

Memorias Ministerio de Salud y Protección Social

Logros relevantes durante el periodo 2014-2018

Tabla de Contenido

Introducción: En el Camino de la Coherencia

1. Mejores resultados del sistema de salud ¡Error! Marcador no definido.
 - 1.1. Los indicadores de salud de los colombianos han mejorado ¡Error! Marcador no definido.
 - 1.2. Los colombianos contamos con un seguro de salud que nos protege financieramente ¡Error! Marcador no definido.
 - 1.3. El sistema de salud colombiano responde a las expectativas de los usuarios ¡Error! Marcador no definido.
2. Los nuevos pactos sociales del sector ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.1. La salud es un derecho fundamental – Ley Estatutaria en Salud ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.2. Todos los sectores cuidan la salud de la población ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.3. El sistema de salud tiene un norte: Plan Decenal Salud Pública 2012-2021 ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.4. Atención integral en salud, un deseo que se vuelve política ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.5. Otros pactos sociales de vanguardia en Colombia ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.5.1. Legalización del cannabis para usos medicinales y científicos ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.5.2. Muerte digna ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.5.3. Adopción por parejas del mismo sexo ¡Error! Marcador no definido.
3. El MIAS y la transformación de la forma de generar salud en Colombia ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.2. Las RIAS son el eje de la articulación y de la gestión centrada en el individuo ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.3. Más instrumentos para la evolución de la salud ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.4. El talento humano en salud es factor crítico de éxito ¡Error! Marcador no definido.
4. Mayores beneficios y mayor rigor ¡Error! Marcador no definido.
 - 4.1. Mayores beneficios y coherencia en su diseño ¡Error! Marcador no definido.
 - 4.2. Mayor rigor y rectoría ¡Error! Marcador no definido.
5. Financiación y sostenibilidad ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.1. Cuentas claras ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.2. Pago de deudas Entidades Territoriales ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.3. Mayor flujo en los recursos del sector ¡Error! Marcador no definido.

- 5.4. Nuevas fuentes..... ¡Error! Marcador no definido.
- 5.5. Reflexiones acerca de la sostenibilidad financiera del sistema de salud.. ¡Error! Marcador no definido.
- 6. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.1. Rectoría fortalecida y reconocida..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.2. Más cerca de los ciudadanos..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.3. Integralidad y seguridad de los datos de la seguridad social¡Error! Marcador no definido.
 - 6.4. Información y estrategia, pilares de las decisiones ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.5. Liderazgo frente a acciones intersectoriales para la salud .. ¡Error! Marcador no definido.

Introducción: En el camino de la coherencia

El sistema de salud colombiano es eficiente, solidario, equitativo y universal. Eficiente porque tiene logros en salud significativos en salud pública, con una inversión relativamente baja en términos del PIB y con el gasto de bolsillo más bajo de Latinoamérica. Solidario porque tiene un doble mecanismo de solidaridad: entre regímenes de los que tienen ingresos hacia los que requieren un subsidio, y dentro del régimen contributivo de las personas con más ingresos hacia las de menos ingresos. Equitativo y universal, porque desde hace más de 5 años, más del 95% de la población colombiana está afiliada a la seguridad social en salud, con un plan de beneficios igual para los dos regímenes y con beneficios amplios en servicios de salud.

Los indicadores de salud pública han mejorado. La mortalidad infantil y materna, la desnutrición crónica y el embarazo en adolescentes han disminuido sustancialmente. Las coberturas de vacunación son efectivas: no es casualidad la escasez de contagios de sarampión ante la llegada de casos importados. Estos y otros resultados del sistema de salud se muestran en el capítulo 1 de este documento, titulado "Mejores resultados del sistema de salud".

Por otro lado, el país cuenta hoy con la primera ley de un derecho fundamental social, la Ley Estatutaria en Salud, que, entre otras cosas, establece las bases para una definición justa y sostenible de los beneficios. Este pacto social no es el único alcanzado por los colombianos en relación con la salud; Colombia también fue el primer país de la región en reglamentar la eutanasia. Los pactos sociales más importantes del periodo se muestran en el segundo capítulo de este documento, llamado "Nuevos pactos sociales del sector". Basado en uno de los pactos sociales, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) definió un modelo para el sector salud centrado en las personas, sus familias y comunidades: el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este modelo implica un cambio en el quehacer y en el relacionamiento de toda la sociedad y del sector para brindar a los colombianos protección y acceso continuo y de calidad a los servicios de salud. Este modelo requiere de muchos instrumentos. Uno fundamental: las rutas integrales de atención en salud. Los avances y retos en la implementación del modelo se muestran en el capítulo 3, llamado "El MIAS y la transformación de la forma de generar salud en Colombia".

Los colombianos tienen hoy derecho a todos los servicios de salud, ya sea por el mecanismo de protección colectiva o por el de protección individual. Hay claridad para los actores frente a qué servicios se cubren por cada vía. Esta ampliación de los beneficios está acompañada de una regulación de precios, de compras centralizadas y de una mayor competencia para el mercado de medicamentos. Colombia es líder en esta regulación. Estos aspectos se tratan en el capítulo 4, "Más beneficios y mayor rigor".

Mayores beneficios implican mayor necesidad de recursos. La Ley Estatutaria compromete al Estado con la sostenibilidad y la financiación del sector y, en especial, de los servicios de salud. En el capítulo 5, "Financiación y sostenibilidad", se muestra la gestión sectorial para que las cuentas sean claras y para el saneamiento de deudas, así como para generar nuevos recursos derivados, por ejemplo, de los impuestos al tabaco. Esta gestión culmina en la creación y puesta en operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Sin duda los logros anteriores tuvieron a la vez como resultado –pero también como requisito– el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional. Todas las entidades del sector están dirigidas por expertos sin compromisos partidistas. Se actuó coherentemente y de forma articulada entre las entidades para abordar temas sensibles, que afectan la legitimidad del sector y su sostenibilidad. También se desarrollaron capacidades y herramientas que fortalecieron la rectoría del Ministerio y su transparencia y contacto con los usuarios. En este sentido, destacan herramientas como Mipres, ClicSalud y misesguridadsocial.gov.co, entre otros, que se describen en el capítulo 6. En este capítulo también se describe el desarrollo de la "inteligencia institucional" y otros logros de la gestión institucional.

En cada sección se muestran no solo los logros, sino también los desafíos, retos y oportunidades. Asimismo se presenta en el documento 3 casos de éxito: el del desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el de la declaratoria de interés en salud pública del anticancerígeno imatinib, y el proceso de maduración de los procesos del sistema que posibilitaron la creación de la ADRES, no porque sean los únicos, sino más bien por su carácter emblemático para el sector.

Hacemos notar que sería imposible hacer un documento que recogiera absolutamente todos los detalles de la gestión realizada o por realizar de un sector complejo, que administra alrededor del 7% del PIB y al menos 600 millones de encuentros entre los usuarios y las entidades de salud, y que interactúa con la totalidad de los colombianos, ya sea para medir o proteger su estado de salud, para afiliarlos o para atenderlos.

Queda mucho por hacer en el sector. Las necesidades son cambiantes. No sobra un mensaje final: en contra de las visiones catastrofistas, este documento da fe de un constante avance social que debe ser razón de optimismo y motivación para las próximas generaciones.

1. Mejores resultados del sistema de salud

La OMS propuso en 2000 valorar los logros de un sistema de salud observando la situación de salud y su distribución en la población, la respuesta a las expectativas de los usuarios y la protección financiera equitativa¹. En esta sección se muestran los logros del sistema de salud colombiano frente a esta propuesta.

1.1. Los indicadores de salud de los colombianos han mejorado

El progreso reciente de nuestro país es innegable. Nos encontramos en un momento de transición y recuperación y los indicadores de salud lo demuestran.

La mayoría de los indicadores trazadores de salud pública han mejorado en los últimos años. La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud mostró, por ejemplo, una disminución sustancial en la mortalidad materna, la cual pasó de una razón de 71,6 por cada 100.000 nacidos vivos en 2010 a 51,3 en 2016.

Asimismo, gracias a la inclusión de nuevas vacunas tales como: vacuna contra el virus del papiloma humano para niñas mayores de 9 años, tos ferina acelular para gestantes, hepatitis A, varicela y polio inactivado, además de la universalización de la vacuna contra el neumococo y la inclusión de la vacuna contra meningococo para brotes, se disminuyó el número de personas susceptibles a enfermedades prevenibles.

Adicionalmente, un factor importante ha sido el aumento progresivo de las coberturas en vacunación en Colombia, pasando en 2010 de una cobertura del 88% en menores de un año y 88.5% en niños de un año, al 91% y 93% respectivamente en 2017. Por otro lado, se tiene una proyección total de cobertura del 97% en 2018.

El embarazo en adolescentes, que subía en la década anterior, hoy viene disminuyendo, pasando de 19.5% en 2010 a 17.4% en 2016 (porcentaje de mujeres entre los 15 y los 19 años).

En Colombia más del 90% de las personas que conviven con el virus de VIH reciben tratamiento antirretroviral, y se ha mantenido la prevalencia de esta condición en menos del 1% de la población entre 15 y 49 años. De este modo, se ha cumplido la meta del plan decenal y el país se acerca a la meta de control de la transmisión materno-fetal.

De las enfermedades de altas externalidades, llamadas “de interés en salud pública”, podemos decir que Colombia ha sido certificada como primer país del mundo libre de oncocercosis. El país obtuvo una certificación internacional por la interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por vectores domiciliados en el 40% de los municipios endémicos.

¹ Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud del Mundo 2000 disponible en <http://www.who.int/whr/2000/es/>

Asimismo, el país ha sido certificado como libre de la circulación de virus de sarampión, rubéola y síndrome de rubeola. Este logro se debe a una gestión integrada del programa de inmunizaciones que se detalla en caso de éxito 1. En 2018 se han reportado casos de sarampión. Sin embargo, se han identificado precozmente, y la gran mayoría son importados. La mortalidad por malaria, rabia humana, dengue y leishmaniasis visceral han venido cayendo.

Aunque hoy hay más muertes por enfermedad cardiovascular, el riesgo de morir por esta enfermedad ha descendido. La mortalidad por cáncer de próstata y de estómago, así como la causada por la diabetes, ha disminuido. En cuanto a hospitalizaciones evitables, Colombia fue el país con menor tasa de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva de los países de la OCDE, y el cuarto mejor en el caso de diabetes, asma y EPOC.²

Evitar los nuevos casos de enfermedades no transmisibles es un gran reto para la salud de los colombianos. Las condiciones precursoras aumentan, en especial el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes.

Cabe resaltar que, de acuerdo al Estudio de Consumo en Población Escolar 2016, el consumo de alcohol y tabaco en escolares es menor. Se ha presentado una disminución del uso de alcohol en la prevalencia mes entre todos los años en los que ha realizado el estudio (2004, 2011 y 2016). Por otro lado, en cuanto al consumo de tabaco la tendencia es la misma. La prevalencia de uso en el último mes baja desde un 23,8% en el año 2004, a un 12,7% en el 2011 y un 7,8% el 2016. Sin embargo, es importante seguir trabajando intersectorialmente en estrategias de disminución de consumo, así como en campañas de mejoramiento de los entornos donde transcurre la vida, aumentando el autocuidado y promoviéndolo las políticas de impuestos saludables.

1.2. Los colombianos contamos con un seguro de salud que nos protege financieramente

La cobertura de aseguramiento en salud ha sido alrededor del 95% desde 2016; es decir, casi todos los residentes en Colombia gozan del derecho a una cobertura amplia de servicios de salud. Todas las enfermedades están cubiertas por el sistema de salud. Desde 2012, los

² La tasa de hospitalizaciones estandarizada por edad por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años en 2015 fue de 47, 53 y 89 para Colombia, frente a 228, 137 y 237 para la OCDE para insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes y el conjunto de asma y EPOC, respectivamente. Health at a Glance 2017 OECD Indicators, disponible en https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1525966130&id=id&accname=guest&checksum=6EA314045BA31EA5BBDDA424C4522A0E págs. 105 y 107.

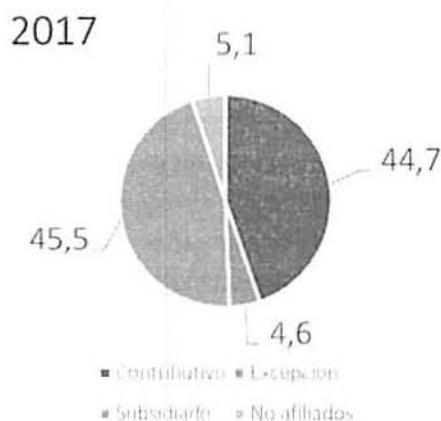
beneficios de salud de los afiliados del régimen contributivo y del régimen subsidiado son los mismos.

En 2015, Colombia reportó un gasto de bolsillo que representa un 17% del gasto total en salud. Junto con Uruguay, está en el nivel más bajo de gasto de bolsillo en salud de América Latina (por debajo del 20%, en contraste con el 40% de la región).

Colombia ha mantenido su gasto en salud menor al 7% del PIB; sin embargo, ha logrado aumentar la cobertura del aseguramiento, igualar los planes de beneficios de los dos regímenes, cerrar la brecha entre las primas que se pagan y ampliar los planes de beneficios.

Los servicios preventivos están exentos de pagos compartidos, así como los servicios para personas con condiciones crónicas que estén en un programa de control y lo sigan (para los servicios incluidos en el programa). Finalmente, otro beneficio que tienen los colombianos es que, ante una enfermedad de alto costo, están exentos de estos pagos para las atenciones relacionadas.

Figura 1. Cobertura aseguramiento en salud por régimen



Fuentes: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a diciembre de 2017³.
Proyecciones del censo DANE 2005 para 2017.

La carga financiera del sistema tiene dos mecanismos de redistribución actualmente. Dentro del régimen contributivo, cada cotizante aporta según su ingreso, pero los beneficios son los mismos para todos los contribuyentes y sus familias, lo que redistribuye de los aportantes con mayores ingresos a los aportantes de menores ingresos. El segundo mecanismo de

³ Nota metodológica: El total en regímenes especiales y de excepción 2014-2015 fue determinado por estimación de afiliación. Para las vigencias 2016 y 2017, el total de afiliados en regímenes especiales y de excepción corresponde al total de estos regímenes registrado en BDUA, sumados al total de afiliados por Policía Nacional y Fuerzas Militares, que no están desagregados en BDUA a ningún nivel territorial.

redistribución es que los cotizantes del régimen contributivo aportan un porcentaje para financiar el régimen subsidiado.

El gran reto es la sostenibilidad a largo plazo de estos beneficios ganados en cuanto a protección financiera. Al menos visualizamos los siguientes componentes en este reto: (i) conseguir recursos adicionales o introducir nuevas reglas que permitan financiar la progresividad del derecho establecida en la Ley Estatutaria, las garantías individuales (servicios por fuera del plan de beneficios) y el mayor costo derivado de la transición demográfica, y reemplazar los recursos que se perderían por el cambio en el porcentaje de cotización de las personas pensionadas; ii) mantener los mecanismos de redistribución y garantizar que los aportes mayores a la financiación no ocasionen empobrecimiento; y iii) generar mayores eficiencias en el gasto.

Caso de éxito 1

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia

Ejemplo a nivel regional

Logros

1. Colombia tiene el programa más completo de Latinoamérica. Cuenta con cobertura gratuita de 21 biológicos que protegen frente a 26 enfermedades
2. Responde 100% a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud
3. La vacunación y la compra de insumos de interés en salud pública son una prioridad de seguridad nacional, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, cuya financiación debe garantizarse con recursos del presupuesto nacional (en 2018 se invertirán \$340 mil millones)
4. La planeación a dos años de las necesidades de vacunación permite mejoras administrativas y búsqueda en eficiencias de las compras
5. Los procesos técnicos están enlazados con los procesos administrativos de compra de vacuna, lo que garantiza la oportunidad, evita el desabastecimiento y permite introducir cambios en la logística
6. La compra al Fondo Rotatorio de la OPS permite no solo ahorros importantes en el valor unitario de los biológicos, sino que garantiza el cumplimiento de los más altos estándares en la selección de los proveedores
7. La cadena de frío y el almacenamiento de los biológicos e insumos de interés en salud pública es óptima, lo cual se logró con la adquisición del almacén general en una zona franca, con una inversión \$ 6.000 millones
8. El proceso logístico de entrega a los territorios se ha optimizado con un sistema de trazabilidad de los biológicos, que permite la reubicación de excedentes
9. El registro del programa se hace por cada niño; es decir, de manera nominal en la mayor parte del territorio nacional

Retos

1. Mejorar la red de frío a nivel territorial

2. Ampliar el registro nominal al 100% del territorio nacional
3. Mantener los logros fortaleciendo los procesos técnicos, administrativos y logísticos actuales, y garantizando la financiación y la compra centralizada al Fondo Rotatorio

1.3. El sistema de salud colombiano responde a las expectativas de los usuarios

El Ministerio fortaleció su interacción con los usuarios y la inclusión de la visión de estos en la construcción y mejoras del sistema de salud. La creación de la Instancia Asesora; la participación de los ciudadanos en la ampliación del plan de beneficios y en el proceso de definición de exclusiones; la participación de toda la población, incluyendo capítulos definidos con poblaciones especiales, para establecer las prioridades a plasmar en el Plan Decenal de Salud Pública y en la evaluación sistemática de los indicadores de calidad son algunos ejemplos de este fortalecimiento.

