

10000-
Bogotá, D.C, 19 de abril de 2012

Doctor
RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR
Secretario General Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República de Colombia
Carrera 7ª N° 8-68. Piso 5
Bogotá D.C.

Asunto: Rad. M - Proposición No. 20, 21 y 28

Respetado doctor Rosero:

En atención a la citación de control político, me permito dar respuesta al cuestionario inserto en las proposiciones 20, 21 y 28, aprobada en esa Célula Legislativa. En esta respuesta se describen los avances del sistema en distintas dimensiones y al mismo tiempo se reconoce que existen importantes espacios de mejora en los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social y las distintas entidades del sector están trabajando con el único objetivo que los colombianos cuenten con un sistema de salud de mejor calidad, que atienda sus necesidades de manera oportuna, que sea más accesible y sostenible.

Proposición 20

La ley 1438 de 2011 en su artículo 144 que hace referencia a la reglamentación e implementación de la misma, ha establecido unos plazos para el gobierno nacional; en nuestro ejercicio de control político, propongo se cite al Ministerio de Salud y Protección Social y al Superintendente Nacional de Salud para que rindan ante esta Comisión, informe acerca de la reglamentación de los artículos que a cada uno competen y el avance en la implementación de la ley con sus consecuencias e impactos especialmente en lo concerniente al flujo de recursos desde fosal, eps, entes territoriales; calidad en la atención en términos de accesibilidad y oportunidad; saneamiento financiero de las ese; atención primaria en salud, redes integradas de servicios de salud; talento humano en salud; sistemas de información en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), está compuesto por la prestación de servicios de salud, el aseguramiento en salud y la salud pública colectiva e individual. El SGSSS se

organizó con el propósito de garantizar la salud como un derecho social de toda la población, mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, creando condiciones para que toda la población, independientemente de su capacidad de pago, acceda a todos los servicios y beneficios del sistema; entre ellos, la protección adecuada frente a los riesgos que se derivan del deterioro de la salud.

Paralelamente, el proceso de descentralización implantado mediante la ley 10 de 1990, la Constitución Nacional de 1991¹, la ley 60 de 1993, la ley 715 de 2001, ha dirigido y modificado las competencias de los actores del SGSSS, asignando a los municipios, distritos y departamentos el manejo del sistema de salud en su jurisdicción.

No obstante la responsabilidad jurisdiccional de las entidades territoriales, la rectoría del Sistema la ejercen en forma conjunta: i) el *Ministerio de Salud y Protección Social*, como responsable de determinar las políticas, planes y programas prioritarios, integrando todos los niveles territoriales; ii) la *Comisión de Regulación en Salud - CRES*, a partir de la ley 1122 de 2007), y iii) la *Superintendencia Nacional de Salud*, garante de los derechos de los usuarios del SGSSS, y corresponsable del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, junto con el *Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)* y el *Instituto Nacional de Salud (INS)*.

Como resultado de las reformas de descentralización y del sistema de salud en general, puede afirmarse que el SGSSS colombiano está compuesto por tres grandes componentes: i) salud pública colectiva e individual ii) aseguramiento de la población y iii) prestación de los servicios de salud.

En suma, la operatividad del SGSSS se centra en la gestión de las aseguradoras o *Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)*², las *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)* y las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), orientada por las prioridades en salud pública tanto colectiva como individual definidas desde el nivel nacional.

La Nación, junto con las entidades territoriales, es responsable de la orientación, financiación y ejecución de las *acciones colectivas y programas de salud pública colectiva* que buscan garantizar la salud integral de la población, mediante el control de factores que afectan la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. Estas acciones, se caracterizan por ser gratuitas, de fácil acceso y tener grandes externalidades que benefician a toda la población independientemente de su condición económica, geográfica o demográfica.

¹ La Constitución de 1991 ordena la consolidación del proceso de descentralización, iniciado por la ley 10 de 1990; y otorga importancia a una serie de derechos sociales, tales como la seguridad social, la atención en salud, y el saneamiento ambiental, los cuales se convierten en servicios públicos obligatorios bajo la coordinación y control del Estado (MinSalud, 2000; PAHO, 1998).

² Se consideran como EAPB: las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (EPS), las Entidades Adaptadas, y las Empresas de Medicina Prepagada.

Respecto a la *atención individual*, el Sistema contempla un proceso gradual de cobertura en salud para todas las personas a través de diferentes planes de beneficios, a los cuales se accede a través de un esquema de seguros.

Así, se definen dos regímenes de aseguramiento: i) el contributivo financiado con los aportes de las empresas y personas con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias y, ii) el subsidiado para las personas más pobres y vulnerables, financiado con aportes de la Nación, de las entidades territoriales, el aporte de solidaridad efectuado por los afiliados del régimen contributivo y aportes de las *Cajas de Compensación Familiar*. Los planes de beneficios se construyen a partir del análisis de situación de salud de la población e incluyen, entre otras, acciones individuales de interés en salud pública, las cuales son producto de un proceso de priorización nacional que se traduce en metas de cumplimiento obligatoria por parte de las aseguradoras del sistema.

