parte de las entidades territoriales y EPS, en el marco del Decreto 1080 de 2012:

Cifras en millones de \$

| Decreto | Información reportado por la EPS | | | Valor deudas reconocidas no pagadas | | Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)* |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---|
| | Deuda Reconocida ET | Valor Pagadas Cuenta Maestra | Deudas Cuenta No Reconocido por la ET | Reportado por Entidad Territorial | Reportado por EPS | |
| 1080 de 2012 | 530.609 | 105.775 | 218.714 | 359.698 | 424.829 | 320.847 |
| 058 de 2015 | 0 | 0 | 67.917 | 59.261 | 70.784 | 29.174 |

Fuente: Entidades territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexos 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015.

De otra parte, el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 autorizó al Ministerio para disponer, por una sola vez, de recursos del FOSYGA, hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000) para que las entidades territoriales del orden municipal de categorías 4, 5 y 6, puedan atender las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud, en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Así mismo, determinó que los recursos asignados deben ser restituidos en un plazo máximo de diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del régimen subsidiado de salud.

En este contexto, el Ministerio ha realizado la asignación de \$129.707 millones a 226 entidades territoriales. Con corte a septiembre de 2016, se tienen el siguiente estado de las deudas:

Cifras en millones de \$

| | VALOR DE LA DEUDA RECONOCIDA A NO PAGADA (MENOR VALOR) | PAGOS CUENTA MAESTRA | ASIGNACIÓN RECURSOS FOSYGA (ARTÍCULO 5 LEY 1608 DE 2013) | ASIGNACIÓN FAEP | DESCUENTOS SGP 2014-2016 | DEUDAS INFORMADAS PAGADAS CON RECURSOS DE REGALÍAS | RECURSOS LOTTO EN LÍNEA 2014 Y 2015 | DEUDA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2016 | % AVANCE DE ESTADO DE DEUDA |
|--------------|--|----------------------|--|-----------------|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 1080 de 2012 | 320.847 | 36.982 | 120.379 | 41.378 | 65.398 | 224 | 18.897 | 37.672 | 88% |
| 058 de 2015 | 29.174 | 167 | 9.387 | 39 | 4.296 | - | 3.264 | 12.021 | 59% |

Fuente: Entidades territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexos 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015.

En el marco del ejercicio de la determinación de la deuda y los pagos de las mismas, el MSPS ha remitido a los organismos de control la información de las deudas reconocidas en el marco de dicho decreto. Se precisa que los contratos del régimen subsidiado tenían disponibilidades presupuestales al momento de su suscripción y en consecuencia es necesario que los organismos de control revisen la situación respecto a los recursos del sistema de salud.

Finalmente, se precisa que la información de este procedimiento fue remitido a la Contraloría General de la República y Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con el objeto que adelanten las intervenciones a que haya lugar en el marco de sus competencias.

e. Compra de títulos de deuda subordinada.

El Gobierno Nacional reglamentó el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 mediante la expedición del Decreto 1681 de 2015, en armonía con lo previsto en el inciso 3 del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, con el objeto de salvaguardar el servicio público de salud y fomentar el fortalecimiento financiero de los aseguradores y prestadores de servicios de salud, mediante el uso de los recursos recaudados en la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA.

Por su parte, el artículo 8 del Decreto 1681 de 2015 estableció la posibilidad, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, de adquirir títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

A través de la Resolución 4385 de 2015 se establecieron las condiciones para la suscripción de título de deuda subordinada por parte del Ministerio. Dicha resolución indicó las condiciones que debían cumplir las EPS en cuanto a la cantidad de afiliados del SGSSS, las condiciones financieras de los títulos, la carta de invitación para la adquisición de los títulos, los criterios a revisar por parte del MSPS, así como las condiciones del convenio de desempeño que debía suscribir la entidad a la cual el Ministerio le comprara los títulos.

Una vez cumplida con las condiciones establecidas por la mencionada resolución, el Ministerio, con fundamento en la Resolución 4737 de 2015, aceptó la carta de invitación de la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones–BOCAS de Cafesalud y adquirió los títulos por valor total de \$200.000 millones. A la fecha se han girado \$200.000 millones a la red pública, privada, mixta y proveedores.

f. Ley de Presupuesto Vigencia 2016

En aplicación de los artículos 75 y 84 de la Ley 1769 de 2015 (Ley de Presupuesto), las entidades territoriales reportaron la utilización \$103.054 millones de pesos para el pago por la prestación de servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios suministrados a los afiliados al régimen subsidiado, con recursos excedentes de los componentes de oferta y salud pública del Sistema General de Participaciones, así como de recursos transferidos por el MSPS con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores.

g. Excedentes Aportes Patronales.

El artículo 75 de la Ley 1769 de 2015, contempló que los recursos girados al mecanismo de recaudo y giro previsto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, en virtud del artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 106 de la Ley 1687 de 2013 por parte de las Administradoras de Pensiones tanto del Régimen de Prima media con prestación definida, como de ahorro individual con solidaridad, las administradoras de cesantías, Entidades Promotoras de Salud y/o FOSYGA y las Administradoras de Riesgos Laborales; se podrán destinar al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud, privilegiando el pago de los pasivos laborales incluidos los aportes patronales. De no existir estos pasivos se podrán destinar al pago de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda que adeude la Entidad Territorial a la EPS o a los prestadores de servicios de salud.

En virtud de lo anterior, se expidió la Resolución 2360 de 2016, por medio de la cual se asignó a departamentos y distritos \$180.000 millones. Estos recursos se están girando directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas a través de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y permanecerán en el portafolio de esta subcuenta hasta su giro al beneficiario final.

h. Ley 1797 de 2016 – Ley Corta.