Mediante el Decreto 2478 de 2014 se crea la Instancia Asesora. Esta genera un espacio institucional que permite la coordinación entre los diferentes agentes del sector, y les da un papel asesor del Gobierno Nacional para el fortalecimiento y funcionalidad del sistema de salud. En este espacio institucional de diálogo convergen los diferentes actores sectoriales (públicos y privados) para compartir el análisis sobre la problemática que los afecta y sus intereses legítimos, y para proponer alternativas, en el marco constitucional y legal vigente, que permitan fortalecer la política pública sectorial, su regulación, la supervisión (inspección, vigilancia, control), su evaluación y seguimiento. Además de actores del Gobierno y la academia, participan representantes de aseguradores, prestadores de servicios, secretarios de salud, trabajadores, profesionales, empresarios y usuarios.

El Plan de Beneficios que cubre la protección colectiva se ha venido actualizando para cubrir más necesidades de los colombianos. Hoy en día se cubren más de 2.400 grupos de procedimientos en salud, 525 principios activos de medicamentos en todas sus presentaciones y todos los dispositivos necesarios para la prestación de los servicios anteriores. Se cubren servicios preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, rehabilitación y paliación, sin excluir ninguna condición de salud. Se ha fortalecido la participación consultiva de los actores en diferentes regiones del territorio nacional y el involucramiento técnico de los profesionales de la salud en el proceso de evaluación de las tecnologías a incluir y a excluir en el Plan de Beneficios.

Los procesos de consulta llevados a cabo con la población indígena para la definición del plan decenal de salud aplicable a esa población, así como el proceso iniciado con las poblaciones rom y afro, son otros ejemplos de cómo el sistema de salud, de manera activa, tiene en cuenta a los usuarios para la definición de prioridades de gestión. El proceso se había llevado a cabo a lo largo de la geografía colombiana antes de 2012 para la consolidación del plan decenal de salud, con la población general y los distintos actores.

El sistema de salud también muestra logros frente a la experiencia de los usuarios. En el caso de la oportunidad de la atención, el acceso a odontología y a citas de medicina general se ha mantenido por debajo de tres días para los dos regímenes de afiliación desde 2009; en el caso de las citas especializadas existe variabilidad, estando las de pediatría, ginecología y cirugía general alrededor de 6 a 8 días para el régimen contributivo, y entre 4 y 6 días para el régimen subsidiado. Vale la pena mencionar que en Canadá, un país de miembro de la OCDE, los tiempos de espera para consulta por un especialista se miden en semanas.

Por otro lado, la entrega completa de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios a los pacientes se reporta en cifras entre el 98 y el 99%, la imagenología se resuelve en menos de 3 días y la cirugía programada se realiza antes de pasado un mes. La mayor parte de los niños tienen esquemas de vacunación completos, y más del 85% de los usuarios dicen estar satisfechos con los servicios de su EPS. Así mismo, solo el 1% de los usuarios se trasladan de EPS. Los indicadores se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de calidad EAPB

Indicador		Contributivo	Subsidiado	Unidad
Oportunidad				
Consulta	Medicina general	2,66	2,41	Días
	Pediatría	6,41	4,12	Días
	Ginecología	7,80	5,58	Días
	Medicina interna	10,35	8,75	Días
	Cirugía general	7,18	5,74	Días
	Odontología general	2,06	2,08	Días
Otros	Entrega medicamentos PB	99,21%	98,41%	Porcentaje
	Referencia	9,78	8,58	Horas
	Imagenología	2,10	1,65	Días
	Cirugía programada	20,57	14,68	Días
Detección de cáncer de cuello uterino		68,31%	75,28%	Porcentaje
Esquemas de vacunación completos		78,42%	65,83%	Porcentaje
Satisfacción				
Tasa global		85,87%	88,05%	Porcentaje
Tasa de traslados		1,46%	1,28%	Porcentaje

Fuente: www.supersalud.gov.co/en-us/eapb/indicadores-de-calidad reportados para el semestre I de 2016, Circular Única y demás herramientas y sistemas del sector salud

2. Los nuevos pactos sociales del sector

El sistema de salud compete a todos los colombianos y, como cualquier sistema de salud en el mundo, enfrenta retos y desafíos. Las decisiones fundamentales deben estar plasmadas en pactos sociales que definan los derroteros a seguir. Se presentan como logros del período: la Ley Estatutaria de Salud (LES), la creación y puesta en marcha del procedimiento de exclusiones, la creación y avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y sus versiones diferenciales, y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Estos, aunque no son los únicos avances en materia de pactos sociales, sí son estructurales.

2.1. La salud es un derecho fundamental – Ley Estatutaria en Salud

La expedición de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud – LES, representa un importante avance en el reconocimiento de la salud como derecho fundamental con el claro propósito de protegerlo, guiar su interpretación y su alcance. Esta ley es un hito, dado que se centra en principios primordiales en los cuales lo fundamental es la persona y se beneficia con mayor calidad y acceso a los servicios de salud a todos los colombianos.

Para la implementación de la LES se han tomado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS una serie de medidas dirigidas a la definición y unificación de aspectos que contribuyen a garantizar el derecho fundamental a la salud y a materializarlo progresivamente.

En ese sentido, cabe tener en cuenta que a través de mecanismos operativos eficientes se posibilita el acceso a los servicios de salud con la consecuente salvaguarda del derecho, tal es el caso de las reglas de afiliación, la articulación de los prestadores de diferentes niveles de complejidad, las rutas integrales de atención en salud, la política de atención integral en salud, el modelo integral de atención en salud, la superación de barreras de acción a los servicios no prestados por el Plan de Beneficios -PB, el respaldo al flujo de recursos que permiten la sostenibilidad del sistema, entre otros preceptos que hacen parte del ordenamiento jurídico.

El MSPS en la implementación de la LES ha orientado sus esfuerzos para garantizar el derecho fundamental a la salud sobre una concepción integral de la misma, lo cual incluye la prestación de servicios para promover la salud, prevenir la enfermedad y atenderla, rehabilitar las secuelas y propender por la paliación en los casos en los que se requiera. En este sentido, el acceso y la prestación de los servicios se ha garantizado a través de dos mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva, a través del aseguramiento social que corresponde al PB con cargo a la UPC (Resoluciones 5592 de 2015, 6408 de 2016, y 5269 de 2017) y ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas mediante el mecanismo de protección colectiva,

(Resoluciones 1328, 3951 y 5884 de 2016, 532 de 2017, y 1885 de 2018 para el Régimen Contributivo y Resolución 1479 de 2015 para el Régimen Subsidiado).

De acuerdo con lo mencionado, una de las iniciativas de este Ministerio para propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con cargo a la UPC, en donde se observó la mayor dificultad relacionada con la autonomía médica, toda vez que para acceder a dichos servicios se debía contar con la autorización de un Comité Técnico Científico-CTC que evaluaba la pertinencia de las mencionadas solicitudes, mediante la expedición de las Resoluciones 1328, 3951 y 5884 de 2016 y la Resolución 532 de 2017 y 1885 de 2018 estableció un nuevo procedimiento para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos por el PB con cargo a la UPC mediante una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes denominada Mipres, con la cual se elimina el trámite ante el CTC, se busca alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y se optimiza el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser pagadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

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

Como parte del avance en desarrollo de la Ley, se 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, solo 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 complementarios, medicamentos que hagan parte del reporte de las Sociedades Científicas y en consecuencia correspondan al análisis de la Dirección de Medicamentos de este Ministerio para conformar la lista UNIRS, así como aquellas prescripciones de soporte nutricional realizadas en el tipo de atención ambulatoria deberán analizarse por parte una Junta de Profesionales de la Salud, bajo criterios de pertinencia médica únicamente.

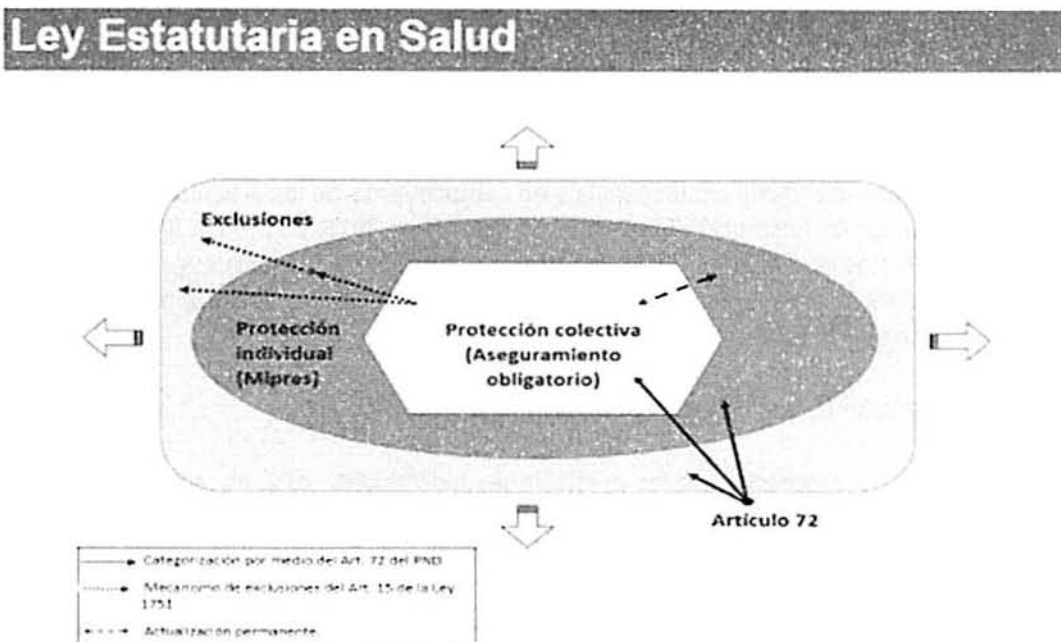
Con lo mencionado, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar de manera excepcional aquellos servicios que la misma LES ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

La garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud. Para este fin, la LES estableció que el sistema de salud debe ofrecer la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. A partir de dicho mandato, el sistema de salud garantiza, para todas las patologías, un conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte utilizados con excepción de lo previsto en el régimen taxativo de exclusiones.

Así, siguiendo el mandato de la LES, los servicios y tecnologías en salud a ser financiados con recursos del Sistema se dividieron en dos grupos. En un primer grupo están los servicios y tecnologías con cargo a la UPC, como mecanismo de protección colectiva. En el segundo grupo se encuentran los servicios y tecnologías no incluidos en el primer grupo y que corresponden a aquellos de carácter excepcional (enfermedades raras, los nuevos medicamentos y algunos servicios sociales complementarios) garantizados a través de un mecanismo de protección individual, ordenados y autorizados directamente mediante el aplicativo Mipres. El primer grupo se remunera *ex - ante* mediante el UPC. El segundo *ex - post* desde un fondo centralizado.

Algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa, en el marco de la actualización al PB. Para cumplir con la LES, este esquema debe complementarse con un mecanismo técnico-científico y participativo que permita determinar las exclusiones, esto es, las prestaciones de salud no cubiertas. Las exclusiones deben obedecer a los criterios establecidos en la ley y seguir el procedimiento determinado por la mencionada Resolución 330. Finalmente, como el universo de prestaciones y tecnologías es dinámico, crece todos los años, el esquema propuesto necesita un mecanismo ordenado de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías, este mecanismo está dado por el artículo 72 de la mencionada Ley 1753. La explicación de lo anterior se encuentra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 1
Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

En el marco de lo indicado anteriormente el MSPS ha desarrollado las siguientes estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud: i) Protección de las prestaciones colectivas; ii) Protección de las prestaciones individuales- Mipres; iii) Resolución que fija el mecanismo de exclusiones iv) Fortalecimiento de la puerta de entrada y v) otras estrategias para la protección del derecho.

2.1.1. Protección colectiva – Aseguramiento obligatorio

Como se señaló previamente, hace parte del aseguramiento en salud, por lo que hay una definición de coberturas y un promedio definido de atenciones en un PB, que son reconocidas a través de un pago *ex – ante*, en un valor per cápita. En el aseguramiento la protección es universal, colectiva y se transfieren los recursos a un tercer pagador con el objeto de que garantice las atenciones integrales de las coberturas incluidas. Estas prestaciones de servicios en salud colectivas cubren aquellos servicios y tecnologías en salud en donde es posible mancomunar los riesgos individuales asociados al uso de las mismas.

La universalización se alcanzó en el 2010⁴ y se ha venido consolidando a la fecha. Por su parte, la unificación de los PB⁵ se realizó por el ciclo de vida del individuo obedeciendo a criterios de vulnerabilidad y se inició con los menores de 1 año y embarazadas en 1995, los niños de 1 a 12 años en el 2009,⁶ se siguió con los adolescentes de 13 a 17 años en el 2010⁷ y los adultos mayores de 60 años en el 2011⁸ y se finalizó con los adultos entre los 18 y 59 años en el 2012.⁹

Una de las principales críticas al aseguramiento y, especialmente, al PB se concentraba en la incertidumbre generada frente a la inclusión o no de algunos servicios y tecnologías en salud, con el fin de subsanar dicha circunstancia y en cumplimiento de los artículos 2, 5 y 15 de la LES, se expidieron las Resolución 5592 de 2015¹⁰, 6408 de 2016, y 5269 de 2017 con lo cual se logró un PB más implícito con el fin de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y desarrollar, en particular, los principios de equidad, eficiencia, integralidad y participación ciudadana.

2.1.2. Protección de prestaciones individuales - Mipres

Para garantizar la protección de las prestaciones individuales, esto es, aquellas a las que acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento obligatorio o se ha identificado por parte del profesional de la salud, que resulta pertinente la prescripción de una tecnología o servicio no financiado con cargo a la UPC, el MSPS expidió las Resoluciones 1328, 3951 y 5884 de 2016, 532 de 2017, y 1885 de 2018, con fundamento en los artículos 6, 15, 17 y 19 de la LES.

En el marco de lo previsto en la LES, las mencionadas resoluciones reformaron el procedimiento de acceso a las prestaciones individuales para los afiliados del Régimen Contributivo, particularmente porque suprimió el trámite que debía hacerse por los profesionales de la salud ante los Comités Técnico Científicos - CTC, instancia que operaba en las EPS y que se encargaba de aprobar los servicios y tecnologías no incluidas en el PB.

El procedimiento define que los profesionales de la salud reporten la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el PB con cargo a la UPC, en la herramienta tecnológica Mipres, con la cual se optimiza el trámite que deben seguir las EPS para garantizar el suministro de dichas prestaciones así como para presentar las solicitudes de

⁴ Orden vigésimo novena de la Sentencia T-760 de 2008

⁵ Órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda de la Sentencia T-760 de 2008

⁶ Acuerdo 04 de 2009 de la CRES

⁷ Acuerdo 011 de 2010 de la CRES

⁸ Acuerdo 027 de 2011 de la CRES

⁹ Acuerdo 032 de 2012 de la CRES

¹⁰ "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 (SGSSS) y se dictan otras disposiciones".

reconocimiento cuando las mismas deban ser reconocidas por el FOSYGA o quien haga sus veces.

A través de Mipres se obtiene información en tiempo real y se realiza la trazabilidad de cada prestación, desde su prescripción hasta el pago por el FOSYGA, de tal manera que se garantiza que los recursos en salud dispuestos para las prestaciones individuales, se destinen a financiar las ordenes de los profesionales de la salud y por lo tanto, que su suministro y facturación sean consistentes, favoreciendo la transparencia en la administración de estos recursos.

El aplicativo Mipres también permite registrar las prestaciones de servicios complementarios, soporte nutricional y prescripción excepcional de medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA. Para estas prestaciones, se prevé que con el fin de analizar la pertinencia y la necesidad de los mismos, una vez sean prescritos por el profesional de la salud, serán analizados por una Junta de Profesionales de la Salud.

En atención a lo descrito, a partir del 1 de diciembre de 2016 se ha implementado las citadas Resoluciones y el aplicativo Mipres de forma gradual, obteniendo a la fecha (15 de mayo de 2018) los siguientes resultados acumulados: i) 6.023.107 prescripciones efectuadas en el aplicativo para 1.968.207 pacientes, ii) 48.094 Profesionales de Salud prescriben en el aplicativo, iii) 5.369 sedes de IPS activas en el proceso con 39 EPS y v) prescripciones efectuadas en 399 municipios de 33 departamentos y distritos.