La operación del sistema de aseguramiento en los dos regímenes mencionados es competencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales deben garantizar el acceso a los servicios al plan de beneficios y manejar los riesgos financieros y de salud de sus afiliados. Aunque el Sistema busca que la totalidad de la población esté afiliada a través de uno de los dos regímenes, aún existen sectores que están por fuera de este esquema, población que es atendida a través de subsidios a la oferta, es decir, mediante la financiación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) fundamentalmente públicas. Estos servicios son financiados con recursos fiscales de la Nación y las entidades territoriales, y son organizados y dirigidos por estas últimas. Tanto las EPS como las entidades territoriales tienen la obligatoriedad de prestar a sus afiliados y vinculados los servicios incluidos en los planes de beneficios colectivos, debiendo incentivar, a través de demanda inducida, las acciones individuales de promoción y prevención contenidas en el plan de beneficios, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento para los problemas de salud pública.

El SGSSS y sus componentes se financian con recursos provenientes de fuentes públicas y privadas como el *Sistema General de Participaciones (SGP)*, el *Presupuesto General de la Nación (PGN)*, los aportes de los trabajadores y empleadores, las *Cajas de Compensación Familiar*, las rentas cedidas, recursos propios de las entidades territoriales y las regalías, entre las más importantes.

Por su parte, la ley 1438 plantea fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud “a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.”

En el artículo 2 por su parte se establece la orientación del sistema, dirigido “a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros. Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema.”

Con el anterior contexto acerca de las generalidades del SGSSS y los objetivos y orientaciones de la ley 1438 de 2011, a continuación se presenta un balance a la fecha sobre los avances de la reglamentación e implementación de dicha ley con el fin de dar respuesta a la proposición 20. La respuesta se presenta en varias secciones:

- I. Aseguramiento
 - 1) Unificación, Actualización del Plan de Beneficios y Prestaciones de Servicio de Salud no Previstas en el Plan de Beneficios
 - 2) Afiliación

- II. Prestación de Servicios de Salud
 - 1) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
 - 2) Requisitos de Funcionamiento y Estado de las Entidades Promotoras de Salud
 - 3) Flujo de Recursos
 - 4) Talento Humano en Salud
 - 5) Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos
 - 6) Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Profesionales

- III. Salud Pública
 - 1) Salud Pública
 - 2) Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud

- IV. Inspección, Vigilancia, Control
 - 1) Inspección, Vigilancia, Control
 - 2) Defensor del Usuario de la Salud.

UNIFICACIÓN, ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES DE SERVICIO DE SALUD NO PREVISTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

Unificación Plan de Beneficios

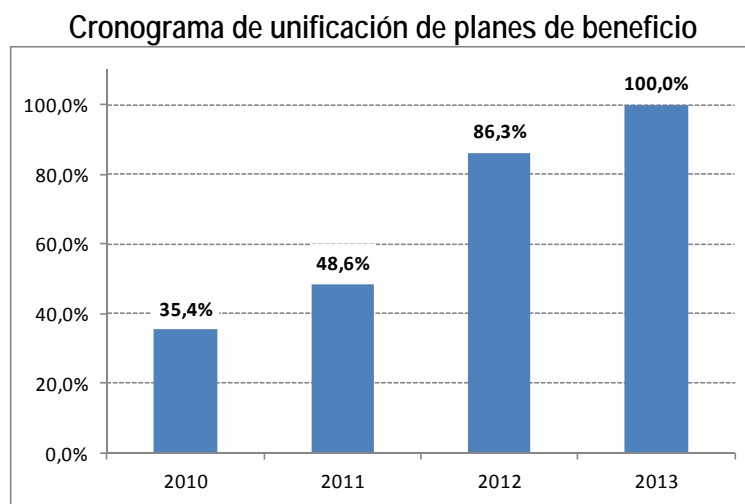
Una meta importante para cualquier sistema de salud es prestar un servicio equitativo para toda la población. Esta equidad se refiere a que el acceso a los servicios de salud sea igual para los que tienen las mismas necesidades, independiente de su capacidad de pago. La unificación de planes de beneficios avanza en lograr la equidad al ofrecer los mismos beneficios a la población en ambos regímenes. Los esfuerzos deben centrarse entonces en verificar que estos beneficios sí sean efectivos para toda la población independiente del régimen al que pertenezcan.