La Ley 1797 de 2016 establece reglas especiales para el saneamiento de pasivos, las cuales se enuncian a continuación:

- Ampliación de las líneas de crédito blandas a EPS para saneamiento y restructuración de pasivos.
- Expedición o emisión de certificación de reconocimiento de deudas, por parte de las entidades responsables de pago (EPS, ET y Fosyga), la cual podrá servir de título para garantía de operaciones de crédito.
- Saneamiento directo de la deuda a las ESE hasta por el monto máximo de la cartera no pagada por las EPS liquidadas.
- Los excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado podrán ser utilizados en la capitalización de las EPS en las que tengan participación las entidades territoriales.

3.2 Fortalecimiento del aseguramiento en salud

3.2.1 Afiliación al SGSSS

La transformación de la naturaleza del derecho a la salud, en derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, es resultado de la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que a su vez busca garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Este cambio constituye un avance representativo para hacer efectivo este derecho, que de igual manera es consecuencia de la evolución normativa y jurisprudencial del derecho a la salud, producto de más de 20 años de estudio y ejercicio de la protección constitucional; ahora, la regulación de la salud como la prestación 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, da paso a una regulación que no se “restringe a los “derechos” que otorga la afiliación al Sistema, sino que trascendió a conceptos más amplios como el desarrollado por la Corte Constitucional y ampliamente explicado en la Sentencia T-760 de 2008 de “requerir con necesidad” que en palabras de la misma Corte significa, requerir un servicio y no contar con los recursos económicos para poder proveerse por sí mismo el servicio.”⁶

⁶ P.2. MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL PROYECTO DE DECRETO. “Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud”, elaborado por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en salud, Riesgos Laborales y Pensiones de Ministerio de Salud y Protección Social. Octubre de 2015.

En este orden de ideas, a partir de la concepción de la salud como derecho fundamental, “las instituciones y reglas de la afiliación deben verse como mecanismos efectivos para la garantía de éste, de modo que cuando no cumplen su propósito o por el contrario constituyen barreras de acceso a la garantía del derecho, deben ser reformadas y adaptadas a esta nueva realidad.”⁷; surge una nueva perspectiva, desde la cual este Ministerio revisó y ajustó “la normativa y las reglas vigentes en materia de afiliación y novedades en el SGSSS, a fin de armonizarlas con la realidad socioeconómica del país.”⁸. De esta manera, se expidió el Decreto 2353 de 2015, publicado el 3 de diciembre de ese año, que pone a disposición de la sociedad, una norma que unifica y actualiza las reglas de afiliación al SGSSS, crea el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) mediante los cuales se podrán realizar los procesos de afiliación y novedades en el citado Sistema, define los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Avances Difusión Decreto 2353 de 2015

El Ministerio ha preparado documentos básicos sobre los aspectos esenciales del Decreto 2353 de 2015, de la mayor relevancia para empoderar al afiliado en salud y darle a conocer sus derechos, así como sus obligaciones; como es el abecé, la presentación sencilla de los beneficios que introduce el Decreto 2353 de 2015, el texto del mencionado decreto y la sección en donde el ciudadano puede formular de manera respetuosa sugerencia, denuncia, petición, queja, y/o reclamo su petición, (PQR) a través del formulario web de PQRSD de MinSalud, que será tramitada por el Grupo de Atención al Ciudadano.

Estos instrumentos se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, en el siguiente link, sobre el cual se puede picar y encontrar la información relevante: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/decreto-de-afiliacion.aspx>. En donde encuentran lo siguiente: Beneficios del Decreto de Afiliación, Decreto 2353 de 2015, PQRS y Abecé

Con el propósito de capacitar a los funcionarios de las entidades territoriales sobre las normas expedidas recientemente por el Gobierno Nacional y por el MSPS respecto de las reglas de afiliación al SGSSS y el reporte de novedades, se han adelantado las siguientes actividades:

Eventos de socialización y capacitación a nivel nacional y regional, a través de Video Conferencias y eventos puntuales en algunas ciudades del país, en las cuales se realizan Conferencias Presenciales, dirigidas además a miembros de las asociaciones de pacientes, eventos que se realizan en coordinación con la Asociación de Pacientes Colombia. Las normas sobre las cuales se han realizado las Video Conferencias y Conferencias Presenciales son las siguientes:

- **DECRETO 2353 DE 2015** “Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud”.
- **RESOLUCIÓN 974 DE 2016** “Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

⁷ P.3.Idem

⁸ Ibídem.

- **RESOLUCIÓN 1328 de 2016** “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

Se han llevado a cabo 6 Video Conferencias, en las cuales han participado 438 personas, en grupos que oscilan entre 211, máximo número de participantes y 20 personas, como mínimo. Estos eventos se realizaron en un periodo comprendido entre el 26 de abril y el 19 de agosto. De otra parte, se realizaron 7 conferencias presenciales, en diversas regiones del país, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Villavicencio, Cali y Pasto. En estos eventos, han participado 2,235 personas, en grupos que oscilan entre 521, máximo número de participantes y 93 personas, como mínimo. Éstos se realizaron en un periodo comprendido entre el 30 de junio y el 22 de septiembre. Igualmente, está planeada otra conferencia en Santa Marta para el 29 de septiembre de 2016. (Ver Anexo para mayor detalle).

3.2.2 Desarrollo del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT

El desarrollo se inició en el año 2015, con la formulación del proyecto y el diseño general de los módulos que lo conforman, y la definición de las funcionalidades generales en el sentido de qué es lo que se espera que el Sistema haga para facilitar los procesos de afiliación y reporte de novedades a los afiliados y de cómo tener el control sobre dichas transacciones. En el año 2016 adelantaron las siguientes actividades:

- Definió las funcionalidades en forma detallada, y junto con OTIC las convirtió en instrucciones de programación y diseño de la arquitectura general de información.
- Revisó los casos de uso finales que fueron llevados a programación
- Realizó las pruebas funcionales al Módulo de Registro y Autenticación, reportó las incidencias y verificó, posteriormente, la corrección de dichas incidencias.
- En el mes de octubre llevará a cabo las pruebas funcionales del módulo de Afiliación y en el mes de noviembre las del módulo de Novedades.