Para los afiliados del Régimen Subsidiado, las entidades territoriales podrán adoptar el mecanismo definido en la señalada Resolución 1885 de 2018. Su aplicación no es de carácter obligatoria, toda vez que cada entidad territorial en el marco de su autonomía, debe evaluar su capacidad técnica y administrativa y definir si resulta viable adoptar Mipres e implementarlo. Es pertinente señalar que la Ley 1797 de 2016¹¹ permite aportes de la Nación para este propósito, sin embargo, algunas dificultades han impedido este desarrollo

2.1.3. Mecanismo de exclusiones de servicios y tecnologías en salud – Procedimiento Técnico- Científico y Participativo

Para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema¹², el MSPS

¹¹ “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

expidió la Resolución 330 de 2017, que establece el mecanismo técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente (procedimiento técnico – científico y participativo) para excluir servicios o tecnologías de salud de manera legítima, y la Resolución 5267 de 2017 que contiene el primer listado de las exclusiones. Se excluyen 43 tecnologías en salud.

Es importante señalar que el mencionado procedimiento fue construido con el aporte de los diferentes actores del sistema. Para el efecto, se realizaron encuentros regionales en los años 2015 y 2016 en las ciudades de: Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pasto, Pereira, Valledupar, Bogotá y Mitú en las cuales participaron cerca de 1.730 personas¹³. También se puso a disposición una encuesta virtual en donde participaron 266 personas. De igual forma, se realizaron entrevistas a líderes del sector durante el año 2015. La metodología utilizada (world café, encuestas, seis por seis y entrevistas) permitió que los actores aportaran sus conocimientos y preferencias.

2.1.4. Fortalecimiento de la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos – Artículos 71 y 72 del PND

Aunque este tema ha sido ampliamente desarrollado, vale la pena indicar que en el marco de la LES, el sistema de salud debe fortalecerse institucionalmente para lograr altos niveles de eficiencia técnica - lograr iguales o mejores resultados en salud invirtiendo la menor cantidad de recursos necesarios- y distributiva -privilegiar la disponibilidad de recursos en aquellas prestaciones y tecnologías que generen los mejores réditos en salud para la población. Para esto y en consideración con lo establecido en los artículos 71 y 72 de la Ley 1753 de 2015 - Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se plantea fortalecer la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos.

2.1.5. Otras estrategias

Sobre la FORMALIZACIÓN LABORAL, tema ampliamente discutido en la aprobación de la LES, en los últimos años se ha configurado de manera progresiva una Política de Estado que promueve este tema, no solo en el sector salud sino en todos los ámbitos y sectores del país. Esta política está configurada, entre otros, por el fallos de la Corte Constitucional (Sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012), por la Leyes 1429 de 2010¹⁴, la 1438 de 2011¹⁵ y la 1610 de

¹³ En la consulta regional participan pacientes representantes de las diferentes asociaciones, comunidad médica (universidades y asociaciones) y otros actores principalmente delegados de IPS e EPS.

¹⁴ “Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo”

¹⁵ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Artículo 103. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes”.

2013¹⁶. De igual forma, por los decretos 2025 de 2011¹⁷ (incluido en el 1072 de 2015¹⁸) y el 1376 de 2014, el cual tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las Empresas Sociales del Estado – ESE y suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013 (Decreto incluido en el decreto 1083 de 2015).¹⁹

El Ministerio de Trabajo y el MSPS mediante Circular Externa conjunta 100-003- 2013, instaron a las ESE a que la vinculación del recurso humano requerido en la prestación de servicios de salud, en los casos que sea viable y ajustado al presupuesto, se adelante a través de la vinculación en empleos temporales que se creen para el efecto, en los términos y condiciones señalados en la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1227 de 2005 (compilado en el Decreto 1083 de 2015). Esta circular también fue suscrita por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El 22 de julio del 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 del 2014²⁰ (compilado en el Decreto 1083 de 2015) como resultado de la aplicación de dicha norma, en la actualidad 73 Empresas Sociales del Estado han creado plantas temporales para 4.291 cargos, los cuales fueron provistos.

No obstante, ante la situación presentada con la vinculación de personal en las ESE y con el fin de lograr la primacía de los principios mínimos fundamentales señalados en el artículo 53 de la Constitución Política, y con el fin de superar algunas situaciones que la Corte Constitucional refirió en la Sentencia C-614 de 2009 relacionadas con el cumplimiento de funciones misionales permanentes a través de contratos de prestación de servicios o de otras modalidades que impliquen intermediación laboral y, en la Sentencia C-171 de 2012 en relación con la contratación con terceros y la necesidad de que las ESE cuenten con plantas de personal propias, idóneas, adecuadas y suficientes para atender y desarrollar sus funciones de carácter permanente, han surgido iniciativas gubernamentales tendientes a la formalización de las relaciones laborales y la aplicación de los estándares internacionales del trabajo decente.

Como resultado del trabajo de las mesas de concertación realizadas desde el 2015 hasta la fecha, se obtuvo como producto la propuesta de proyecto de ley, mediante el cual se solicitó al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno expida un régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del

¹⁶ “Por la cual se regulan algunos aspectos sobre las inspecciones del trabajo y los acuerdos de formalización laboral”.

¹⁷ “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1233 de 2008 y el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010”.

¹⁸ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”.

¹⁹ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.

²⁰ “Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”

Estado de nivel nacional y territorial, la cual fue presentada al Congreso de la República quedando radicada con el No. 12 en la Comisión Primera del Senado.

El proyecto de ley busca que se otorgue facultades extraordinarias pro t  mpore al Gobierno Nacional para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las ESE del nivel nacional y territorial, así como para expedir el Sistema Específico de Carrera Administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades públicas del orden nacional que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades, y se dictan otras disposiciones.

2.2. Todos los sectores cuidan la salud de la población

Para fortalecer la garantía del derecho a la salud y monitorear los avances del PDSP mediante la intervención en los determinantes de la salud, se puso en marcha la Comisión Intersectorial de Salud (CISP), con la expedición del Decreto 859 de 2014.

La CISP es la instancia de coordinación y seguimiento para monitorear la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social. La comisión está integrada por los ministerios de Agricultura, Salud, Trabajo, Minas, Educación, Ambiente, Vivienda, Transporte y Cultura, así como los departamentos administrativos de Presidencia, Prosperidad Social y Planeación Nacional. La CISP cuenta con una secretaría técnica, compartida entre el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social, y un espacio de deliberación técnica (Comité Técnico) que est   a cargo de la secretaría técnica.

Este espacio sirve para identificar la gestión intersectorial en salud para la protección de la salud de las personas, disminuir las inequidades en salud y aportar al cumplimiento de las metas del PDSP, como lo establecen las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, y cumplir con los acuerdos fijados internacionalmente, en especial el lineamiento de la Organización Mundial de la Salud: “Salud en todas las políticas”, el plan estratégico para combatir las enfermedades no transmisibles (ENT) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La comisión ha tenido cinco sesiones, la última de ellas fue en abril de 2018. Esta ha adoptado un tablero de control, previamente construido con los ministerios, al cual se hace seguimiento. Este incluye indicadores de las ocho dimensiones de salud del Plan Decenal de Salud Pública. El tablero incluye 26 indicadores.

Es importante resaltar que, si bien la institucionalidad ya está consolidada, las acciones intersectoriales que se requieren son mucho mayores y deben ser más eficaces. El reto es fortalecerlas y ejecutar planes concretos para la obtención de cambios tangibles, particularmente en aquellos casos en los que las opciones sean más saludables, más cercanas al diario vivir de los colombianos, más factibles y más esperadas socialmente.

2.3. El sistema de salud tiene un norte: Plan Decenal Salud Pública 2012-2021

Un sistema de salud requiere claridad sobre los logros que persigue. Más allá de los cambios en las estrategias, fijar las prioridades a través de procesos participativos con la población general y con los demás actores del sistema de salud es algo que brinda legitimidad a la gestión y un gran logro para el sector salud y para los colombianos.

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011 se construyó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, mediante el proceso de movilización social "La salud en Colombia la construyes tú", que tuvo una amplia participación de diferentes sectores, regiones y poblaciones del país. El PDSP tiene tres objetivos estratégicos: alcanzar una mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades evitables. Se establecieron ocho dimensiones prioritarias en un marco de enfoques y estrategias de gestión que buscan garantizar el derecho a la salud, más dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional. Todo este marco estratégico se muestra en la Figura 3. Para el monitoreo de las dimensiones se establecieron 76 indicadores con su respectiva línea de base y metas de seguimiento.

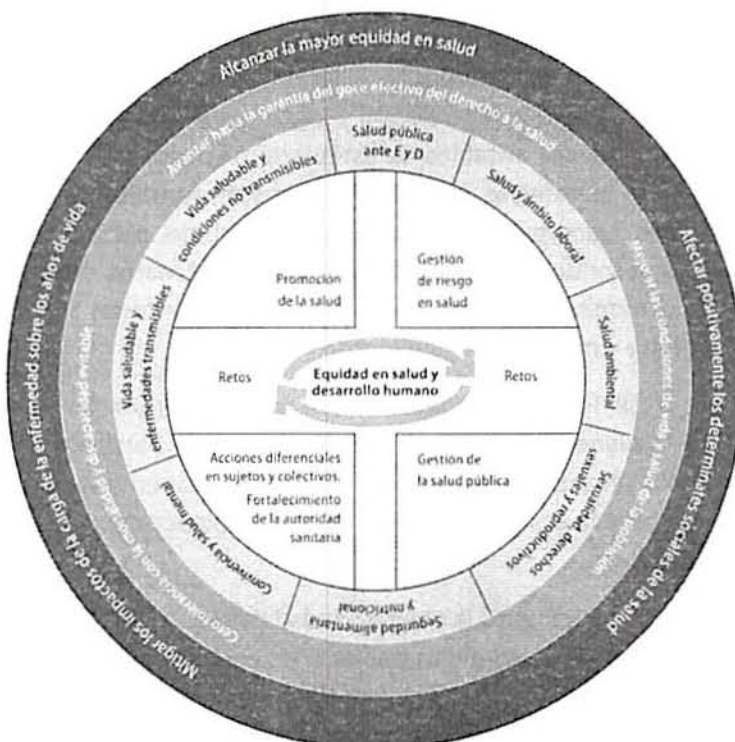
La legitimidad del PDSP fue acompañada de un riguroso desarrollo de instrumentos y herramientas para la planeación y gestión de los actores a partir de acciones y planes intersectoriales. En los territorios las autoridades sanitarias saben que este plan es su carta de navegación y que toda la gestión para la salud de las poblaciones debe estar enmarcada en el mismo.

Adicionalmente, este plan reconoció la obligatoriedad de responder de manera diferencial y efectiva a las necesidades de salud de las poblaciones étnicas y de la población víctima del conflicto armado. En los planes de desarrollo²¹ se incluyeron compromisos dirigidos a mejorar las condiciones de vida y salud de las poblaciones étnicas y de la población víctima del conflicto armado.

El Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en el proceso técnico y participativo de construcción del capítulo étnico y del capítulo específico para población víctima del conflicto armado como anexos al PDSP. El propósito de esta iniciativa es garantizar los derechos de estas poblaciones, acogiendo la normatividad vigente, las exigencias constitucionales y las dinámicas y tiempos propios de éstas.

²¹ Para los periodos 2010-2014 y 2014-2018, así mismo el enfoque diferencial fue reafirmado por la Ley Estatutaria de Salud en sus artículos 6 y 11.

Figura 3. Marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública



Fuente: ABC del Plan Decenal de Salud Pública. “La salud en Colombia la construyes tú”

Los resultados actuales frente a este tema se expresan en las propuestas de contenidos de un capítulo étnico, desde la perspectiva de las poblaciones indígenas, rom y las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, y de un capítulo específico para la población víctima del conflicto armado. Estos capítulos definen la respuesta con enfoque diferencial en salud pública que tiene el objetivo de lograr mayores niveles de equidad y afectar positivamente los determinantes y condiciones que afectan la salud de estas poblaciones.

El reto actual frente a los capítulos se centra en culminar los procesos de validación y concertación para ser reglamentado y adoptado a nivel nacional y territorial. Los capítulos serán articulados a las demás políticas de salud y en especial a los instrumentos que permiten operativizar el Plan Decenal de Salud Pública, como la estrategia “Pase a la equidad en salud”.

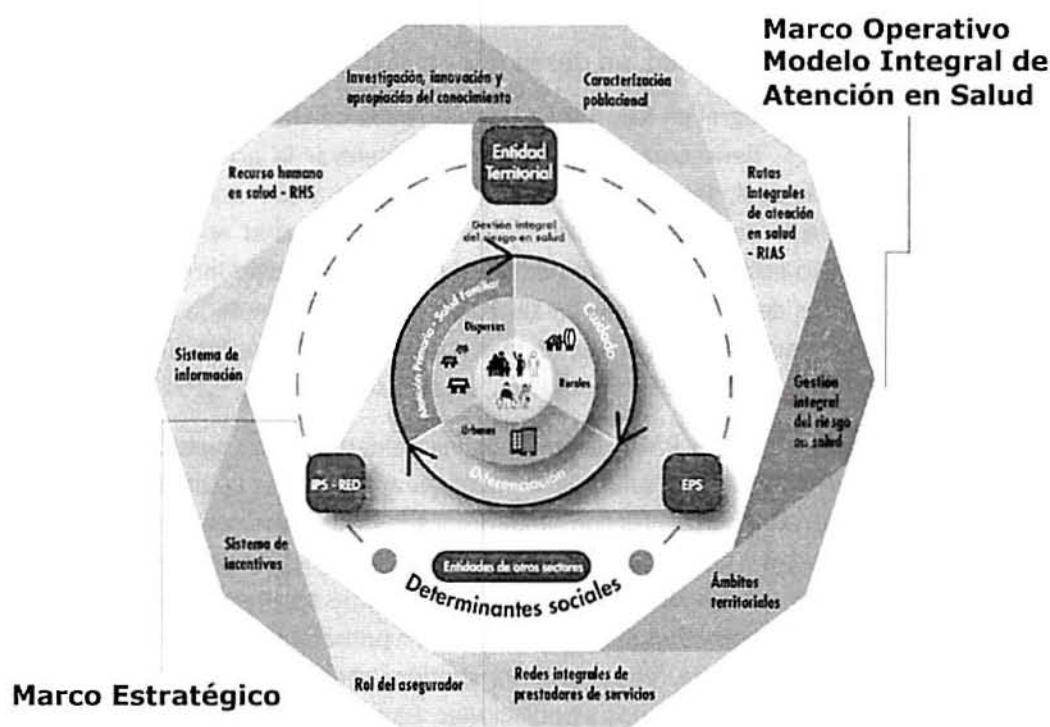
Para el segundo semestre de 2018 se espera comenzar el proceso de divulgación y, por consiguiente, su fase de implementación.

2.4. Atención integral en salud, un deseo que se vuelve política

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), promulgada con la Resolución 429 de 2016 en desarrollo de la LES, tiene como objetivo principal centrar la acción de salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo. La política tiene dos componentes. El componente estratégico determina las prioridades del sector salud en el largo plazo. El componente operativo está comprendido por la definición del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Antes de su promulgación se realizó una validación de la PAIS a lo largo y ancho del país, con la participación de la academia, las sociedades científicas, representantes de pacientes y demás agentes que integran el sistema de salud.

En el marco estratégico de la PAIS se aclara la necesidad de una gestión articulada y armonizada que excede el sector salud para poder garantizar a los colombianos la mejor salud posible. Lo anterior incluye a las comunidades y a los individuos, así como a los demás sectores de la sociedad. También se precisa que dentro del sector es necesaria la armonización, complementariedad y coordinación de los entes territoriales, aseguradores y prestadores. La PAIS tiene como fundamentos la atención primaria en salud (APS), el enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Lo anterior se presenta en la figura 4 en el círculo punteado y en el contenido del triángulo.

Figura 4. Política de Atención Integral en Salud



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/presentaciones-modelo-integral-atencion-salud-mias.aspx>

El componente operativo, el MIAS, se expondrá en el siguiente capítulo. Por esta razón, esta sección resalta la importancia de la PAIS como pacto social. La PAIS es parte de los mayores retos que la población y los actores identificaron del sistema de salud y logra un consenso no solo en qué es el derecho fundamental a la salud, sino adicionalmente en qué se requiere para su materialización y quiénes deben participar. El gran reto de la política es su implementación, como veremos en el siguiente capítulo, pues su aplicación conlleva cambios amplios en los roles y las relaciones entre los individuos, sus familias, sus comunidades y entornos, así como en las instituciones dentro y fuera del sector.