Es así como el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Comisión de Regulación en Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, conforme a sus competencias, han venido adelantando acciones para hacer realidad la meta central del gobierno de unificar los planes de beneficios para todos los residentes del país, respondiendo así a lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional (orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, cuyo seguimiento se hace a través del Auto 255 de 2011).

La unificación completa de los planes de beneficios es un aspecto central para mejorar la equidad entre los colombianos. Al unificar las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos de los afiliados al régimen subsidiado a los del plan de beneficios del régimen contributivo se está avanzando de manera importante en mejorar el acceso en la prestación de los servicios en salud de la población más vulnerable, es decir se busca reducir las desigualdades injustas.

Se ha diseñado un cronograma para la unificación progresiva de los planes de beneficios con el propósito de que antes de 2014, todos los colombianos tengan acceso al mismo conjunto de prestaciones en salud. Para el efecto se tuvieron en cuenta aspectos tales como: i) prevalencia de derechos (según el artículo 3°, numeral 5, de la Ley 1438 de 2011), ii) garantía de la portabilidad de la prestación de servicios en el territorio nacional, iii) la disponibilidad de recursos fiscales para la unificación en las entidades territoriales, identificando el nivel de cofinanciación correspondiente a cada departamento o distrito. Lo anterior, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, los años de vida saludable y, por último, la reducción del gasto en prestación de servicios No POS-S de las entidades territoriales. El cronograma de unificación de los planes de beneficios se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico



Fuente: Minsalud.

En los análisis previos se determinó que el país debía avanzar en la unificación por grupo etario, encontrando que el de 60 años y más cumplía con el mayor número de aspectos mencionados para continuar la unificación (Acuerdo 27 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, CRES). Así, a partir del 1º de Noviembre de 2011 las prestaciones en salud para la población de sesenta (60) y más años de edad afiliada al Régimen Subsidiado, son iguales a las contenidas en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo, (Acuerdo del 11 de Octubre de 2011 de la CRES). Esta medida beneficia a más de 2.300.000 (11.15%) personas mayores de 60 años del Régimen Subsidiado, con lo cual el 48.6% de la población del régimen subsidiado cuenta con un Plan de Beneficios Unificado. Cabe señalar que previo a la ampliación de 60 años y más, ya se habían igualado beneficios para un 35.4% de la población del régimen subsidiado representando en dos grupos: i) los menores de 18 años de todo el país; y ii) la población de dos entidades territoriales (Cartagena y Barranquilla).

Si se tiene en cuenta la población del Régimen Contributivo y los grupos de menores de 18 años y mayores de 60 años del Régimen Subsidiado, aproximadamente el 66% de la población del país se beneficia del mismo POS. Ésta se implementó con un presupuesto mensual de 40.000 millones de pesos adicionales para el 2011, provenientes del nivel nacional, en particular de los recursos generados por la Ley 1393 de 2010 y la Ley 1438 de 2011.

Para 2012 se tiene programado unificar el plan de beneficios para las personas entre 18 y 44 años de edad (37.7%) con lo cual se llegaría al 86.3% de la población del régimen subsidiado. Finalmente, en 2013 se unificará el plan de beneficios para las personas entre 45 y 49 años (que representan el 13.7%) para completar así el 100% de la población del régimen subsidiado.

Así mismo, la actualización integral del Plan de Obligatorio de Salud constituye un avance muy significativo en la unificación de los beneficios de toda la población, en tanto las inclusiones se hicieron de manera generalizada para los dos regímenes. Se introdujeron nuevas reglas que propenden por la progresividad en el acceso a ciertas prestaciones de salud y se incluyeron nuevas prestaciones en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado.

Actualización del Plan de Beneficios

Uno de los objetivos del Gobierno era mejorar la calidad de los beneficios a los que tiene acceso la población colombiana a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), tal como lo ordenó el artículo 25 de la ley. Para esto, luego de 18 años de su primera definición, se llevó a cabo una actualización integral del mismo en el cual con base en procesos de participación ciudadana y de la evaluación de tecnologías en salud (prestaciones, servicios, medicamentos, procedimientos, etc.) se actualizaron los contenidos del POS de tal forma que respondan de mejor manera al perfil epidemiológico y a carga de enfermedad de la población colombiana, así como aquellas tecnologías de reiterativo uso de probada seguridad y eficacia médica.

En coordinación con la CRES, se adelantó la tarea de actualización del POS la cual empezó a regir el 1ro de enero de 2012 (Acuerdo 29 de 2011 de la CRES). Además de la inclusión de 196 nuevos procedimientos, medicamentos y servicios, se definieron medidas que permiten avanzar en el acceso equitativo de la población a los servicios en salud, tales como la eliminación de los subsidios parciales, la inclusión de prestaciones exclusivas para la población víctima de la violencia, los menores de edad y la progresividad en beneficios como lentes oftalmológicos y prótesis dentales. En el siguiente cuadro se resume el tipo de procedimientos incluidos en el nuevo POS.