3.2.3 Mecanismos que promuevan la competencia por calidad y el pago por desempeño

En el marco de la Ley 1751 de 2015 es obligación del Estado formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en coordinación con todos los agentes del Sistema; así como la integralidad, continuidad y oportunidad en la atención. De conformidad con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, que establece la integralidad en la atención y no fragmentación de la responsabilidad en la prestación de servicios de salud, se deben reorientar los procesos operativos, técnicos y financieros que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios de salud orientados hacia la calidad y obtención de resultados en salud.

Se pretende fortalecer la confianza entre las diferentes entidades responsables del pago y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través de la definición de reglas claras en los procesos de negociación, mecanismos de pago y tarifas que se adecuen a las necesidades para

garantizar la prestación de los servicios de salud en desarrollo de los principios de eficiencia y sostenibilidad establecidos en el artículo 6° de Ley Estatutaria de Salud Ley 1751 de 2015. A través de diversas formas de contratación vinculadas al desempeño y resultados en salud, se busca mejorar el acceso con calidad a los servicios de salud de toda la población, fortaleciendo la red hospitalaria pública, en condiciones de eficiencia, competitividad, calidad y sostenibilidad financiera, en concordancia con medidas similares dentro del sistema sobre los pagadores.

Avances difusión proyecto de decreto de mecanismos de pago

- Con el propósito de detectar los problemas que se vienen presentando en las relaciones contractuales entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud se han venido realizando por lo menos 10 reuniones a lo largo de este año con los diferentes agentes del sistema.
- El proyecto de decreto de mecanismos de pago se ha venido socializando con las diferentes direcciones del Ministerio con el fin de articular la reglamentación. Los comentarios han servido para retroalimentar el contenido de cada uno de los capítulos del Proyecto del Decreto.
- En la actualidad se encuentra en proceso de revisión final el proyecto de decreto para ser publicado para comentarios en el mes de Octubre del presente año.

3.3 Sistema Integral de Información (Sispro) /TIC

3.3.1 Sistema de información en particular respecto a la armonización de las bases de datos

Desde 2005, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) ha tenido un desarrollo gradual y progresivo con aplicativos informáticos que dan respuesta a necesidades específicas definidas en la regulación⁹, de tal forma que hoy se tienen datos para la toma de decisiones informadas. Sin embargo, la articulación e integración de los datos de las distintas fuentes que disponen información en Salud y Protección Social continúa siendo un reto para el sistema. A ello cabe agregar la necesidad de actualizar el sistema de información, dadas las nuevas exigencias y necesidades de información, con el fin de ofrecer a todos los actores del sistema, y en particular a los usuarios, información unificada, oportuna y centrada en el ciudadano.

Así pues, durante los próximos cuatro años se fortalecerá el SISPRO, de acuerdo con las nuevas exigencias de la Ley Estatutaria en Salud. En la estructuración del sistema se prevé la construcción de módulos de información al ciudadano (e.g. la central de afiliación y movilidad, central de prestación de servicios, central de cuentas y pagos, entre otros), módulos administrativos relacionados como la central de administración de prestadores de servicios de salud, talento humano y en general de recursos técnicos para la salud, así como un nuevo módulo ambiental y sanitario. Todos estos desarrollos consolidarán la información unificada de las distintas fuentes y entidades participantes en cada proceso, y se pondrán a disposición para consulta en el portal web correspondiente.

⁹ Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Ley 1438 de 2011 y otras normas relacionadas.

Avances 2016 y perspectivas. En armonización de bases de datos, el Ministerio tiene en desarrollo los proyectos de SAT, Datos Básicos de la Historia de Salud del Ciudadano y Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que apuntan a la unificación de la información, a facilitar el acceso a los servicios de salud y a la portabilidad de los datos, mediante el intercambio de datos de diferentes sistemas de información a cargo del Ministerio.

Con la puesta en operación del SAT y Datos básicos de la historia de salud del ciudadano en diciembre de 2015 el Ministerio dispuso, por primera vez, información de salud de la persona para consulta por el ciudadano en www.miseguridadsocial.gov.co. Al SAT, creado con el Decreto 2353 del 2015, se accede a través del registro e identificación de la persona, lo que le permite verificar su información básica actual de afiliación y la de su grupo familiar en lo correspondiente a salud, así como los aportes a la seguridad social efectuados a través del Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA. A la fecha se encuentra desarrollado y en operación el módulo de registro de aportantes, quien reportará directamente en el Sistema y, se prevé la puesta en operación de todas las funcionalidades de salud establecidas en el Decreto 2353, en el 2017. Estas funcionalidades son: registro de aportantes y novedades de aportantes, afiliación básica, novedades de afiliados y de beneficiarios, novedades de identificación y datos básicos, movilidad y traslados. De igual manera se dispondrá para el 2017 de un servicio web para interoperar con pensiones.

El SAT se estructura sobre la información de la tabla de evolución de documentos de identificación de afiliados a la Protección Social y el intercambio de información entre la Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social –RUAF, la base de datos de Regímenes de Excepción - BDEX y la PILA.