2.5. Otros pactos sociales de vanguardia en Colombia

2.5.1. Legalización del cannabis para usos medicinales y científicos

Mediante la Ley 1787 de 2016 se inicia el proceso de legalización del cannabis para uso exclusivamente medicinal y científico. A partir de la expedición del Decreto 613 de 2017, el Gobierno de Colombia definió las reglas de juego para la producción y transformación de cannabis, dejando claras las especificaciones de solicitud de licencia para quienes decidan participar del proceso. A la fecha ya se cuenta con 50 licencias de transformación expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como con una guía de cupos que define las

diferentes obligaciones con que se debe cumplir para el inicio de cultivo y transformación de la planta.

2.5.2. Muerte digna

Con respecto al derecho a la muerte digna, el Ministerio reglamentó,²² en cumplimiento de una orden de la Corte Constitucional,²³ las directrices para los comités científicos interdisciplinarios, cuya función principal será la de garantizar el derecho a la muerte digna de los pacientes en fase terminal que soliciten el amparo de este derecho. Cualquier enfermo en fase terminal mayor de 18 años puede manifestar a su médico tratante su intención de garantizar su derecho a una muerte digna a través de un procedimiento de muerte anticipada. El derecho también se puede aplicar a pacientes mayores de 18 años de edad que estén inconscientes o en incapacidad de manifestar su deseo, pero que lo hayan dejado previamente manifiesto mediante un documento de voluntad previa. Al respecto el Ministerio dispuso un documento de acceso público para los interesados²⁴. Esta reglamentación marca un hito frente a los derechos de los colombianos.

Adicionalmente, mediante Sentencia T-544 de 2017 la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social regular “el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes”. Por esta razón el 9 de marzo de 2018 se publicó la Resolución 825, la cual regula el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes.

2.5.3. Adopción por parejas del mismo sexo

El 10 de mayo de 2017 se dio la discusión en el Congreso de la República sobre la adopción por parte de parejas homoparentales. Al respecto, el Ministerio sentó su posición a favor argumentando que no se han identificado riesgos para la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes derivados de la adopción de parejas del mismo sexo. Además, de acuerdo a la evidencia se concluye que el desarrollo cognitivo y emocional de estos es similar en parejas heterosexuales y homosexuales. Por otra parte, el único factor diferenciador en el bienestar de menores adoptados o criados por parejas del mismo sexo está en el estrés y las dificultades que pueden causar las restricciones legales y el estigma.

2.5.4. Interrupción voluntaria del embarazo

En el año 2006, la Corte Constitucional despenalizó parcialmente el aborto, teniendo en cuenta 3 causales de excepción: i) cuando pelagra la vida o la salud de la madre; ii) cuando se

²² Resolución 1216 de 2015

²³ Sentencia T-970 de 2014

²⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-muerte-anticipada.pdf>

¹⁰ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006.

presenta malformación del feto incompatible con la vida; y iii) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.¹⁰ El Ministerio de Salud y Protección Social ha llevado a cabo acciones para el cumplimiento de lo establecido en la sentencia, de manera que se asegure la prestación del servicio y se eviten barreras de acceso. Estas acciones incluyen: 1) definición de directrices regulatorias y técnicas, socialización y divulgación de la sentencia; 2) desarrollo de actividades de asistencia técnica a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); 3) entrenamiento a actores del sistema para la atención integral de la IVE de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006; 4) promoción de los derechos sexuales y reproductivos a partir de estrategias de información, educación y comunicación en conjunto con otros entes nacionales.

2.5.5. Prohibición de aspersiones aéreas con glifosato

El glifosato fue clasificado como “probablemente cancerígeno para los humanos” tras una reunión de expertos de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), la cual hace parte de la Organización Mundial de la Salud, cuyos resultados fueron publicados el 20 de marzo de 2015 en la revista científica *The Lancet Oncology*. A partir de la evidencia disponible, la IARC concluyó que la exposición al glifosato podía estar relacionada con la generación de linfoma no Hodgkin en humanos, y señaló que en experimentos con animales la exposición al herbicida aumentó la probabilidad de otras enfermedades tales como: carcinoma tubular renal, hemangiosarcoma, tumores en piel y adenoma pancreático. Esta nueva información hizo que el Ministerio de Salud y Protección Social elevara una solicitud al Consejo Nacional de Estupefacientes para suspender esta práctica.

Es así como en octubre de 2015 las aspersiones aéreas con glifosato para la erradicación de los cultivos de coca fueron suspendidas basándose en dos elementos: i) como resultado de la evaluación del informe de la IARC y ii) en cumplimiento al fallo de la Corte Constitucional en el sentido de que se aplicara el principio de precaución en caso de que no se encontrara una conclusión definitiva sobre la inexistencia de riesgos derivados del uso de este herbicida.

3. El MIAS y la transformación de la forma de generar salud en Colombia

La verdadera reforma que llega al ciudadano, la tangible, es aquella que modifica el quehacer diario y las interacciones de un individuo con la salud en sus entornos de vida. Es la reforma que aborda cómo la comunidad cuida a los individuos, cómo lo cuida su empleador, cómo lo cuida su familia, cómo no muere en un accidente o por otros eventos. Así mismo, la reforma tangible para los individuos es aquella que modifica la forma en la que el sector salud interactúa con los individuos y las familias, la que lleva a cualquier agente del sistema a tomar la decisión que más conviene a la persona, a informarle y promover el cuidado de manera

continua, sin interrupciones, sin cabos sueltos, sin cuellos de botella, protegiéndolo de los riesgos. De esto se trata el MIAS.

El objetivo del MIAS es “garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad”. La definición del MIAS “comprende el conjunto de procesos de caracterización de las personas en su entorno, priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.”²⁵ Esta es una reforma que revisa todos los paradigmas de roles e interacciones de los responsables de la salud, y en ese sentido es un cambio ambicioso y una apuesta evolutiva de la forma como el país produce salud para sus habitantes.

La implementación del MIAS es responsabilidad de las entidades territoriales (ET), de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de naturaleza pública, privada o mixta, de las entidades del sector salud y de otros sectores responsables de acciones en salud y de los mismos usuarios. El MIAS consta de 10 componentes que se presentan en la parte externa de la figura 4. El modelo es una innovación social que implica una evolución de los paradigmas y de la cultura dentro y fuera del sector. Cada uno de los 10 componentes de la figura 4.²⁶ Ha tenido avances importantes para fortalecer la implantación del MIAS y ha implicado repensar y reorganizar los procesos del sistema de salud. La implantación del modelo de atención es la reforma que llega al ciudadano, la que es tangible.

A continuación se describen los avances del MIAS, tanto en la definición de nuevas reglas y roles, como en las fases de alistamiento y preparación de la implementación en los territorios.

3.1 Planeación centrada en las necesidades de la población

El modelo parte de la caracterización de la población a intervenir, ya sea la del territorio, por parte de las entidades territoriales, o la afiliada, por parte de la EAPB. Las prioridades para intervenir la población son definidas de manera que se genere o mantenga lo más sana posible. Para el efecto, el Ministerio construyó una metodología para el monitoreo y la evaluación de los planes territoriales de salud, basada en la caracterización de la población.

²⁵ MINSALUD. Resolución 429 de 2016 artículo 3.

²⁶ Se puede consultar mayor detalle de la PAIS y el MIAS en el documento “Política de Atención Integral en Salud - Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud” publicado en 2016 y disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>

Igualmente realizó una medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales.²⁷

El 100% de las entidades territoriales de salud recibieron asistencia técnica en cómo actualizar el análisis de situación en salud (ASIS) de la población del territorio y en cómo acordar las prioridades en salud con las EAPB. Igualmente, el 100% de las EAPB recibieron capacitación para que incluyeran la caracterización de su población afiliada en el sistema de información de la seguridad social. Las metodologías diseñadas por el Ministerio quedaron plasmadas en guías, que ya han sido implementadas en el 100% de los territorios y en el 95% de las EAPB.²⁸

En concreto se logró sistematizar la planeación y la evaluación basadas en las necesidades de la población en cada territorio de Colombia y en prácticamente todas las EAPB. A pesar de los avances se debe fortalecer el enfoque de identificación de riesgo individual, familiar y comunitario, ajustar el modelo conceptual y operativo del sistema de información para fortalecer los ciclos de planeación y evaluación dentro del sector y posicionar estos procesos fuera del sector, concretando las intervenciones en los determinantes de la salud y la mejora de entornos centrados en las necesidades de la población.

3.2. Las RIAS son el eje de la articulación y de la gestión centrada en el individuo

Una de las grandes innovaciones y apuestas para la evolución de sistema de salud hacia un modelo integral son las rutas integrales de atención en salud (RIAS). Las rutas son el corazón del modelo, el eje de la articulación y de la gestión centrada en la persona. Esta herramienta define las condiciones y procesos necesarios para asegurar la integralidad en la atención a los individuos, familias y comunidades. Incluye: i) las acciones de gestión para la atención integral a cargo de los agentes del sistema de salud; ii) las acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades; iii) las atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Dichas acciones permiten el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado del entorno, incidiendo en el mantenimiento o recuperación de su salud de la población. Lo anterior requiere de coordinación y trabajo conjunto entre sector salud en el territorio, el asegurador, el prestador, el individuo, la familia, la comunidad y los demás sectores responsables de las acciones en salud.

Las rutas tienen tres tipologías: i) las de promoción y mantenimiento de la salud, ii) las orientadas por grupos de riesgo (16 grupos) y iii) las dirigidas a la atención específica para eventos. El Ministerio estableció el manual metodológico para la elaboración e

²⁷ Documento borrador

²⁸ Para mayor detalle acerca de estas metodologías consultar el Decreto 315 de 2016, la Resolución 1546 de 2015 – ASIS y CAPO y la Metodología de PASE a la Equidad, Resolución 1546 de 2015

implementación de las RIAS.²⁹ Así mismo, se diseñaron y difundieron 7 rutas,³⁰ dentro de las que se encuentran la “Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud” y la “Ruta materno perinatal”, que se constituyen en las rutas de obligatorio cumplimiento en el territorio nacional. Se construyeron lineamientos técnicos y operativos para estas 7 RIAS. Del mismo modo, las diez rutas de grupo de riesgo restantes³¹ cuentan con el proceso de diseño y validación, y están en construcción sus lineamientos técnicos y operativos. Por otra parte, se diseñó la metodología de costeo para las rutas y se elaboró documento “ABC de las RIAS”.³²

Para fortalecer a los territorios en la implementación de las RIAS, el Ministerio desarrolló una metodología para la asistencia técnica con un abordaje centrado en los sujetos de la atención, es decir en la persona, la familia y la comunidad. Se realizó la socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta materna perinatal a las direcciones territoriales de salud (31 DTS), EAPB y empresas sociales del Estado (ESE) que operan en el territorio nacional, así como al Sistema de Salud Militar y de Policía Nacional. Estas dos rutas son las que mayor avance tienen en su implementación. Sin embargo, algunos territorios han iniciado la implementación de otras rutas como las de riesgo cardiovascular, la de alternaciones nutricionales y la de trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de sustancias psicoactivas.

Si bien se ha avanzado en la claridad para su construcción y también en su implementación, se requiere continuar el desarrollo y fortalecimiento los siguientes aspectos: (i) la construcción de los lineamientos e instrumentos tanto para las rutas como para su implementación; (ii) la generación de instrumentos para el seguimiento y evaluación de la implementación; (iii) la generación y/o fortalecimiento de capacidades en los territorios para liderar la implementación y de los actores para la adopción de las RIAS; (iv) la consolidación de un equipo técnico del Ministerio para el acompañamiento y asesoría permanente para la

²⁹ Resolución 3202 de 2016

³⁰ Promoción y mantenimiento de la salud, Materno – perinatal, Alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas, Cáncer: cáncer de mama y cáncer de cérvix, Alteraciones nutricionales y atención a la desnutrición aguda para menores de 5 años, Trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, Enfermedades infecciosas: enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika.

³¹ Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC), Trastornos psicosociales y del comportamiento, Alteraciones en la salud bucal, Enfermedad y accidentes laborales, Trastornos visuales y auditivos, Otras enfermedades infecciosas: enfermedad respiratoria aguda; infecciones de transmisión sexual y tuberculosis, Zoonosis y agresiones por animales: accidente rábico, accidente ofídico, Agresiones, accidentes y traumas, Otros cánceres: cáncer de próstata y Cáncer colon y recto, Otras alteraciones nutricionales: anemia y obesidad, Otras alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas: accidente cerebro vascular y enfermedad renal crónica

³² En consulta interna en el MSPS

generación de competencias dentro y fuera del sector; y v) la divulgación de experiencias y análisis de casos de éxito y fracaso.

3.3. Más instrumentos para la evolución de la salud

La apuesta del modelo se basa en la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), la cual es una estrategia central del modelo, orientada a la articulación de la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, a través del relacionamiento de los agentes del sistema de salud en los territorios y la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales a su cargo, con el fin de anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten, o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y consecuencias. El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos. El Ministerio elaboró un documento técnico con la perspectiva de la GIRS³³, el cual ha servido de base para la operativización de las rutas integrales de atención.³⁴ Se identificó como reto avanzar en la coordinación de acciones con las entidades territoriales de salud para la efectiva articulación de las acciones individuales y colectivas.

En cuanto a la delimitación territorial del MIAS, se han realizado por parte del Ministerio estudios y clasificaciones de los departamentos y municipios por ámbitos territoriales.

El desarrollo de las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) es otra gran apuesta. Se espera que estas redes garanticen la continuidad y oportunidad en la atención, así como la integralidad de las condiciones de salud de los individuos. Esto implica un vuelco a la organización de la prestación y por esta razón el Ministerio tuvo que establecer nuevas reglas³⁵ y opciones para facilitar la transformación de los prestadores.

Se consolidaron documentos técnicos y proyectos de resolución relacionados con la habilitación de las redes y de los prestadores primarios. Se creó un módulo del sistema de información de prestadores para que las redes se registren y se pueda consultar el estado. En dicho módulo, se pueden ver escenarios de oferta y la demanda de servicios. Así mismo, se ponen a disposición de todos los actores manuales de uso y cartillas didácticas para comprender el funcionamiento de las RIPSS. Para el alistamiento se capacitaron el 100% de

³³ Documento de trabajo, GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Enero 2018

³⁴ Documento Avance Sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud operando.

³⁵ Resolución 1441 de 2016, por la cual se habilita la implementación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS como componente de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. Además de adoptar el “Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

las direcciones territoriales de salud y se puso en funcionamiento el módulo del registro especial de prestadores.

La constitución en los territorios ya ha comenzado con la organización de prestadores primarios, y/o la conformación de redes de prestadores primarios como unidades funcionales mediante uniones temporales. Algunos territorios también han concretado proyectos de inversión para fortalecimiento institucional. Se han construido redes de conocimiento para documentar y compartir estas experiencias.

Frente al rol del asegurador, los avances más importantes se han plasmado en las nuevas normas que unifican y actualizan las reglas de afiliación al sistema de salud,³⁶ que crea el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y define los instrumentos para garantizar la continuidad de la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Así mismo, se establecieron reglas para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.³⁷ Estas nuevas reglas se han socializado a empleadores, afiliados, EAPB, ET, IPS y entidades de control. En la práctica, otros cambios se han venido produciendo, no desde de las reglas del sistema, sino ya en la articulación práctica de los aseguradores con ET y con las IPS o redes para trabajar conjuntamente en las prioridades en salud y las rutas de atención definidas.

La redefinición de los esquemas de incentivos pretende orientar y alinear a los agentes del sistema para la obtención de resultados en salud, la integralidad y la calidad de la atención dentro del contexto de la sostenibilidad financiera del sistema. Estos incentivos incluyen modalidades de contratación y de pago entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud, incentivos dirigidos a los recursos humanos e incentivos dirigidos a los usuarios.

Se ha avanzado en modalidades de contratación y de pago. Para el efecto se formuló un proyecto de decreto que regula las relaciones contractuales entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud.³⁸ Asimismo, los agentes están avanzando en la implementación de nuevos mecanismos de pago y contratación en diferentes ámbitos territoriales. Por otro lado, se consolidó un documento de revisión teórica y de experiencias acerca de los incentivos al talento humano en salud desde el año 2016, y se generó una estrategia llamada “Incentivos al talento humano en salud, tarea de todos”. También es necesario avanzar en el desarrollo de incentivos para los usuarios.

Independientemente de estos avances técnicos y de propuestas regulatorias, los actores del sistema de salud han mantenido un diálogo muy fluido, y en la práctica están realizando innovaciones que alinean los actúares de prestadores, aseguradores y profesionales de la

³⁶ Decreto 2353 del 2015

³⁷ Decreto 682 de 2018

³⁸ Surtió la fase de consulta pública y se tiene la versión ajustada que incorpora las observaciones..

salud, con los mejores resultados en salud. Evidencia de estos son los múltiples eventos que se realizan donde se muestran y discuten este tipo de experiencias.