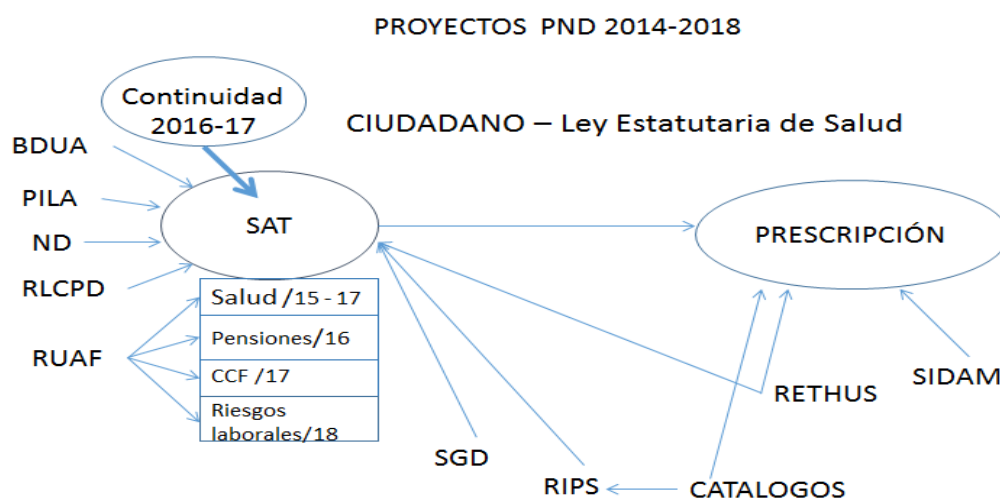
3.3.2 Historia de Salud del Ciudadano

De igual manera, el Ministerio trabaja desde el 2015 en la implementación de los Datos Básicos de la Historia de Salud del Ciudadano. Actualmente se disponen los datos de atenciones de salud reportados a la base de datos nacional Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS en los dos últimos años. A estos registros sólo puede acceder el ciudadano plenamente identificado en www.miseguridadsocial.gov.co, para garantizar el habeas data y la protección de datos personales. A la fecha se dispone de 32 variables dispuestas en línea para consulta por el ciudadano. Se prevé aumentar gradualmente cada año, hasta el 2018, el número de variables dispuestas al ciudadano.

Con motivo de la Resolución 1328 de abril de 2016, se prioriza para este año el diseño, desarrollo y puesta en producción del aplicativo de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MIPRES NoPBS. Con esta Resolución se busca garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, para lo cual se eliminan los Comités Técnico Científicos- CTC, y se reemplazan por un sistema de información en línea para el Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el cual será diligenciado por el profesional de salud tratante. Este sistema en línea parte del procedimiento estandarizado que deben seguir los prestadores de servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) para el suministro a sus afiliados de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

y que deben ser recobrados ante el FOSYGA o quien haga sus veces. El sistema facilitará la oportunidad y transparencia de la información para mejorar el acceso a los servicios de salud por parte del ciudadano y la transparencia en el manejo de los recursos. Con la resolución 3951 de 2016 el Sistema es de obligatorio cumplimiento para todas las entidades del régimen contributivo, a partir del 1º de diciembre de 2016.

En la gráfica se puede observar cómo se realiza actualmente el intercambio de datos entre diferentes bases que tienen como unidad de análisis al ciudadano, entre ellas los datos de aseguramiento con los de atenciones en salud, condición de discapacidad, entre otros que proporcionan información para el seguimiento al goce efectivo del derecho a la salud, en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud.



- SAT: Sistema de Afiliación Transaccional
- MIPRES NoPBS: Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC
- BDUA: Base de Datos Única de Afiliados a Salud
- PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social
- ND: Nacimientos y Defunciones
- RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPCD
- RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social
- SGD: Sistema de Gestión de Datos (Bodega de Datos)
- RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
- RETHUS: Registro de Talento Humano en Salud
- SIDAM: Sistema de Información de Datos de Medicamentos

a. Datos básicos de la Historia de Salud del Ciudadano

La Ley 1753 de 2015 deroga el párrafo transitorio del artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, por la cual se establecía un plazo para la implementación de la historia clínica única electrónica y considera, en el artículo 45, la incorporación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano, en este caso la historia clínica electrónica.

El MSPS ha establecido como estrategia la identificación de los datos básicos de la historia de salud del ciudadano que hacen parte de la Historia Clínica los cuales facilitarán el acceso, la oportunidad y

la disponibilidad de los datos para su atención en salud, a través de mecanismos electrónicos o digitales.

Los Datos Básicos de la Historia de Salud del ciudadano son un estándar de datos seleccionados y automatizados por temática que hacen parte de la atención en salud y que forman parte de la Historia Clínica. Su construcción depende de la etapa inicial de definición de estándares y de la regulación de estas. Con este fin se definieron desde el 2015 dos áreas de trabajo: i) Repositorios¹⁰ y catálogos de datos y ii) Datos básicos de la historia de salud del ciudadano.

Frente a la primera, el MSPS inició con la Circular 19 de 2014 el proceso de racionalización y estandarización de variables a fin de poder utilizar datos comparables, que permitan generar estadísticas confiables y rigurosas con base en las cuales el país toma decisiones de política. Más de 50.000 fuentes primarias alimentan las distintas bases del Sector. Por esto, desde dicho año se inició la construcción de catálogos para el Sector, que permitirán tener datos comparables e intercambiables entre diferentes sistemas de información. Los prestadores de servicios de salud y demás actores podrán hacer los ajustes a sus aplicaciones para incorporar e intercambiar esta información de acuerdo con sus necesidades.

Para tal efecto se han expedido los siguientes catálogos: i) Circular 24 de 2015, catálogo común de patologías para el RIPS; ii) Resolución 2048 de 2015, catálogo de enfermedades huérfanas, que actualiza el listado de enfermedades huérfanas y define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas; y, iii) Resolución 3166 de 2015, estándar de datos para medicamentos de uso humano.

Para la disposición de los Datos básicos de la Historia de salud del ciudadano se parte de los anteriores catálogos. El Ministerio efectúa la selección de los datos clasificados como básicos y los dispone para consulta por parte de los prestadores de servicios de salud y el ciudadano. A septiembre de 2016, se tienen dispuestas 32 variables para consulta en línea por el ciudadano. A esta información sólo puede acceder el ciudadano plenamente identificado en www.miseguridadsocial.gov.co, para garantizar el habeas data y la protección de datos personales

Historia de salud del ciudadano - Relación de variables dispuestas en línea

| GRUPO | NUMERO DE VARIABLES | VARIABLES |
|----------------|---------------------|--|
| IDENTIFICACION | 9 | PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO SEXO FECHA DE NACIMIENTO EDAD DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NÚMERO |
| RESIDENCIA | 2 | DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA MUNICIPIO DE RESIDENCIA |

¹⁰ Un repositorio es un sitio web centralizado donde se almacena y mantiene información digital, habitualmente bases de datos o archivos. Definición del alcance de cada dato y su dominio de valores, definición de especificaciones tecnológicas para el intercambio entre sistemas de información, normatividad, publicación de los catálogos, y socialización a los actores.

| | | |
|--|-----------|--|
| LABORALES | 3 | DEPARTAMENTO DONDE LABORA MUNICIPIO DONDE LABORA ACTIVIDAD ECONOMICA |
| SOCIALES | 3 | NIVEL SISBEN INDICADOR VICTIMA INDICADOR DE DISCAPACIDAD |
| ANTECEDENTES SALUD | 3 | PACIENTE ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC) PACIENTE VIH PACIENTE ENFERMEDAD HUERFANA (PEH) |
| ATENCIONES EN SALUD EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS | 5 | TIPO DE ATENCION FECHA DE ATENCION DIAGNOSTICO DESCRIPCION DE LA ATENCION PRESTADOR |
| EL CIUDADANO COMO PROFESIONAL DE LA SALUD | 7 | TITULO PROFESIONAL; SI HAY SANCIÓN: INSTANCIA QUE EMITE EL FALLO, FECHA DE EJECUTORIA DE LA SANCIÓN, NÚMERO DEL PROCESO DISCIPLINARIO, TIPO DE SANCIÓN, FECHA DE INICIO, FECHA DE FIN DE LA SANCIÓN |
| TOTAL | 32 | |

4 Fortalecimiento de las capacidades de inspección, vigilancia y control del sistema de salud

Mediante el Decreto 2462 de 2013, “Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, se modernizó y amplió la estructura funcional de la Entidad y bajo este nuevo esquema se desarrollaron las funciones asignadas, las cuales fortalecieron los objetivos de política pública y las estrategias trazadas en el plan estratégico institucional y plan anual de gestión que desarrolló los lineamientos del modelo actual integrado de planeación y gestión.

Algunos de los principales cambios que dio la nueva estructura la SNS consistió en: crear la Superintendencia Delegada para la Supervisión basada en riesgo para impulsar un modelo de supervisión de los modelos de riesgo de los vigilados; la creación de una Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo, con el fin de contar con un músculo transversal técnico que apoye con instrumentos a la labor misional de inspección y vigilancia; crear la Delegada de Procesos Administrativos, lo cual independizó la labor de inspección y vigilancia de la de control; y finalmente, crear una organización del territorio adscrita al despacho para que la Superintendencia esté más cercana a las necesidades del ciudadano.

Este modelo se ha enfocado en la gestión hacia un estilo de gerencia transparente, eficiente e innovador, la cual centró sus esfuerzos en operativizar la nueva estructura orientándola hacia una supervisión centrada en la protección al usuario, lo cual implica el fomento a canales de información y queja por parte del usuario y espacios de participación ciudadana; así como una supervisión y vigilancia preventiva y anticipada a las fallas estructurales que se presentan en el sistema.

Como parte de esta estrategia se instalaron Centros de Atención al Ciudadano en 5 regiones del País: Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín y Neiva y 3 puntos de atención ubicados en Armenia, Pereira y Popayán.

De igual forma, como componente de la reestructuración de la SNS, se incluyó dentro de la gestión misional el desarrollo del modelo de supervisión basada en riesgo para lograr una supervisión más anticipada y, lo que implica la consolidación conceptual, de guías y de procesos para su implementación ajustado al estilo y necesidades de la entidad y del sector vigilado, así como su articulación con la supervisión basada en cumplimiento.

En el marco de la reestructuración de la SNS a partir del Decreto 2462 de 2013, en los componentes que se vienen reportando en el seguimiento a la ejecución del crédito, es decir: Modelo para la supervisión basada en riesgo; otras metodologías, desarrollo de políticas o programas y avances en la organización del territorio y en la estrategia de protección al ciudadano, hemos avanzado en el último trimestre del 2015 y en lo corrido del año 2016 en algunas áreas, dentro de las cuales se destacan:

4.1 El diseño y la implementación de metodologías e instrumentos basado en Riesgos o Supervisión Preventiva

Continuando con la hoja de ruta para el desarrollo del modelo de inspección y vigilancia basada en riesgos, diseñada en el período anterior de reporte, la SNS procedió a suscribir un nuevo contrato de servicios de asesoría reembolsable (Reimbursable Advisory Services – RAS) con el Banco Mundial (BM) el 9 de junio de 2015 para poder continuidad al trabajo adelantado. En este nuevo contrato se abarcó igual que en documento anterior dos ejes grandes de trabajo, es decir la supervisión basada en riesgo y la adopción de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

En cuanto a Supervisión Basada en Riesgos, se socializó por consulta y se realizó un seminario informativo para los vigilados de la política de Supervisión Basada en Riesgos. En dicho documento se establecieron los lineamientos principales en cuanto al mapa de riesgos y el nuevo enfoque de supervisión que se adopta y su integración con los diferentes modelos de supervisión a los que se encuentran sujetos los vigilados según su naturaleza (por ejemplo, público o privado; prestador o asegurador).

Adicionalmente, se desarrolló una línea de base para EPS e IPS más representativas para poder determinar el punto de partida de los vigilados para la implementación del nuevo modelo de supervisión. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto para EPS e IPS más representativas, para poder validar y probar la metodología y herramientas de medición y valoración de riesgos financieros, técnicos y de salud.

Con la información de la línea de base se realizó la guía metodológica para la supervisión de EPS e IPS, que contiene las orientaciones conceptuales y prácticas para la aplicación coherente del modelo de supervisión basado en riesgo, es decir las metodologías e instrumentos para la medición de cada categoría de riesgo. Esta guía contiene secciones de indicaciones para los vigilados y secciones con indicaciones para la Superintendencia y su cuerpo de auditores. En el nuevo período de seguimiento ya se contará con la aplicación de dichas guías y por tanto las primeras pruebas de la implementación del modelo de supervisión basada en riesgo para EPS e IPS.

Sumado a ello, se inició con el proceso de expansión del modelo de supervisión basado en riesgo a otros grupos vigilados, comenzando con consultas y sensibilización del proceso para ARL, SOAT, planes de medicina prepagada, pólizas de salud y planes adicionales de salud.