Hacer posible un sistema de salud centrado en la persona implica que el sistema de información debe recolectarse, analizarse y disponerse a partir del nivel individual (persona) y gestionarse de tal forma que permita integrar y articular la información de los diferentes agentes involucrados en la atención integral en salud. Para el efecto, es necesario reconocer que los componentes que se definen en el MIAS son interdependientes. Por lo anterior, se requiere un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los agentes en sus diferentes niveles, y su transformación en información para la toma de decisiones. Esto implica la obligatoriedad de los agentes en el reporte confiable, oportuno, sistemático, claro, suficiente, con la calidad aceptable, y en los plazos que se establezcan según los requerimientos del SISPRO. De igual forma, se deben lograr los acuerdos de datos entre los diferentes agentes de tal forma que se unifiquen los conjuntos de datos en salud y se genere un único conjunto de indicadores que sean requeridos para el manejo del MIAS a nivel nacional y en los territorios.

El sistema de información ha mostrado avances y se ha fortalecido, como se mostrará en un capítulo posterior. Los avances específicos relacionados con el MIAS son las modificaciones y desarrollos relacionados con el sistema de afiliación transaccional y el diseño y puesta en marcha de la plataforma de información para el usuario llamada www.miseguridadsocial.gov.co, con la estandarización de catálogos de tecnologías en salud, con los módulos para registrar y realizar seguimiento a la planeación territorial y de las EPS, con el sistema de prescripción clínica de atenciones por fuera del Plan de Beneficios (Mipres), el registro del talento humano en salud (ReTHUS) y de las RIPSS, y las aplicaciones móviles dirigidas a los usuarios.³⁹ También se tiene un proyecto de ajuste del registro individual de prestación de servicios RIPS⁴⁰ y se elaboraron cartillas de socialización, capacitaciones y socialización de estos desarrollos. En los territorios se han formulado proyectos de inversión de TIC para fortalecer la implementación del MIAS.

Para fortalecer la investigación, se diseñaron líneas de investigación, innovación y desarrollo tecnológico anual acordes con el MIAS, financiadas por el Fondo de Investigación en Salud (FIS) y se están financiando los proyectos aprobados por Colciencias en las convocatorias de 2016-2018. Adicionalmente, se está gestionando la difusión de experiencias y las redes de conocimiento y la realización de pilotos que permitan entender los factores críticos de éxito de la implementación del MIAS para que cumpla con sus objetivos.

³⁹ SexualiApp; Autocuidate; Guías de Práctica Clínica (GPCr); ComunidadSalud

⁴⁰ En consulta interna dentro del Ministerio.

3.4. El talento humano en salud es factor crítico de éxito

Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud reconocía que el talento humano es el insumo más importante de un sistema de salud, pues el desempeño de este último dependía “de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios”.^[1]

En estos años se mejoró tanto en la disponibilidad de talento humano⁴¹ para atender la demanda incremental de servicios de salud, como en la adopción de mecanismos para mejorar la calidad y pertinencia de su formación a través de la consolidación de la evaluación de la relación docencia servicio y la pertinencia de los nuevos programas de educación superior en salud. Se destaca el reconocimiento de doce (12) Hospitales Universitarios, como instituciones que jalonan la generación de conocimiento, la formación de talento humano y la atención en salud con altos estándares de calidad.

Así mismo, el Ministerio estableció una hoja de ruta para ajustar los perfiles y competencias de las profesiones de la salud^[2] para dar respuestas más pertinentes y resolutorias frente a las características y necesidades en salud de la población colombiana. En consenso con la comunidad educativa, se diseñaron los programas curriculares unificados para las especializaciones en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria y se promovió y asistió técnicamente a las Instituciones de Educación Superior para la apertura de nuevos programas regionales en estas dos especializaciones claves para la implementación del MIAS.^[3]

Asimismo, se diseñaron los lineamientos para la formación del talento humano para pueblos indígenas,^[4] la formación en salud intercultural y con enfoque diferencial y la armonización de las medicinas y terapias alternativas al sistema de salud, todo ello con el propósito de hacer más integral, inclusivo y equitativo el desarrollo del talento humano en salud⁴². También se apoyó e impulsó el desarrollo de proyectos de formación intercultural de técnicos en salud pública y formación complementaria en los pueblos indígenas de diez departamentos.

También se lograron resultados significativos en la disponibilidad de información necesaria para orientar las decisiones de los agentes del sector y sustentar los procesos de planificación

[1] Organización mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Capítulo 4 página 87.

41 Al cierre de 2017 el país contaba con una disponibilidad de 33,3 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, con un aumento sostenido en los últimos años (en 2010, este indicador era de 25,1).

[3] También se generó el documento “Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitario del modelo integral de atención en salud”

[4] Aprobados por la comisión indígena

42 Estos documentos se pueden consultar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

y gestión que involucran aspectos relacionados con el talento humano. Para esto, se consolidó el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, que cuenta con más de 957 mil registros históricos⁴³, información que se integró al Sistema de Gestión de Datos (SGD) del SISPRO y se articuló con otras fuentes (PILA y RUAF), a través de un cubo de información disponible para consulta pública permanente a través de la página web del Ministerio (<http://web.sispro.gov.co>)

Para mejorar las condiciones de formación de los residentes se ampliaron los cupos del programa de becas crédito al pasar de un promedio anual de 3.766 beneficiarios en el período 2011–2014 a 4.338 en el último cuatrienio. Este programa da un estímulo en forma de créditos condonables a los profesionales que cursan este tipo de programas.

Durante el período se mejoraron las condiciones laborales y de ejercicio de los profesionales que cumplen el servicio social obligatorio. Se pasó de tener en el año 2014 cerca del 70% de plazas con vinculación formal a la planta de las IPS (contrato legal y reglamentario o contrato laboral), al 100% en el año 2018.

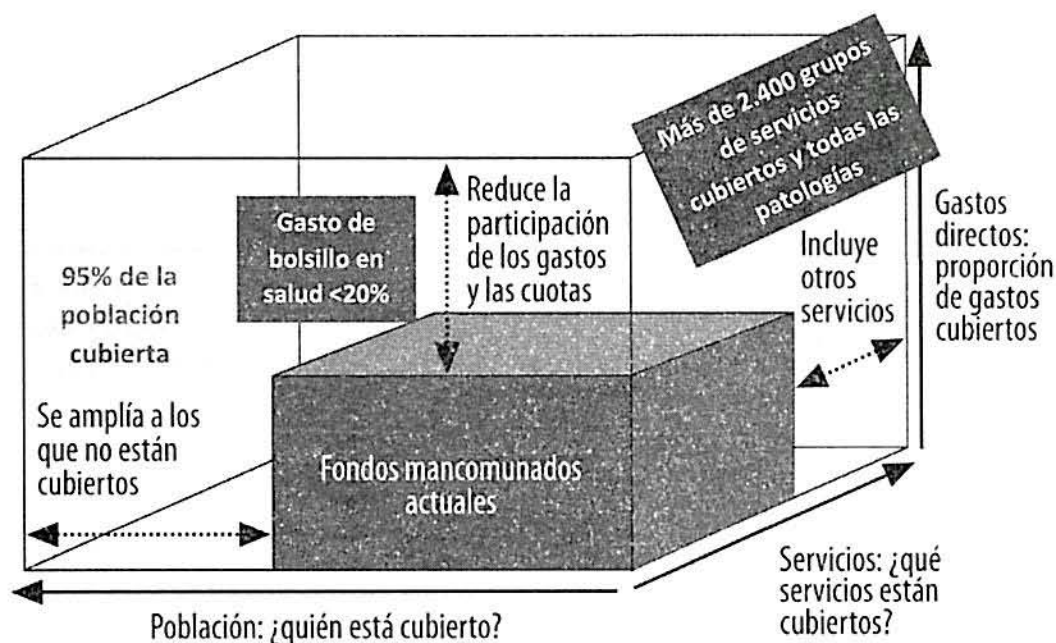
Sin embargo, persisten enormes retos para alinear los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en torno a las necesidades de la población y a los objetivos del Sistema de Salud, así como del desarrollo personal y profesional del personal sanitario. Entre ellos, la distribución equilibrada del talento humano por regiones y zonas rurales y urbanas; la dignificación y formalización de las condiciones de desempeño y ejercicio; la formación continua y mecanismos para revisar y promover la idoneidad permanente del talento humano.

4. Mayores beneficios y mayor rigor

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la cobertura universal tiene tres dimensiones: cubrir toda la población, que la contribución económica de las familias para los servicios de salud no las ponga en riesgo, y que se incluyan más servicios que tengan beneficio para la salud (ver figura 5). En el 2018, con motivo del Día Mundial de la Salud, este organismo resaltó que la cobertura universal es la base para lograr los objetivos de desarrollo sostenible.

Figura 5. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal

⁴³ Con base en esta información se estima que existen en el país cerca de 600 mil personas habilitadas y disponibles para ejercer profesiones y ocupaciones de la salud, de los cuales 53% tienen formación profesional y 47% formación del nivel técnico y tecnológico.



Fuente: OMS (2010) Informe de la Salud en el Mundo, Capítulo 1 página 14, notas de color agregadas por el Ministerio

Colombia le ha apostado a avanzar en las tres dimensiones. Como se mencionó en los capítulos anteriores, casi toda la población cuenta con afiliación a la seguridad social, y el gasto de bolsillo en salud de los colombianos es de los menores de Latinoamérica.

En la tercera dimensión también hemos avanzado. El sistema de salud garantiza el derecho fundamental a la salud⁴⁴ a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios, estructurados sobre una concepción integral de la salud⁴⁵. Se garantiza el acceso a las prestaciones de salud, principalmente por medio de tres mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva, que mancomuna riesgos individuales a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población. ii) mecanismo de protección individual, mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago tanto de tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) como de servicios complementarios debidamente autorizados, y iii) mecanismo de exclusiones, mediante el cual se excluyen los servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

⁴⁴ De conformidad al artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (LES)

⁴⁵ Incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas

En este contexto, tenemos disponibilidad de las tecnologías en salud autorizadas en el país. Los mecanismos de protección se han ajustado en sus contenidos y se ha regularizado el acceso a servicios. Los procesos de toma de decisiones tienen en cuenta la opinión de los actores y de los pacientes.

4.1. Mayores beneficios y coherencia en su diseño

Se ha creado una institucionalidad y unas reglas claras para todos los actores frente a cómo es el proceso de actualización integral del Plan de Beneficios en lo concerniente a los mecanismos de protección colectiva e individual, o a cómo se realizan las exclusiones del mismo.^{46, 47, 48} Este proceso estableció 10 pasos que han sido ampliamente difundidos, cada uno construido con alto rigor metodológico, basado en la evidencia y en las mejores prácticas internacionales, y con la participación de actores del sistema de salud, incluyendo a los usuarios.⁴⁹

Ocho logros importantes fueron: (i) la organización de la participación social y con esto la visibilidad del derecho; (ii) la creación y consolidación de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCT); (iii) la unificación, ampliación y claridad de los contenidos del plan de beneficios; (iv) la implantación del proceso estandarizado de acceso a los servicios por fuera del plan de beneficios; (v) la consolidación de un trabajo conjunto con otras direcciones del Ministerio y agencias sanitarias y con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); (vi) la creación de un proceso para actualizar la clasificación única de procedimientos, así como la actualización propiamente dicha;⁵⁰ (vii) la creación de un proceso participativo de exclusiones, el cual logró que a la fecha se hayan excluido 43 tecnologías en salud;⁵¹ (viii) el ajuste de la UPC, que hizo posible que 313 municipios tuvieran una UPC diferencial, incluyendo un nuevo grupo de riesgo (el archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina) y la sistematización de los procesos de calidad de información.

⁴⁶ Desarrollo metodológico de los procesos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud a evaluar, aumento de cobertura y supresión para efectos de la actualización del POS 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/depuracion-y-ordenamiento-de-tecnologias-2013.pdf>

⁴⁷ Metodo para la construcción del procedimiento técnico-científico, de carácter público, participativo, colectivo y transparente para la determinación de exclusiones 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/metodo-para-la-construccion-del-ptc-de-exclusiones.pdf>

⁴⁸ Resolución 330 de 2017

⁴⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/como-actualiza-pos-diez-pasos.pdf>

⁵⁰ Resolución 3804 de 2016 (procedimiento para actualizar) y Resolución 5171 de 2017 última actualización CUPS. Los procedimientos médicos no se actualizaban integralmente desde 2001.

⁵¹ Resolución 5267 de 2017

El proceso de participación social permite a usuarios e instituciones postular servicios que consideran que deben incluirse o excluirse en el plan. Las metodologías y los criterios de priorización en su construcción consultaron a todos los actores y tuvieron en cuenta sus aportes. Así mismo, los actores y usuarios, así como los pacientes, tienen la posibilidad de opinar acerca del ordenamiento de tecnologías y diferentes resultados preliminares de los análisis técnicos.

Para promover la transparencia y mayor participación, toda la documentación se ha dispuesto en plataformas web y está disponible al público. También se han estandarizado formatos y procedimientos a los que se puede acceder de forma virtual. Estos avances han logrado aumentar el conocimiento de los beneficios y de los procesos y también han permitido ganar legitimidad con los actores, usuarios y pacientes. Mantener este logro implica una continuidad en el desarrollo de procesos y en el liderazgo que ha venido teniendo la DRBCT para mantener la confianza generada.

Con la creación de la DRBCT en diciembre del 2012,⁵² posterior a la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud⁵³ se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social tuviera la rectoría en la definición del Plan de Beneficios y de la unidad de pago por capitación (UPC),⁴¹ entre otras funciones fundamentales en la operación del aseguramiento y la garantía del derecho.

Desde el primer momento se entendió que más allá de las funciones y competencias, las responsabilidades de esta dirección debían moverse hacia una coherencia del diseño del Plan de Beneficios con las necesidades en salud, con las herramientas de calidad disponibles y con el marco normativo de las agencias y direcciones que regulaban tecnologías en salud. Por otro lado, la capacidad analítica de la dirección debía ser muy alta, pues debía poder procesar la información de servicios de salud, de afiliados, de tarifas y costos y realizar análisis de impacto presupuestal de las propuestas de política. Así mismo, la dirección requería fortalecer la legitimidad tanto del Plan de Beneficios, como de los demás procesos de la dirección.

Tabla 2. Inclusiones y aclaraciones al plan de beneficios 2010-2017

Año	Procedimientos	Principios Activos***	Dispositivos	Total
Inclusiones				
2010	2	2		4

⁵² Decreto 2562 de diciembre de 2012

⁵³ Decreto 2560 de diciembre de 2012

⁴¹ La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan de beneficios, en los regímenes contributivo y subsidiado.

Tabla 2. Inclusiones y aclaraciones al plan de beneficios 2010-2017

Año	Procedimientos	Principios Activos***	Dispositivos	Total
Inclusiones				
2011	44	69	6	119
2012	1	1		2
2013	5	56	2	63
2014	10	1		11
2015*	62	129	8	199
2016	0	0	0	0
2017****	32	78	2	112
Subtotal	156	336	18	510
Aclaraciones				
2013**	279	268	0	547
2015**	268	229	0	497
2016		46	1	47
2017****		0	0	
Subtotal	547	543	1	1.091

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

*El 75% del plan de beneficios con corte a 2015 es implícito a nivel de concentraciones, y cuenta con 12 grupos de medicamentos. Se avanza decididamente hacia un plan de beneficios de forma implícita.

**Las actualizaciones de 2013 y 2015 se realizaron desde la perspectiva de principio activo, agrupamientos y comparadores.

*** En 2015 se debe incluir 27 principios activos correspondientes a la aplicación del artículo 132 de la resolución 5521 de 2013.

**** Este valor es correspondiente al detalle de los 32 análisis presupuestales realizados y considera la actualización de la CUPS. No considera la cobertura implícita 12.

Se fortalecieron los procesos técnicos, la transparencia en los procesos y procedimientos, así como la gestión de los actores. Se fortaleció el proceso de comunicaciones internas y externas y la estandarización de formatos. El equipo actual del Ministerio en esta dirección es experto tanto en los aspectos de política pública como en varios aspectos técnicos relacionados con la priorización de beneficios, con las evaluaciones de tecnologías y económicas, los análisis de información de servicios de salud y el cálculo de la UPC, entre otros temas. Que este conocimiento técnico no se pierda es un gran reto para la continuidad de los logros y para conservar la confianza que el país ha ganado en el Ministerio, su capacidad técnica y objetividad.

Toda la capacidad técnica ganada permitió cumplir con varios ambiciosos objetivos: en 2012, la unificación de los planes de beneficios; en 2013, 2015 y 2017, las actualizaciones integrales del Plan de Beneficios; desde 2013, la aclaración del plan y, desde entonces, la aclaración de divergencias recurrentes, así como la actualización de los procedimientos médicos desde

2014 y la transición hacia un plan más implícito. En la tabla 2 se muestra que el plan (mecanismo de protección colectiva) ahora garantiza 510 grupos de tecnologías más que en 2009, y se ha aclarado la cobertura de más de 1.000 tecnologías sanitarias desde 2013. Es así como se hace tangible la progresividad del derecho a los servicios de salud.