Finalmente, se cuenta con una estrategia de cambio para que las entidades vigiladas, el MSPS y el propio personal de la Superintendencia adquiera mayor familiaridad y apropiación del modelo de supervisión basada en riesgos propuesto. Esta estrategia comprende acciones de sensibilización, comunicación y capacitación a corto, mediano y largo plazo.

Por otra parte, en cuanto a la adopción de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), en este período de tiempo se continuaron con estrategias de capacitación del personal de la Superintendencia en NIIF y NIIF para las Pymes, con el objetivo de lograr una mejor comprensión de las NIIF por parte de todos los auditores financieros de la Superintendencia y lograr un conocimiento más especializado del grupo líder de supervisión en NIIF. Adicionalmente, se realizó un proceso consultivo con las entidades vigiladas de grupo 2 (Pymes) para identificar desafíos y oportunidades

para la implementación de las NIIF en sus empresas para mejorar en el proceso de preparación de este grupo en la adopción de las NIIF. Finalmente, se realizó en febrero de 2016, un simposio para socializar los avances en la adopción de las NIIF en el sector salud.

4.2 Metodologías para el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y el control

Teniendo como base el modelo de IVC, la SNS realizó en el período anterior un indicador de desempeño para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los resultados de esta metodología inicial trascendieron en la construcción de las siguientes metodologías para el nuevo período:

- ✓ **Política de priorización y control de atención al usuario a través del desarrollo de la Metodología de Evaluación de desempeño de la EPS en atención al usuario:** Se desarrolló una metodología de evaluación de desempeño de las EPS en la Atención al Usuario, como mecanismo adicional de Inspección y Vigilancia (IV) de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario que facilite el análisis y la priorización de un gran número de PQRD que son radicadas ante la SNS. La metodología se basa en la construcción de un indicador de desempeño de las EPS en atención al usuario que mide la insatisfacción de los usuarios, no solo teniendo en cuenta la tasa de las PQR por EPS como inicialmente se priorizaba, sino adicionalmente contemplando los motivos, la población afectada y el grado de reiteración de estas peticiones. A partir de la distribución de este indicador entre las EPS se determinan las acciones para cada una de ellas, las cuales son: requerimiento por escrito a la entidad, planes de mejoramiento, y el análisis sobre posibles medidas de control.
- ✓ **Metodología de Evaluación de Desempeño Integral de las EPS – Priorización:** metodología para el análisis de desempeño incluye el diseño de un indicador global de desempeño, el cual está compuesto por indicadores de tres dimensiones: indicador de desempeño de la EPS en atención al usuario, la calidad de la atención en salud, y el desempeño financiero; la primera dimensión es medida a través del cálculo del indicador de atención al usuario descrito anteriormente, la segunda dimensión resulta del análisis de componentes principales de diferentes subíndices asociados a accesibilidad y oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, y satisfacción, por último, la dimensión financiera se mide a partir de un indicador que surge como resultado de un modelo CAMEL (siglas en inglés de capital, calidad de activos, capacidad de gerencia, rentabilidad y liquidez).
- ✓ **Metodología Indicador Integral de la Garantía del Derecho a la Salud:** Con el fin de generar una priorización de las EPS teniendo en cuenta los resultados de las auditorías de la Sentencia T-760 de 2008, se diseñó un indicador que incluye mediciones de los criterios contenidos en dicha Sentencia, este indicador además incluye los componentes explicados en la Metodología de Evaluación de Desempeño Integral de las EPS, los cuales se agregan con un promedio geométrico.
- ✓ **Política de Control de condiciones Financieras- Decreto 2702 de 2014:** Se diseñó la política de control de las condiciones financieras, estipuladas en el Decreto 2702 de 2014, por medio de un indicador que permite calificar a las EPS en términos del cumplimiento de las condiciones financieras; adicionalmente, se incluyen componentes que evalúan la participación heterogénea de las entidades en el territorio nacional, y, el desempeño financiero a través de indicadores

relacionados con respaldo patrimonial, calidad de activo, capacidad de gerencia, rentabilidad, liquidez y siniestralidad POS. El objetivo de la metodología es generar herramientas de análisis que faciliten priorizar adecuadamente las medidas de control, en caso que haya incumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto por parte de las EPS. En la metodología se incluye el cálculo de un indicador de impacto sistémico que tiene como objetivo capturar la importancia en el aseguramiento, en términos de afiliados de las EPS en los territorios donde tienen presencia. Para esto se construyó un índice compuesto por tres componentes: la concentración del mercado de las EPS en un departamento, el poder de mercado de las EPS por departamento, y la importancia de la EPS en el municipio.

- ✓ **Metodología de clasificación de IPS:** A partir del análisis de variables observables de las IPS se identificó la necesidad de diseñar una metodología de clasificación de este tipo de vigilados, que facilite el diseño de metodologías de supervisión apropiadas para cada grupo teniendo en cuenta sus características. Las variables seleccionadas para la clasificación son ingresos totales, activos totales, patrimonio, clasificación financiera según NIIF y clasificación del nivel de complejidad para las Empresas Sociales del Estado (ESE); y tres variables adicionales relacionadas con la vulnerabilidad que tienen los habitantes de las diferentes regiones: la oferta de IPS a nivel departamental (número de IPS que hay en cada departamento por cada 100,000 habitantes), la prestación exclusiva de la IPS en el municipio, y, la distancia del municipio donde se presta el servicio a la capital más cercana. Se identificaron 7 grupos de clasificación los cuales son especificados en la Circular Externa 018 de 2015.
- ✓ **Metodología para el control de lavados de activos y financiamiento al terrorismo en el sector salud:** A partir de un convenio con el IJAF se desarrolló esta metodología que establece lineamientos para realizar inspección y vigilancia e impulsar que los vigilados contengan un sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación al terrorismo. La metodología se encuentra en la Circular Externa 9 de 2016.