La LES determinó que el derecho no solo cubría los servicios incluidos en el Plan de Beneficios, sino todos los servicios que no estuvieran excluidos de manera explícita. Por esta razón, se eliminó el proceso de comité técnico-científico y se implantó un mecanismo de acceso más transparente para todos⁵⁴ (mecanismo de protección individual), que respetara la autonomía médica, que fuera más fluido para el usuario y que fomentara la autorregulación. Para tal fin se creó la plataforma Mipres, que cumple con lo anterior y además facilita a todos los actores interactuar desde su rol para facilitar el acceso a las tecnologías sanitarias por fuera del plan. Allí están inscritos médicos, odontólogos, optómetras, nutricionistas, entidades promotoras de salud y hospitales y clínicas, y se entrega la fórmula con la prescripción sin necesidad de autorización. De esta manera se materializa otra ampliación de los servicios cubiertos, la establecida por la LES. Lo anterior se ilustra en la figura 2.

Estos avances exigieron la interrelación con las direcciones de Demografía y Epidemiología y la de Medicamentos y Tecnologías y el soporte de la oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones. Así mismo, se fortaleció la relación con el INVIMA y se engranó el proceso de selección de tecnologías con el proceso de aprobación para su comercialización y los análisis de indicaciones de los registros sanitarios.

El IETS ha tenido un papel importante en el fortalecimiento de los procesos técnicos, pues ha impulsado la estandarización de métodos que se requieren para la toma de decisiones en salud. Entre otros, los de evaluación económica, los de realización de guías de práctica clínica y los de evaluación de impacto presupuestario. El rigor técnico y capacidad científica del IETS hacen que sus procesos sean reconocidos por la comunidad científica, por aseguradores, prestadores y la industria farmacéutica. La capacidad desarrollada permite abordar los retos de evaluaciones que se requieren para tomar las decisiones del Plan de Beneficios, de la política farmacéutica y de la promoción de la calidad de la atención. Esta institucionalidad debe mantenerse, y su financiación e independencia deben garantizarse ligadas a los productos que requiere el sistema de salud para avanzar.

Junto con las otras instituciones se constituyó un sistema que prioriza los beneficios, analiza la pertinencia de los mismos, su seguridad y eficacia, y cuando es pertinente compara las opciones terapéuticas. El sistema también analiza el posible impacto en las finanzas públicas. Este sistema que lidera el Ministerio, que construyó confianza e interacción entre direcciones

⁵⁴ Resolución 1328 de 2016 y Resolución 2158 de 2016

e instituciones sectoriales, logró una coherencia entre los procesos, que sin duda fortalece la rectoría del sector y debe preservarse y fortalecerse.

Uno de los grandes retos para el correcto funcionamiento es el desarrollo de los mecanismos de autorregulación para los profesionales de la salud, la cual debe acompañar la autonomía profesional. Se ha avanzado en la visibilidad y el respeto de la autonomía, por ejemplo, con el Mipres y con la consulta a las asociaciones de profesionales en el diseño del Plan de Beneficios, entre otros. El Mipres produce información estadística acerca de la prescripción por fuera del Plan de Beneficios; sin embargo, aún no son claros los mecanismos de autorregulación que deben implantarse ni los incentivos a los profesionales de la salud para que su actuar siga los principios científicos y éticos. Si bien este desarrollo debería ser ejercido por las sociedades científicas, es deseable un acompañamiento por parte de las entidades del sistema de priorización, con el liderazgo del Ministerio, para que su desarrollo también guarde coherencia con el diseño del plan.

4.2. Mayor rigor y rectoría

La necesidad de ampliar el plan de beneficios en parte es generada por la disponibilidad de nuevas tecnologías sanitarias, en especial de medicamentos. Un 68% de las inclusiones en el plan y alrededor del 90% del dinero pagado por servicios fuera del plan corresponden a medicamentos. La relevancia del acceso a medicamentos para lograr los objetivos de salud ha sido reconocida a nivel global y así lo hizo Colombia en su Política Farmacéutica Nacional (PFN)⁵⁵. Asimismo, el Ministerio reconoció que la inversión en medicamentos tenía un crecimiento que requería un monitoreo y comprensión por el ente regulador⁵⁶.

Los instrumentos de política utilizados por el Gobierno para abordar el tema de medicamentos incluyeron avances en la transparencia y análisis de la información, en la regulación del mercado farmacéutico y en la promoción de la competencia. Se requirió un fortalecimiento de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD) a través de la conformación de un equipo de soporte a la regulación de precios, para alcanzar los logros y fortalecer la rectoría.

Caso de éxito 2

Declaratoria de interés en salud pública - Imatinib

Dic 24 de 2014 Solicitud de sociedad civil de la declaratoria⁵⁷

⁵⁵ Documento CONPES Social 155 de 2012, Política Farmacéutica Nacional

⁵⁶ "...las dosis de los 13 MAC más dispensados por cada mil pacientes aumentaron, en promedio, en más de un 600% y el valor promedio de estas dosis aumentaron en un 847% entre 2005 y 2010" tomado del documento CONPES Social 155 de 2012, Política Farmacéutica Nacional pág. 10

⁵⁷ Información tomada de la solicitud de IFARMA, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/Solicitud-de-una-declaracion-en-el-acceso-al-medicamento-IMATINIB.pdf>

Caso de éxito 2

Declaratoria de interés en salud pública - Imatinib

1. El imatinib tenía varios oferentes en el país y se encontraba incluido en el Plan de Beneficios para el manejo de la leucemia mieloide crónica
2. La empresa Novartis solicita la patente ante la SIC. Esta es negada por carecer de mérito inventivo
3. Ante la apelación de Novartis, el Consejo de Estado le concede la patente
4. La diferencia entre precios de imatinib genéricos y Glivec® llegaba a 77%, mayor para el producto de Novartis
5. "La orden de emisión de dicha patente en Colombia no tuvo en cuenta la normativa vigente en materia de requisitos de patentabilidad, ni el impacto en el sistema de salud y provocará un cambio drástico e inmediato en el precio de este medicamento y en el gasto en salud en el país. Por lo tanto es de evidente interés público que el Estado colombiano tome las medidas necesarias para mitigar tal efecto"⁵⁸

Feb 2015 a Sept 2016 Proceso de declaratoria

1. 02-2015. Reforma a la conformación del comité técnico para la declaratoria de razones de interés público contemplada en el artículo 65 de la Decisión Andina 486 de 2000⁵⁹
2. 02-2015. Inicio de actuación administrativa para estudiar la declaratoria de existencia de razones de interés público para someter al imatinib a licencia obligatoria
3. 03-2015. Reformas de procedimiento y plazos para que interesados se manifiesten
4. 06-2015. Delegación del director de Medicamentos y Tecnologías para las actuaciones por ejercer la secretaría técnica del comité y solicitud de pruebas (auto) emitida por secretaría técnica del comité
5. Aportación y análisis de pruebas
6. 02-2016. Estudio de la relevancia del imatinib y su impacto en la salud pública en términos de pacientes afectados en Colombia y estimación de la carga de enfermedad y acta del comité técnico
7. 03-2016. Informe sobre la recomendación al Ministro de Salud y Protección Social en relación con la solicitud de declaratoria de interés público del imatinib con fines de licencia obligatoria
8. 04-2016. Oferta inicial del Ministerio de Salud y Protección Social para la negociación del precio del imatinib y respuesta de Novartis, en la cual se niega a discutir el tópico
9. 05-2016. Pronunciamientos de la sociedad civil, Conferencia Episcopal, Congreso de Estados Unidos y OMS en las cuáles se reconoce como legal y legítimo el proceso de licencia obligatoria, en especial en el caso del imatinib en el sistema de salud
10. 05-2016. Pronunciamiento de AFIDRO dirigido al presidente, en el cual manifiesta su inconformidad con la declaratoria en el caso específico del imatinib

⁵⁸ Op cit IFARMA

⁵⁹ Resolución 328 de 2015

Caso de éxito 2

Declaratoria de interés en salud pública - Imatinib

11. 06-2016. Pronunciamiento dirigido al presidente de 122 expertos en el tema de propiedad intelectual en la cual se analiza la legitimidad de las licencias obligatorias y se reconocen como un instrumento legítimo para proteger el acceso a medicinas y servicios de salud para todos y la sostenibilidad financiera de los sistema de salud
12. 06-2016. Declaratoria de interés en salud pública y recomendación de regulación de precio bajo la metodología aplicable a este tipo de medicamentos⁶⁰
13. 09-2016. Respuesta al recurso interpuesto por Ifarma y Novartis. Queda en firme la decisión del ministerio⁶¹

Resultados en el precio del imatinib

La CNPMDM estableció un valor de 206,42 pesos por miligramo frente a 368 pesos por miligramo anteriormente autorizados (precio regulado). Reducción del 44%. El precio ofrecido por el Ministerio en la negociación propuesta fue de \$140 por miligramo.

Resultados en la rectoría

1. Hoy el país sabe que se puede ejercer este tipo de rectoría cuando se requiera. Se conoce cómo hacerlo y los retos que implica
2. Se requiere mucho apoyo técnico, político y legal, objetividad, y legitimidad y la aplicación juiciosa de todos los procedimientos técnicos y legales
3. Se logró un respeto por parte de la sociedad civil y los actores del sistema. A pesar de que no se ha emitido una licencia obligatoria, se lograron importantes ahorros para el sistema de salud
4. Fue un caso muy llamativo en medios en Colombia y resonó en el mundo entero. Esto permitió apreciar que nuestro sistema de salud tenía líderes técnicos capaces de tomar decisiones en beneficio de la mayoría, sin favorecer un grupo político en especial, y posicionar a Colombia como líder global en la garantía del acceso a medicamentos

Para fomentar la transparencia y el análisis de la información, así como el uso racional de los medicamentos, se fortaleció el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED); se creó una aplicación para dispositivos móviles que muestra el termómetro de precios de medicamentos (*ClicSalud*); se implementó una plataforma con información para profesionales de la salud y usuarios que fortalece el uso adecuado de medicamentos (*Medicamentos a un clic*); y se avanzó en el monitoreo de las transferencias de valor entre la industria farmacéutica y el personal de salud, así como en el monitoreo de precios de algunos dispositivos médicos. Adicionalmente, todos los medicamentos tienen una identificación única (IUM), que se usa en todos los sistemas de información y que se puede consultar en el

⁶⁰ Resolución 2475 de 2016

⁶¹ Resolución 4002 y 4148 de 2016

Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Toda la normatividad y metodologías para la regulación se encuentran disponibles al público.

Frente a la regulación del mercado farmacéutico se avanzó en Colombia en la regulación de precios y en la negociación y compra centralizada. En la regulación de precios de medicamentos, todos los medicamentos aprobados por el INVIMA se encuentran en el régimen de libertad vigilada con excepción de aquellos en los que se aplica el control directo. Este último establece un precio máximo al público con base en el referenciación internacional establecida en la metodología de la CNPMDP.⁶² Existe otra metodología que establece un precio máximo de recobro, que se refiere al precio máximo a pagar por la ADRES,⁶³ cuando se trate de medicamentos o indicaciones por fuera del Plan de Beneficios.

Con la expedición del Decreto 433 de 2018, se avanzó en la regulación de precios basados en valor.⁶⁴ El IETS desarrolló una metodología para la definición del valor en los medicamentos nuevos. El INVIMA se encargará de garantizar que la clasificación de su valor terapéutico y la definición de su precio por la CNPMDM se inicien en paralelo con la evaluación de seguridad y efectividad. Para la aplicación de esta norma, varias entidades deben estar perfectamente alineadas y tener la capacidad técnica para realizar oportunamente los procesos de acuerdo con las metodologías definidas.

A marzo de 2018, se había regulado 1.089 presentaciones comerciales con una reducción promedio de precios del 41.69%, que se traduce en los siguientes ahorros anuales:

AHORRO 2013	AHORRO 2014	AHORRO 2015	AHORRO 2016	AHORRO 2017	AHORRO A MARZO 2018
\$186,381,949,983	\$1,046,743,336,301	\$1,146,249,519,220	\$956,763,250,573	\$946,901,112,408	\$293,810,234
AHORRO ACUMULADO	\$4,283,332,978,721.7				

Actualmente está en curso una nueva regulación, (Circular 07 de 2018). El texto se ha publicado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/proyecto-circular-07-de-2018-comision.pdf>

Esta decisión tiene un alcance regulador para 1645 presentaciones comerciales nuevas incluido el precio de 122 anticonceptivos. Se estima que en promedio haya una reducción de los precios del 50% y se ahorre aproximadamente 366.000 millones. Es la primera vez que la Comisión de Precios regula medicamentos de consumo masivo, vendidos en las farmacias

⁶² Circular 03 de 2013 de la CNPMDM

⁶³ Circular 04 de 2018 de la CNPMDM

⁶⁴ En desarrollo del artículo 72 del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Ley 1753 de 2015

(anticonceptivos). El promedio de reducción de los precios para ese grupo de medicamentos es del 48% lo cual generará un ahorro de 70.000 millones.

Así mismo, se avanzó en la regulación de precios basados en valor con la expedición del Decreto 433 de 2018⁶⁵, modificado por el Decreto 710 de 2018. El IETS está desarrollando una metodología para la definición del valor en los medicamentos nuevos y el INVIMA se encargará de garantizar que se inicie en paralelo de la evaluación de seguridad y efectividad de un medicamento la clasificación de su valor terapéutico y la definición de su precio por la CNPMDM, la cual está en proceso de emitir una metodología para controlar los precios con base en la evaluación que hace el IETS. Para la aplicación de esta norma, varias entidades deben estar en armonía funcional y tener la capacidad técnica para realizar los procesos de acuerdo con las metodologías definidas.

El país también avanzó en la compra centralizada de tecnologías en salud. El objetivo de esta estrategia ha sido realizar compras menos fragmentadas y pasivas y pasar a realizarlas de una manera más eficiente, basadas en el valor terapéutico. La compra centralizada promueve también la rendición de cuentas, la transparencia e impulsa las relaciones de confianza entre proveedores y compradores a partir en acuerdos de riesgo compartido. La primera experiencia en este campo se dio para los medicamentos para curar la hepatitis C. A continuación se muestran los resultados:



Un gran reto es continuar fortaleciendo la institucionalidad en la que se sustenta la regulación, en dos frentes: de una parte, el soporte técnico permanente para la CNPMDM y

⁶⁵ En desarrollo del artículo 72 del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Ley 1753 de 2015

el IETS y, de otra, la interrelación fuerte, sistemática y fluida entre los Ministerios de Salud y Protección Social, de Comercio Industria y Turismo y de la Presidencia de la República, como miembros de la Comisión, y de estos con el INVIMA y el IETS.

Un caso de éxito fueron los mecanismos para la adquisición de vacunas e insumos de interés en salud pública, el cual se mencionó en el caso de éxito número 1. Basados en dicha experiencia, se logró avanzar en la compra de tratamientos para hepatitis C, utilizando los procesos internos ya fortalecidos y realizando un convenio con el Fondo Rotatorio de la OPS. Por último, también se ajustó otro procedimiento de negociación utilizando los procesos y plataformas de Colombia Compra Eficiente, de la agencia nacional de contratación. En esta plataforma se realizó la negociación de algunos anticuerpos monoclonales para el tratamiento del cáncer (cuatro medicamentos con mercados monopólicos y tres con mercados oligopólicos); es decir, se utilizó para medicamentos por fuera del Plan de Beneficios o con indicaciones no incluidas en el mismo.

Por último, frente a la promoción de la competencia el país avanzó mediante la regulación de los medicamentos biosimilares, con lo cual se fortalece operativamente el proceso de registro,⁶⁶ se materializa la declaratoria de interés en salud pública y se abre la posibilidad a una licencia obligatoria del Imatinib y de los antivirales de acción directa para el manejo de la hepatitis C. El caso del Imatinib es el segundo caso de éxito y se muestra con algún detalle en dicho recuadro.

Denuncias y escándalos acerca de los precios a los que se recobraban algunos medicamentos, solicitudes de la sociedad civil de proteger la salud y el acceso a los medicamentos y el desmesurado crecimiento de la inversión en tecnologías por fuera del plan de beneficios, entre otros aspectos, justificaron la PFN.

Hoy hay un mapa en el que la institucionalidad sectorial comprende que los actores son muy importantes para que el sistema siga funcionando y cada uno tiene su rol. Sin embargo, ningún actor por sí mismo debe imponer su interés sobre la misión del sistema de salud de garantizar mayor salud a los colombianos. Cada peso invertido debe tener sentido y dar el mayor valor posible a la salud agregada o a la de grupos de especial protección. Debemos mantener la institucionalidad que ha hecho esto posible, pues Colombia ha recorrido un camino difícil en el ejercicio de rectoría.

5. Financiación y sostenibilidad

Uno de los retos principales del sector es, sin duda, asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia. El sistema también debe garantizar la continuidad de

⁶⁶ Decreto 1782 de 2014

los servicios a los afiliados, lo cual exige cuidar también el flujo de recursos⁶⁷. Para realizar la gestión, el Ministerio tuvo que habilitar mecanismos para acceder a recursos y gestionar su ejecución, como se ve más adelante. Sin embargo, se resalta en el marco de la gestión financiera, la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) como un caso de éxito 3.

En 2010 el panorama era crítico, se intentó declarar una Emergencia Social por la situación financiera crítica, tanto la derivada de la presión de recobros a nivel nacional (régimen contributivo), como también las situaciones financieras complejas aún no superadas del financiamiento de lo no cubierto con subsidios a la demanda en el régimen subsidiado. Asimismo, se observaban enormes problemas en el flujo de recursos y una afectación patrimonial en las EPS que venían acumulando pasivos importantes con el sector prestador y proveedor de insumos y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios. Ante tal crisis financiera era necesario resolver en primer lugar el problema de la liquidez del sector. También era importante sanear el pasivo en los diferentes actores y promover fuentes para su pago. Por otro lado, se requería un fortalecimiento patrimonial de las entidades del sector y transversalmente realizar los ajustes a los procesos financieros.

El Ministerio definió una ruta para aliviar la situación financiera del sector que ha venido desarrollándose y que incluye el establecimiento de medidas financieras para el saneamiento de pasivos y la mejora de flujo de recursos en el sistema de salud y la búsqueda de nuevas fuentes de financiación. Se agregaron a esta gestión, otros retos en el periodo, la reforma tributaria que cambió el flujo de recursos del sector y la expedición de la LES.

A continuación, se presenta un resumen de las medidas tomadas por el Ministerio y se discuten algunos retos a futuro.

5.1. Cuentas claras

Uno de los principales problemas del sector salud es el manejo de la información financiera tanto de los responsables del pago como de los prestadores de servicios de salud. Esta situación altera el diagnóstico financiero de las entidades y por lo tanto se hace necesario adelantar acciones que aporten en el proceso de aclaración de cuentas entre los actores del Sistema.

Con este propósito, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, expidieron la Circular Conjunta 030 del 2 de septiembre de 2013, mediante la cual se establece el “Procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros” y define las responsabilidades de

⁶⁷ Los datos de este capítulo fueron tomados del documento Informe Contraloría General de la República - Aspectos financieros. Año 2017. Elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se detallan las cifras

los actores respecto al reporte de información. El reto hoy es que las entidades realicen de manera efectiva la depuración de las cuentas, pues en el corte a 31 de diciembre de 2017, aún se observan desfases. A 31 de diciembre de 2017 los prestadores reportan una deuda cercana a los 14,9 billones; las entidades responsables de pago una deuda de 8,5 billones y el cruce de información resulta en un desfase de 7.4 billones⁶⁸.

5.2. Pago de deudas Entidades Territoriales

Se abordó uno de los problemas de deudas del sector, los pasivos por la atención a la población pobre no afiliada o por prestaciones no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC del subsidiado. Las entidades territoriales departamentales, tienen como competencia asumir la prestación de los servicios de salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios se financian con recursos del Sistema General de Participaciones y con un porcentaje de las rentas cedidas departamentales, entre otros. Las prestaciones no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC del subsidiado han generado deudas tanto con los prestadores de servicios de salud como con las EPS.

Con el fin de avanzar en saldar las deudas por prestaciones no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC del subsidiado, se han venido destinando recursos importantes del Presupuesto General de la Nación, de los excedentes del subsidio familiar girados al FOSYGA por las Cajas de Compensación Familiar. De otro lado se habilitaron recursos de excedentes de aportes patronales provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS y recursos de excedentes de rentas cedidas, respectivamente, para el pago de estas deudas,⁶⁹ ejecutados en cuantía de 197.661 y 151.177 para los años 2016 y 2017 respectivamente

Se ampliaron los usos de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado⁷⁰ lo que permitió el uso de estos recursos del sistema de salud por un monto de \$1.371.472 millones de pesos para aliviar las deudas de los territorios con EPS, prestadores de servicios de salud y así mismo capitalizar las EPS de carácter mixto. La información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social, evidenció que la ejecución de excedentes en las cuentas maestras del régimen subsidiado asciende a \$924.688 millones, es decir una ejecución de 67%.⁷¹

⁶⁸ Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 31 de diciembre de 2017. Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013 e incluye las EPS que están en proceso de liquidación

⁶⁹ Ley 1608 de 2013 artículos 2, 3 y 4

⁷⁰ Resoluciones 292 de 2013, 2472 de 2014, 4624 de 2016 y con las Leyes 1608 de 2013 y 1797 de 2016.

⁷¹ El uso de estos recursos fue habilitado para usarse como esfuerzo propio de los ET para financiar el régimen subsidiado, para pago de servicios por fuera del plan de beneficios o para la población pobre no asegurada, financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado, para la

Para el pago de deudas del régimen subsidiado sobre contratos suscritos hasta marzo de 2011, se expidieron los decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 con el fin de que las Entidades Territoriales sanearan sus deudas con las EPS del Régimen Subsidiado. Las fuentes para el pago de estas deudas fueron, descuentos de los recursos asignados a la entidad territorial por el Sistema General de Participaciones (SGP) de Propósito General de Libre de Inversión⁷², de regalías, del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP), una asignación única del Fosyga^{73, 74} y recursos de excedentes del Lotto en Línea. Se identificó una deuda total de \$311.138⁷⁵ que se redujo a \$32.658⁷⁶ con los recursos gestionados, de las fuentes descritas, siendo el principal aporte el del Fosyga con 46%, seguido por los descuentos del SGP con un 31%, del FAEP con un 15% y de los excedentes del Lotto en un 8%.

5.3. Mayor flujo en los recursos del sector

Uno de los mecanismos para mejorar el flujo de recursos, fue la reglamentación y operación del *giro directo*. Este mecanismo se utilizó para que i) los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado⁷⁷ tuvieran menos pasos para llegar a las aseguradoras y también para que ii) los recursos de las Unidades de Pago por Capitación fluyeran más rápidamente a las IPS⁷⁸ en ese mismo régimen o en el Régimen Contributivo⁷⁹. Se han girado por el mecanismo de giro directo \$51,5 billones directamente a los prestadores de servicios de salud y proveedores entre los años 2011 y 2017 (Diciembre).

Adicionalmente, en el período de diciembre de 2017 se alcanzó el giro a las IPS directamente desde la Nación, equivalente al 75% sobre los recursos del Régimen Subsidiado. Es decir esta medida que inició en el año 2011 continuó mejorando operativamente y en cobertura, siendo un gran alivio para los proveedores de tecnologías y generando gran confianza en el público. Esto dado que la información sobre giros es pública y los interesados podían acceder a ella en la página del FOSYGA y hoy de la ADRES.

Otra de las medidas para mejorar el flujo de recursos fue la reglamentación de la *compra de cartera* de prestadores de servicios de salud a través de la Subcuenta de Garantías del

inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de IPS, para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta

⁷² Ley 1450 de 2011, Plan de desarrollo 2010-2014

⁷³ Ley 1608 de 2013, artículo 5

⁷⁴ Resolución 292 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

⁷⁵ De las vigencias establecidas hasta 2011

⁷⁶ A 31 de diciembre de 2017

⁷⁷ Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011

⁷⁸ Decreto 971 de 2011 y Resolución 2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 de 2011

⁷⁹ Resolución 1587 de 2016

FOSYGA^{80,81} y la reglamentación⁸² del procedimiento, los criterios, las condiciones y plazos para la compra directa de cartera a las IPS. El total de operaciones realizadas entre el año 2013 al 2016 (Diciembre) asciende a \$1 billón 617 mil 513 millones, de los cuales se han visto beneficiadas 415 IPS y que deberán pagar 26 EPS.

También las EPS⁵⁰ que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, pueden autorizar el giro directo de al menos el 80% de la unidad de pago por capitación reconocida a las IPS a través del FOSYGA⁸³. En este contexto, en el régimen contributivo el giro directo a las IPS habilitadas comenzó a partir del mes de junio de 2014 y el valor total girado con fecha de corte a diciembre de 2017, es de \$11.889.291 millones de pesos.

La creación del *Fondo de Salvamento y Garantías (FONSAET)*⁸⁴, el cual tiene como objetivo principal, asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio⁸⁵, o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. En 2015 se ejecutaron \$42.506 millones, en 2016 fueron 73.202 millones y en el 2017 la cifra ascendió a \$76.906.

La *habilitación*⁸⁶ a los departamentos y distritos del uso de los *excedentes de rentas cedidas* para el pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda, para el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE y para el pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud. Con esta medida se ejecutaron \$91.169 millones en el 2016 y \$59.471 millones en el 2017⁸⁷.

La *habilitación de uso de excedentes del sector* de las vigencias anteriores para pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda, saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE, financiar acciones de Inspección, Vigilancia y control – IVC⁸⁸. De estos se lograron ejecutar \$106.492 millones en 2016 y \$91.706 millones en 2017. A estos

⁸⁰ Ley 1608 de 2013

⁸¹ Decreto Ley 4107 de 2011

⁸² Resoluciones 3239 de 2013, 889, 3029 y 5376 de 2014

⁸³ Decreto 2464 de 2013, Resoluciones 654 y 1569 de 2014

⁸⁴ Decreto 4690 del 2011 y el 2651 de 2014 reglamentan el artículo 50 de la Ley 1438 del 2011 modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013

⁸⁵ Conforme a lo previsto en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011

⁸⁶ Artículo 83 de la Ley 1769 de 2015 y el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016

⁸⁷ Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016

⁸⁸ Ley 1769 de 2015 y Ley 1797 de 2016

se adicionan \$2.272.001 girados a IPS con ocasión de los planes de choque y \$180.000⁸⁹ más destinados al saneamiento de aportes patronales de la vigencia 1994 a 2011 de las ESE.

Finalmente se señala que el Gobierno Nacional ha implementado medidas tendientes al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado, así como posibilitado recursos de diferentes fuentes, las cuales han permitido aliviar la situación de las IPS, en aras de salvaguardar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud que redunde en la adecuada prestación de los servicios de salud. Sin embargo, corresponde a cada uno de los actores, acogerse a las medidas correspondientes.

5.4. Nuevas fuentes

Con respecto a las nuevas fuentes de financiamiento que permitan garantizar la extensión de beneficios en salud bajo un contexto de aseguramiento universal, se definieron dos en la reforma tributaria⁹⁰. La primera corresponde a la proveniente de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos, los cuales fueron de \$207.711 millones para el año 2017. La segunda, consideran 0,5 puntos de la nueva tarifa general del impuesto sobre las ventas para la financiación del aseguramiento del SGSSS. Por esta nueva fuente se tuvo un ingreso adicional de \$800.000 millones para el año 2017.

Se presentó también la iniciativa de subir el impuesto a las bebidas azucaradas, sin embargo, este impuesto no fue aprobado. La ventaja de los impuestos saludables, es que tienen un doble efecto de subir los recursos para el sistema de salud a la vez que incentivan a los individuos a tener un comportamiento más saludable, que redunde en menores costos para el sistema de salud. Un reto importante es posicionar estos impuestos en el público y los congresistas, de manera que podamos contar con nuevos recursos a la vez que mejoramos la salud pública.

Otras posibilidades para aumentar los recursos del sistema de salud son el incremento de las cotizaciones, el cobro de copagos y cuotas moderadoras para lo no incluido en el plan de beneficios, entre otros. Todos esos aspectos han sido estudiados por el Ministerio y puestos en conocimiento de la Comisión del Gasto, del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de la opinión en general.

5.5. Reflexiones acerca de la sostenibilidad financiera del sistema de salud

Como se mencionó anteriormente el derecho fundamental a la salud establecido en la LES, implica el financiamiento de las prestaciones incluidas tanto en el plan de beneficios, protección colectiva financiadas con cargo a la UPC, como de las prestaciones que garantizan

⁸⁹ Resolución 2360 de 2016

⁹⁰ Ley 1819 de 2016, parágrafo de los artículos 184 y 347

la protección individual financiadas directamente por el Estado en el caso del régimen contributivo y por las entidades territoriales⁹¹ departamentales y distritales en el caso del régimen subsidiado.

Las estimaciones realizadas del costo de las prestaciones que garantizan la protección colectiva ascienden a \$42,04 billones para el 2018 y \$46,60 billones para 2019. Las estimaciones del costo de las prestaciones que garantizan la protección individual fueron de \$3,53 billones en 2018 y \$3,73 billones en 2019. Por el lado de las fuentes, se estima que en el caso de las prestaciones colectivas ascienden a \$42,52 billones en 2018 y \$44,49 en 2019, en tanto que para las prestaciones individuales serían de \$1,66 billones en 2018 y cerca de \$1,03 en 2019. En ese contexto existe una necesidad de recursos cercanos a \$2 billones en 2018 y \$4,63 billones en 2019⁹².

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido gestionando los recursos adicionales que permitan asegurar el cierre y la sostenibilidad en cada vigencia. En la vigencia de 2018 el Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá realizar el cierre fiscal con los \$2 billones, sin embargo, para el 2019 y años subsiguientes se hace necesario discutir la creación de nuevas fuentes de financiación como se mencionó en la sección anterior.

Hoy se gasta más de lo que hay disponible. Si como sociedad queremos ampliar los beneficios, ¿estamos dispuestos a pagar por dichos beneficios? ¿Están dispuestos los colombianos a que haya un aumento de las cotizaciones? ¿A que aumente el gasto de bolsillo a través de mayores exclusiones? ¿A que aumenten los pagos compartidos? Existen otras fuentes de financiación posibles como la de los impuestos saludables, pero ¿serán estas suficientes para saldar el déficit actual y podrán financiar una progresividad en los beneficios? Todos pagamos el sistema actual, esto es lo que debe ponerse sobre la mesa cuando se solicitan más beneficios, cuando se cuestionan las medidas para hacer un uso eficiente de los recursos o un análisis de los precios basados en el valor que brindan a la salud de los colombianos.

Caso de éxito 3

Proceso de creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Antecedentes

La creación de esta entidad obedece a la necesidad de cambiar el esquema que traía el FOSYGA, para:

- ✓ Garantizar que la administración de los recursos tiene un responsable con estructura funcional y personería

⁹¹ Ley 715 de 2001

⁹² Cifras preliminares proyectadas de acuerdo a al Marco Fiscal de Mediano Plazo y por lo tanto se encuentran sujetas a revisión y modificaciones

Caso de éxito 3

Proceso de creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

- ✓ Optimizar los procesos operativos de recaudo y giro de los recursos y un anejo unificado de estos recursos
- ✓ Generar confianza y transparencia en la administración de los recursos del sector
- ✓ Aprovechar el conocimiento ganado por el Ministerio

La entidad se crea, una vez surtidos varias mejoras estratégicas de la información y operación del SGSSS

- ✓ Eliminación de la contratación en el RS
- ✓ Depuración y mejora de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)
 - Sólo se paga lo que existe en la BDUA
 - Identificador único por persona a través de cambios en su documento de identidad
 - Cruces de información, eliminación de duplicados, muertos entre otros
- ✓ Sistematización y aprendizaje de la defensa de los recursos del sistema de salud ante tutelas
- ✓ Depuraciones de recobros, expedición de la LES y desarrollo de MIPRES
- ✓ Depuraciones de cartera entre entes territoriales, EPS e IPS
- ✓ Instrumentos financieros para dinamizar los recursos del sistema reglamentados y operando
- ✓ Fortalecimiento de la PFN, en especial de la regulación de precios
- ✓ Fortalecimiento de los sistemas de información y los análisis de la misma

ADRES⁹³

- ✓ Entidad de naturaleza especial
- ✓ Del nivel descentralizado del orden nacional
- ✓ Asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado para efectos presupuestales
- ✓ Hace parte del SGSSS, adscrita al MSPS
- ✓ Personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente
- ✓ En lo laboral se regirá por normas generales de empleados rama ejecutiva del orden nacional
- ✓ En materia de Contratación: régimen público

Sus funciones son:

- ✓ Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto la Ley.
- ✓ Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.