A partir de estas metodologías las Superintendencias dedicadas a la labor de inspección y vigilancia pueden realizar una priorización de tarea misional para poder prevenir proactivamente fallas que afecten la operación del sistema y en caso de ser necesario activar las instancias de control. Este documento presenta los logros alcanzados en cumplimiento de la misión institucional durante la vigencia 2015 y primer semestre de 2016.

4.3 Protección al Usuario y organización del territorio

Durante este período se desarrolló la estrategia de fortalecimiento de la atención al ciudadano con el fin de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud requeridos por los usuarios, durante el año 2015 y primer semestre de 2016 se han venido fortaleciendo cada vez más los canales de comunicación con la ciudadanía logrando lo siguiente:

Con el fin de acercar la Superintendencia al ciudadano, contamos con doce (12) Puntos de Atención situados en las **Casas del Consumidor** de Armenia, Pereira, Popayán, Barranquilla, Bucaramanga; Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Pasto, Villavicencio y Casanare; además de (15) **Puntos de Atención en el Centro de Atención de Reparación Integral para las Víctimas** en Apartadó, Arauca, Buenaventura, Cauca, El Charco, El Molino, Pitalito, Policarpa, San José del Guaviare,

Soacha, Soledad, Tame, Cúcuta, Ocaña y Valledupar y **presencia en las siguientes (20) gobernaciones:** Arauca, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Cundinamarca, San Andres, Guainía, La Guajira, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

Es así como, a lo largo del primer semestre del año 2016 se gestionaron un total de 215.487 peticiones, quejas y reclamos y 325.322 recibidas en el año 2015.

4.3.1 Casos gestionados de usuarios con riesgo para su vida durante el año 2015 y primer semestre del año 2016:

La SNS en aras de mejorar la atención de los usuarios cuya vida se encuentre en riesgo y con fundamento en la facultad de instrucción contenida en el numeral 10 del artículo 18 del Decreto 2462 de 2013, creó el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud (SIS), con el fin de priorizar la gestión que siguen los pacientes que se encuentren en una situación o condición que ponga en peligro inminente sus vidas o su integridad y de esta forma generar soluciones prontas y efectivas.

A través del grupo SIS la SNS durante el año 2015 se gestionaron 51.016 casos y en el primer semestre de 2016 se han gestionado 46.247 casos de riesgo de vida.

4.3.2 Implementación de Medidas Cautelares

Con la implementación de esta herramienta legal, la Superintendencia ha protegido durante el primer semestre de 2016 a 438 pacientes con diagnósticos de cáncer, VIH, enfermedades renales, enfermedades huérfanas, pacientes con trasplantes, entre otras patologías.

4.3.3 Fortalecimiento de la participación ciudadana

Mediante la concertación de escenarios de dialogo participativo en los que se potencializa la participación de la ciudadanía y de ejercicios de capacitación en temas relacionados con la estructura de la entidad, la función jurisdiccional y de conciliación, los deberes y derechos en salud, además de la promoción de los mecanismos de participación ciudadana, la SNS logró llegar a más de 6.570 personas en el año 2015 y en lo que va corrido del año 2016, se ha llegado a 2.820, con nuevos proyectos que en aplicación de políticas de inclusión, han permitido ampliar el grupo poblacional objetivo.

Los proyectos mencionados incluyen sensibilización y orientación a la población infantil, cuidadores y población infantil en condición de discapacidad moderada y personas con discapacidad visual, implementación de herramientas tecnológicas para la promoción de derechos y deberes que incluyen cursos virtuales a la ciudadanía, seminarios de divulgación en temas de interés del sector y la estrategias denominada “*Dialoguemos con la Supersalud y Supersalud habla*” a través de la cual el Superintendente se desplaza a las regiones para conocer in situ la problemática que vive el territorio y obtener insumos que permitan el despliegue de actividades de inspección y vigilancia.

4.3.4 Creación de Regionales

A partir de la Resolución 0568 de 2105, los Centros de Atención al Ciudadano, menos Bogotá, pasan a elevarse a rango de regionales, o sedes desconcentradas de la Superintendencia. Es así, como se crean seis (6) Regionales ubicadas en Cali, Chocó, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín y Neiva, con las siguientes funciones: Atención personalizada a los usuarios, instrucción y seguimiento a Providencias Judiciales, elaboración de respuestas a derechos de petición que ingresan por el canal escrito de la respectiva regional; Actividades de Inspección y vigilancia relacionados con la atención al Usuario, estándares de calidad riesgos inherentes del sistema, verificación de la situación financiera y resultados de operación de los sujetos vigilados; los modelos internos de riesgos de las entidades vigiladas y reporte oportuno de la información de cartera, saneamiento, aclaración y depuración.

Actualmente, la superintendencia está trabajando en el desarrollo de capacidades, metodologías de priorización, procesos y procedimientos para fortalecer la coordinación entre el centro y la región, y fortalecer la capacidad de respuesta de las regionales frente a las demandas en el territorio.

4.4 Fortalecimiento de la función de control de la SNS

La función de control se ha fortalecido a lo largo de los años, aumentando su capacidad de inspección y vigilancia, para que a partir de los hallazgos detectados se inicie a investigaciones administrativas más efectivas y con una capacidad de respuesta más pronta.

En el año 2015 se proferieron 827 sanciones por un monto de \$27.370.760.250 y en el transcurso del 2016 se han impuesto 1056 sanciones por un monto de \$36.856.544.216, siendo notoria el aumento en la capacidad de gestión de la Delegada de Procesos Administrativos.