⁹³ Ley 1753 de 2015, artículos 66 y 67 y Decreto 1429 de 2016

Caso de éxito 3

Proceso de creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

- ✓ Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- ✓ Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
- ✓ Desarrollar los mecanismos relacionados con los recursos de la Subcuenta de Garantías para la salud⁹⁴
- ✓ Administrar la información propia de sus operaciones.
- ✓ Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Junta directiva de la ADRES

Los miembros de su Junta Directiva son

- ✓ Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá.
- ✓ El Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien podrá delegar su participación en sus Viceministros.
- ✓ Director del Departamento Nacional Planeación, quien podrá delegar su participación en sus Subdirectores Generales.
- ✓ Un (1) representante de los gobernadores.
- ✓ Un (1) representante de los alcaldes de municipios y distritos

Logros

- ✓ Administración Unificada de los Recursos del SGSSS, incluyendo más fuentes
- ✓ Flujo de recursos con procesos más eficientes (UPC RS).
- ✓ Optimización de los mecanismos de control, mejor y más oportuna información.
- ✓ El manejo de los recursos puede consultarse en su página, mayor transparencia
- ✓ Los cambios frente a proceso que venían funcionando fueron mínimos

Desafíos

El mayor desafío de la ADRES es que conserve su naturaleza de administrador de recursos y que conserve su carácter técnico-administrativo en su dirección. Para esto es importante que no se amplíe la Junta directiva, que no se politice ni la Junta ni la organización y se fortalezca la continuidad técnica de sus funcionarios.

⁹⁴ Decreto Ley 4107 de 2011 artículo 41, Ley 1608 de 2013 artículo 9

6. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional

Durante los últimos ocho años ha habido avances significativos en el fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Esos progresos se han sustentado en un referente conceptual que siguió pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El rol en salud que se tomó como referente para el rediseño comprende siete grandes dimensiones de responsabilidad y de competencias institucionales, cuya incumbencia corresponde a la autoridad sanitaria nacional. Ellas fueron:

- Conducción sectorial. Comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud, asunto de responsabilidad exclusiva del Ministerio.
- Regulación. Dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud, asunto de responsabilidad exclusiva del Ministerio.
- Supervisión. Dimensión entendida como la competencia para ejercer inspección, vigilancia y control al servicio, lo que permite la garantía del cumplimiento de la dimensión regulatoria.
- Modulación del financiamiento, que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
- Vigilancia y garantía del aseguramiento, que focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes.
- Armonización de la provisión de servicios, constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
- Ejecución de las funciones esenciales de salud pública (FESP) que son competencia indelegable de la autoridad sanitaria y, por lo tanto, de responsabilidad exclusiva del Ministerio.

6.1. Rectoría fortalecida y reconocida

Esta propuesta de rediseño institucional en materia de conducción sectorial, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, armonización de la provisión, regulación y vigilancia generó resultados que hasta el año 2014 se concretaban en:

Revivir el Ministerio de Salud como entidad responsable de liderar y conducir la formulación y evaluación de las políticas públicas en salud y la regulación de este servicio. El Ministerio se estructura en dos viceministerios (macroprocesos), el de Salud Pública y Prestación de

Servicios y el de Protección Social. Cada uno cuenta con un grupo de direcciones y subdirecciones que permiten el desarrollo de las funciones a su cargo.

Se creó el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, IETS, por la Ley 1438 de 2011, decisión institucional que le ha permitido al país contar por primera vez con una entidad para evaluar técnica y científicamente medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos en salud. Con el IETS, el sector ha ganado al tener elementos técnicos para entender mejor la necesidad de priorizar, ya que la salud no es un derecho absoluto y para su satisfacción justa requiere también de un análisis sobre la realidad socioeconómica del país.

En relación con la dimensión de vigilancia y supervisión se reestructuró el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) a partir de la implementación de un modelo de gestión de riesgo, que permite pasar de un esquema de inspección, vigilancia y control por medio de registro y verificación esencialmente sobre documentos, a una acción efectiva con presencia en las regiones, especialmente en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Se fortaleció como laboratorio nacional de referencia para apoyar las funciones de inspección, vigilancia y control en temas de su misión, para el acompañamiento a los organismos de seguridad en la lucha contra el fraude y para incrementar la capacidad de respuesta de tal forma que el país mantenga e incremente el acceso a nuevos mercados en materia de medicamentos, alimentos y cosméticos.

De manera semejante, se implementó el rediseño del Instituto Nacional de Salud (INS) para recuperar la salud pública. Con el cambio de su naturaleza jurídica de establecimiento público a instituto científico-técnico (su régimen jurídico contractual y laboral se cambia al que se le aplica al sistema de ciencia, tecnología e innovación), se avanzó en el fortalecimiento de sus funciones para hacer de él la institución de referencia en materia de vigilancia y protección de la salud pública. Mantuvo su actuación como entidad de investigación y vigilancia en salud pública con un enfoque de análisis de riesgo, y ser la cabeza de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública. Adicionalmente, fortaleció su función asignada por la Ley 1438 de 2011 de consolidar el Observatorio de Salud Pública. Complementario a lo anterior, se avanzó en la recuperación de capacidades sanitarias básicas en las direcciones territoriales de salud para el desarrollo de los diferentes planes, programas y estrategias en salud pública, incluyendo la definición parte del MSPS de las tecnologías para la promoción de la salud y la gestión del riesgo aplicables al PIC, precisando los mecanismos y condiciones para su implementación.

Desde el año 2014 se ha avanzado en la consolidación institucional del sector con el propósito de fortalecer la rectoría del sistema. El primer punto a destacar en este aspecto tiene que ver con el énfasis realizado para mantener el perfil más técnico posible en las entidades que hacen parte de la autoridad sanitaria nacional. Todas las cabezas de las instituciones que hacen parte de ella han llegado a sus cargos por sus méritos profesionales, su conocimiento y su experiencia. Las prácticas tradicionales de la política partidista del país

han estado alejadas de la autoridad sanitaria nacional y, como consecuencia, ajenas a las decisiones regulatorias que han emanado de esta última. A nivel de la autoridad sanitaria nacional se ha consolidado una suerte de fortín tecnocrático. En suma, la rectoría se ha fortalecido y la consolidación de un entorno tecnocrático a este nivel de la rectoría es una tarea que se debe mantener y acrecentar.

Paralelo a ello, y como consecuencia, las funciones regulatorias se han tecnificado, y la mayoría de los procesos y procedimientos requeridos en las entidades para el mejor cumplimiento de sus competencias se han definido y estandarizado. Para destacar: la variedad de instrumentos financieros, desde la compra de cartera hasta los bonos convertibles en acciones que se han puesto en práctica, y la creación de la ADRES, como se mencionó en el capítulo anterior.

Adicional a esto, es pertinente resaltar los avances en la gestión institucional del Ministerio, lo que ha permitido generar mayor confianza en los actores del sector. Ha habido una mejor administración presupuestal, con austeridad y mayor eficiencia administrativa, además de un mejoramiento continuo de la gestión contractual. Esto ha sido reconocido por entidades de control como la Contraloría General de la Nación, y se materializó con el fenecimiento de la cuenta, lo cual significa un reconocimiento por la observancia de los principios de economía, eficiencia y eficacia. Los resultados de la evaluación de Transparencia Colombia son también pertinentes de resaltar en las cuatro entidades de la autoridad sanitaria nacional que fueron evaluadas y al compararlas con otras entidades de la administración estatal.

6.2. Más cerca de los ciudadanos

El Ministerio tuvo avances sin precedentes en la apertura de datos al ciudadano y servicios en línea, que fueron reconocidos por el Ministerio de las TIC como los más innovadores y con mayor gestión a la apertura de datos. Esos avances incluyen el acceso a formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncias en la página web del Ministerio.⁹⁵ El ciudadano puede hacer seguimiento a estos por vía virtual. También se desarrolló la “Ventanilla única de trámites y servicios”,⁹⁶ donde el ciudadano puede gestionar 14 trámites de manera virtual.

Se creó también el portal www.miseguridadsocial.gov.co para facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los afiliados el reporte de sus novedades. En él los afiliados pueden consultar el estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS y el reporte de traslado del cotizante y todo su grupo familiar, entre otras. En este mismo portal el ciudadano puede consultar sus

⁹⁵ <https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/Solicitudes-sugerencias-quejas-o-reclamos.aspx>

⁹⁶ <http://tramites.minsalud.gov.co/tramitesservicios/>

datos de atenciones en salud, como consultas, procedimientos, hospitalizaciones y urgencias, y los pagos a la seguridad social.

De igual manera se creó el aplicativo Mipres, el cual, a través de la prescripción en línea y en tiempo real, facilita a los ciudadanos el acceso oportuno a aquellos medicamentos y procedimientos en salud que no están financiados por el Plan de Beneficios en Salud. También se consolidaron los aplicativos con información de interés para el ciudadano, algunos de los cuales se mencionaron en el capítulo acerca de los beneficios (Vox Populi, Pospopuli, Medcol-stat, Clicsalud y Medicamentos a un clic y SIREPS). Estos permiten, en su orden, realizar los procesos de participación ciudadana, conocer los contenidos de los beneficios en salud en línea y las cuotas moderadoras y copagos, mostrar el gasto y uso de los medicamentos, evaluar el sistema de salud, consultar recomendaciones acerca del uso apropiado de medicamentos y de sus posibles presentaciones y precios, y a las EPS registrar la información de las prestaciones de servicios en salud.

6.3. Integralidad y seguridad de los datos de la seguridad social

El Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) se ha robustecido y avanzado en su uso para las decisiones del sector y de los otros sectores de la protección social. Se ha constituido en un verdadero bien público en el que se han invertido muchos esfuerzos y recursos para mejorar su calidad, oportunidad y disponibilidad para los tomadores de decisiones, incluyendo los aseguradores, los prestadores y los usuarios. La disponibilidad de información también permite a investigadores hacer un mayor uso de la información registrada en la plataforma.

Muchos de los logros en la mejora de la información se deben a la continuidad en los procesos para sistematizar y mejorar la información, pero sobre todo en haber preservado toda la información de la protección social unificada en el SISPRO. Esta decisión tiene sentido porque el Ministerio de Salud y Protección Social tenía en sus manos todo el avance y desarrollo del sistema. La interacción de los diferentes módulos enriquece la gestión completa del Estado. El SISPRO ha sido reconocido como uno de los sistemas de información más seguros a nivel del Estado colombiano.

La decisión ha mostrado sus frutos cuando se revisan los avances institucionales en la estrategia de Gobierno en línea, en la transparencia de la información y en el uso de la misma con fines estratégicos. Mantener la visión estratégica de este sistema integrado de información y continuar mejorando los procesos y la inversión que se requiere, son retos de la próxima administración.

6.4. Información y estrategia, pilares de las decisiones

La demografía y la epidemiología nos ayudan a comprender la situación de salud de las poblaciones, las prioridades para mejorar esa situación, las estrategias para intervenir los riesgos en salud y lograr las mejoras y nos orientan en los métodos para monitorear y evaluar

las intervenciones. Es así como el análisis de la información se convierte en una herramienta estratégica para la planeación, la toma de decisiones, la acción, el monitoreo y la evaluación.

La vigilancia en salud pública y el Centro Nacional de Enlace se fortalecieron en este periodo de gobierno. El resultado tangible de este fortalecimiento es el adecuado manejo frente a la detección, verificación, notificación, monitoreo, respuesta y seguimiento de situaciones de alerta, brotes y epidemias como las que atravesó el país durante los años 2014 a 2016 (fiebre de chikungunya y enfermedad por virus de Zika). La epidemia de fiebre de chikungunya se confirmó en septiembre de 2014 y se cerró la fase epidémica en septiembre de 2015, con un total de 336.093 casos y 83 muertes. La epidemia por virus del Zika, por su parte, se confirmó en octubre de 2015 y se declaró la fase postepidémica en julio de 2016, con un total de 99.721 casos. De estos, se identificaron 17.730 casos de zika en gestantes y se detectaron 21 casos de microcefalia asociados al virus. A pesar de la magnitud de estas epidemias y de sus consecuencias, es claro que lograron ser controladas en periodos y en magnitudes mucho menores a la registradas en otros países de la región, como Brasil.

Cabe resaltar que se pudieron orientar los planes de gestión del riesgo, desde la Nación hasta el nivel local, contando con lineamientos técnicos, circulares, ajuste de los protocolos de vigilancia en salud pública y el fortalecimiento de la red de diagnóstico por laboratorio para lograr el control de estas epidemias de manera asertiva. A su vez, las estimaciones de casos esperados en la fase epidémica con base en los datos de país fueron acertados, con lo que se logró una orientación de los planes de gestión del riesgo. La experiencia del país permitió generar nuevo conocimiento, transferirlo y ser ejemplo para otros países en la preparación y respuesta ante dichas situaciones. La enfermedad por el virus del Zika continúa siendo objeto de investigación, y Colombia ha sido uno de los países que han permitido identificar nuevos hallazgos de alcance global.

El Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud es uno de los componentes relevantes del sistema de información en salud del país. Los estudios y encuestas poblacionales priorizados se encuentran en una agenda programática en la cual se priorizan los estudios requeridos por el país (Tabla 3). La información producida por las encuestas permite evaluar la situación de salud de la población y el efecto de las políticas instauradas por el Gobierno Nacional, y permite cumplir con los compromisos de seguimiento de muchos de los convenios internacionales. Realmente se consolidan como una herramienta estratégica del sector y de la política pública, y por esta razón su continuidad es un reto institucional que requiere aunar los esfuerzos de los diferentes actores de la salud, otros sectores gubernamentales, la academia, organizaciones sociales y la comunidad.

La definición del sistema garantiza el seguimiento de estándares y prácticas necesarios para asegurar la calidad, comparabilidad y trazabilidad de sus resultados. El sistema cuenta con un marco metodológico y con una muestra maestra en salud, que permite una

representatividad de la población nacional, departamental, regional o subregional. Lo anterior permite optimizar los recursos y mejorar los datos resultantes.

Tabla 3. Agenda programática - Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud

Encuesta / Estudio	Versión anterior	Año de publicación	Periodicidad /Años
1. Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar	1993	2014	10
2. Encuesta Nacional de Salud Bucal IV – ENSAB IV	1998	2014	10
3. Estudio Nacional de Salud Mental – ENSM	2003	2015	10
4. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE	NA	2015	10
5. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS	2010	2016	5
6. Encuesta de Salud Escolar – ENSE y Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes ENTJ	NA	2016	3
7. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN	2010	2017	5
8. Encuesta Nacional de Salud – ENS	2007		10
9. Encuesta Nacional de Talento Humano en Salud	NA		10
10. Encuesta Nacional de Salud Ambiental	NA		10

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Demografía y Epidemiología.

Las encuestas publicadas han logrado la “certificación de calidad estadística” emitida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) gracias a los altos indicadores en el cumplimiento de los estándares estadísticos. En aras continuar con la agenda programática es necesario desarrollar la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Nacional de Salud Ambiental y la Encuesta de Talento Humano en Salud.

Otro uso estratégico de la información lo constituyen los registros, observatorios y sistemas de seguimiento en salud (ROSS), que permiten el uso y análisis de diferentes fuentes de información en pro de identificar las brechas, avances y retos en términos de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

Otro insumo de importancia para la toma de decisiones lo constituye el Sistema Nacional de Registro Civil y Estadísticas Vitales, en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el DANE, logró reducir el tiempo de publicación de estadísticas oficiales de nacimientos y defunciones a 12 meses. Es decir, se ganaron 6 meses de mayor oportunidad en la disponibilidad de la información. Este es un hito de gran importancia, pues ubicar a

Colombia dentro del selecto grupo de países que publica cifras definitivas de las estadísticas vitales en un periodo corto de tiempo.

La importancia del ordenamiento en la clasificación, estandarización y uso de la información desarrollados en los dos últimos periodos de gobierno radica en el desarrollo de la inteligencia institucional. Se sabe lo que se busca, cómo y dónde buscarlo. Una vez se tiene, se usa para la planeación, la toma de decisiones, la acción, el monitoreo y la evaluación.

El camino recorrido ha sido largo, y aún nos falta. Oportunidades para avanzar: integrar las fuentes de información disponibles, fomentar un mayor uso de los datos y la información, explorar una mayor interoperabilidad de los datos; en fin, un universo de posibilidades. Sin embargo, mantener y continuar con los logros es el reto mayor, es la primera tarea a abordar para que el sector no se quede ciego ante un mar de datos o ante la escasez de los datos relevantes.

6.5. Liderazgo frente a acciones intersectoriales para la salud

Al Ministerio le compete liderar las acciones de otros sectores para proteger la salud de los ciudadanos, y este liderazgo se ha observado en su rol dentro de la CISP y en su iniciativa para consolidar el Programa Nacional de Agua Potable en conjunto con los sectores relevantes. En este aspecto, persisten enormes retos en la interacción. Entre otros, implementar el programa de agua potable, lograr la protección del aire, garantizar que los ambientes libres de humo sean una realidad y en general que los entornos laborales y educativos facilite los hábitos saludables. En resumen, la tarea es fortalecer la implementación de “Salud en todas las políticas”, teniendo en cuenta las prioridades fijadas en el Plan Decenal de Salud Pública.