SANCIONES IMPUESTAS EN EL 2015

| TIPO DE VIGILADO | MOTIVO | No. | MONTO |
|---|--|-----|-------------------|
| REGIMEN ESPECIAL | 65. INCUMPLIMIENTO CIR. EXT 01/2014 ATENCION USUARIO | 2 | \$ 64.435.000,00 |
| GENERADORES | INCUMPLIMIENTO REPORTE DE INFORMACION | 1 | \$ 1.288.700,00 |
| PERSONAS NATURALES | INCUMPLIMIENTO ACCIONES DE SALUD PUBLICA | 1 | \$ 25.774.000,00 |
| ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN MUNICIPAL | INCUMPLIMIENTO RESPUESTA INSTRUCCIONES SNS | 4 | \$ 37.372.300,00 |
| | INCUMPLIMIENTO FUNCIONES IVC ENTIDADES TERRITORIALES | 1 | \$ 64.435.000,00 |
| | INCUMPLIMIENTO DE SISTEMA DE CALIDAD | 1 | \$ 64.435.000,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACCIONES DE SALUD PUBLICA | 4 | \$ 202.970.250,00 |
| | IRREGULARIDADES DE ASEGURAMIENTO | 2 | \$ 103.096.000,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE PROTECCION ESPECIFICA | 1 | \$ 35.439.250,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE PROTECCION TEMPRANA | 1 | \$ 35.439.250,00 |
| | INCUMPLIMIENTO EN EL PAB Y/O PLANES COLECTIVOS | 1 | \$ 35.439.250,00 |
| ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL | INCUMPLIMIENTO ENVIO DE INFORMACION | 1 | \$ 38.661.000,00 |
| ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL | INCUMPLIMIENTO CIRCULAR UNICA NO REPORTE DE INDICADORES DE CALIDAD | 1 | \$ 32.217.500,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACCIONES DE SALUD PUBLICA | 1 | \$ 35.439.250,00 |
| | INCUMPLIMIENTO NO REPORTE DE INFORMACION | 4 | \$ 121.137.800,00 |
| | INCUMPLIMIENTO FLUJO DE RECURSOS | 3 | \$ 67.656.750,00 |

| | | | |
|--------------|--|------------|-----------------------------|
| | INCUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO | 1 | \$ 64.435.000,00 |
| EPS | INCUMPLIMIENTOS RELACIONADOS CON PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 43 | \$ 7.378.740.550,00 |
| | INCUMPLIMIENTO FLUJO DE RECURSOS | 27 | \$ 9.439.727.500,00 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 40 | \$ 2.890.554.100,00 |
| | CARTA DE DERECHOS Y DEBERES | 1 | \$ 32.217.500,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACCIONES DE SALUD PUBLICA | 1 | \$ 451.045.000,00 |
| | RENDICION DE CUENTAS | 1 | \$ 386.610.000,00 |
| | INCUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y VIH | 7 | \$ 460.482.500,00 |
| | RESPUESTAS A INSTRUCCIONES SNS | 11 | \$ 1.124.390.750,00 |
| IPS | RENDICION DE CUENTAS | 454 | \$ 1.462.674.500,00 |
| | NO REPORTE DE INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA | 175 | \$ 1.174.650.050,00 |
| | CARTA DE DERECHOS Y DEBERES | 2 | \$ 135.313.500,00 |
| | INCUMPLIMIENTO FRENTE A CONDICIONES ECONOMICAS DE HABILITACION Y PERMANENCIA | 18 | \$ 48.326.250,00 |
| | INCUMPLIMIENTOS RELACIONADOS CON PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 6 | \$ 950.416.250,00 |
| | RESPUESTAS A INSTRUCCIONES SNS | 1 | \$ 38.661.000,00 |
| | 9. INCUMPLIMIENTO FLUJO DE RECURSOS, Orden 24.3 Violación de la Circular 30 | 10 | \$ 367.279.500,00 |
| TOTAL | | 827 | \$ 27.370.760.250,00 |

SANCIONES IMPUESTAS EN EL 2016

| TIPO DE VIGILADO | MOTIVO | No. | MONTO |
|--------------------|----------------------------------|-----|-------------------|
| REGIMEN ESPECIAL | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 5 | \$ 289.570.680 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 6 | \$ 132.375.168 |
| ET MNICIPAL | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | \$ 72.392.670 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 16 | \$ 279.228.870 |
| | FLUJO DE RECURSOS | 1 | \$ 68.945.400 |
| ET DPTAL | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 9 | \$ 2.771.154.040 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 30 | \$ 1.013.497.380 |
| | FLUJO DE RECURSOS | 2 | \$ 72.392.670 |
| PERSONAS NATURALES | REPORTE DE INFORMACIÓN | 12 | \$ 75.839.940 |
| | FLUJO DE RECURSOS | 1 | \$ 6.894.540 |
| EPS | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 90 | \$ 19.140.299.848 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 235 | \$ 7.894.733.724 |
| | FLUJO DE RECURSOS | 4 | \$ 99.970.830 |
| OTRAS EAPB | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | \$ 79.287.210 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 7 | \$ 36.541.062 |
| ARL | | | |
| IPS | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 10 | \$ 2.016.652.950 |
| | REPORTE DE INFORMACIÓN | 581 | \$ 1.052.106.804 |
| | FLUJO DE RECURSOS | 7 | \$ 413.672.400 |
| GENERADORES | REPORTE DE INFORMACIÓN | 35 | \$ 1.237.569.930 |

| | | | |
|--------------|----------------------------------|-------------|-----------------------------|
| | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | \$ 103.418.100 |
| TOTAL | | 1056 | \$ 36.856.544.216,00 |

Para los próximos años, en cuanto al fortalecimiento de la capacidad institucional de la SNS en el marco de los procesos de reestructuración, la entidad se concentrará en avanzar en la implementación de la supervisión basada en riesgo para EPS, IPS, SOAT y ARL y continuar en el desarrollo de lineamientos de este esquema de supervisión para las entidades territoriales. Asimismo, en cuanto al desarrollo de metodologías, el enfoque será una vez finalizada la construcción de mecanismos de priorización de la inspección, vigilancia y control, se desarrollarán metodologías para robustecer la auditoría y por tanto fomentar una acción de inspección y vigilancia con mayores elementos probatorios para facilitar el control. Finalmente, la Superintendencia pretende dentro del proceso de reestructuración continuar con el fortalecimiento de las regionales para poder fortalecer la presencia de la entidad y su capacidad de respuesta en el territorio, así como aumentar la cercanía y confianza de los ciudadanos en la entidad mediante estrategias que surgen de un convenio de cooperación internacional con el PNUD realizado en el 2015.