INCLUSIONES ACUERDO 29 DE 2011	
1. Procedimientos incluidos para ambos regímenes	44
2. Procedimientos en los cuales se aumenta la cobertura para ambos regímenes	11
3. Procedimientos incluidos para la población afiliada al régimen subsidiado sin unificación	7
4. Medicamentos incluidos para ambos regímenes	114
5. Medicamentos en los cuales se incluyen otras concentraciones y formas farmacéuticas	14
6. Otras inclusiones para ambos regímenes: complemento nutricional y dispositivos	6
Total inclusiones	196
Supresiones medicamentos	66

Fuente: Minsalud

La actualización del Plan de Beneficios realizada mediante el Acuerdo 029 es un paso significativo para el sistema sin embargo es importante aclarar que la actualización del Plan de Beneficios es un proceso continuo y progresivo mediante el cual el Estado busca el mejoramiento y la sostenibilidad de la canasta de servicios en salud a la que tienen acceso los usuarios del sistema.

Con la actualización del Plan de Beneficios, también se ha dado un paso significativo para dar cumplimiento al artículo 17 de la ley 1438 de 2011, Atención Preferente. Dicho artículo indica que la Comisión de Regulación en Salud (CRES) debe definir y actualizar las prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes para garantizar la promoción, prevención y tratamiento adecuado de enfermedades para este grupo de edad, así como la atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y la rehabilitación de aquellos menores de edad en situación de discapacidad.

Para cumplir con este propósito, en la actualización del Plan de Beneficios (Acuerdo 029 de la CRES), se incluyó en el Título IV las coberturas especiales para los menores de 18 años. Vale la pena destacar la mayor accesibilidad a los servicios especializados de salud de forma directa sin previa remisión del médico general, la implantación de prótesis coclear, el cariotipo con fragilidad cromosómica, la prevención de caries infantil, y la atención psicológica y/o psiquiátrica para menores víctimas de violencia intrafamiliar y de abuso sexual, con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), que usen sustancias psicoactivas y para aquellos con discapacidad.

De otra parte, el Acuerdo 029 de la CRES incluyó varios artículos relacionados con la atención en salud mental, en virtud del artículo 65 de ley, Atención Integral en Salud Mental. Es así como el Plan de Beneficios cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal por psiquiatría o psicología, la atención de urgencias en salud mental, y la internación para el manejo de la enfermedad mental.

También para las mujeres víctimas de violencia de cualquier edad y los menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar y/o con casos de abuso sexual, presuntivo o confirmado, las coberturas en salud mental se amplían con respecto a las coberturas de la población general; contemplando un enfoque diferencial, así:

- 1) La internación total o parcial (hospital día) se cubre hasta por 180 días año calendario. Hasta el 31 de diciembre de 2011 se cubría por 30 días.
- 2) La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad. Hasta el 31 de diciembre de 2011 se cubrían por 30 días y solo en la fase aguda del evento.
- 3) La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

Esto implica que una persona eventualmente puede recibir hasta 120 sesiones durante el año calendario por psiquiatría y por psicología de acuerdo con lo descrito anteriormente.

Estas coberturas son independientes del régimen de afiliación, es decir son iguales para régimen contributivo y subsidiado.

Otros avances en salud mental están descritos en la sección de Salud Pública especialmente referidos a: la implementación del Componente de Salud Mental desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la validación de las guías de atención integral para los problemas y trastornos en salud mental más comunes en el país, la estructuración y puesta en marcha del Observatorio Nacional de Salud Mental, la formación de más de 500 profesionales de la salud, las ciencias sociales y líderes comunitarios de todo el país como parte de la estrategia de fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud- IPS y de los procesos comunitarios y la realización del Estudio Censal de Calidad de Servicios de Salud Mental.

Prestaciones de Servicio de Salud No Previstas en el Plan de Beneficios

Para reglamentar la conformación y organización de los Comités Técnico – Científicos (CTCs) y las Juntas Técnico Científicas de pares (JTCs), según lo establecido en los artículos 26 y 27 de la ley 1438 de 2011, y en el Artículo 116 del Decreto – Ley 019 (Anti-trámites), se ha preparado un proyecto de decreto. De acuerdo con la propuesta, el Ministerio estará encargado de determinar el cronograma de implementación progresivo por especialidades según el cual la Superintendencia Nacional de Salud conformará las Juntas Técnico Científicas. Esto permitirá gestionar responsablemente y con diligencia los servicios no incluidos en el plan de beneficios que generan mayor número y/o monto de recobros.

Dentro de los criterios para la definición de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios que las Juntas Técnico Científicas evaluarán, se incluye la pertinencia de la prestación de acuerdo con la evidencia científica y las evaluaciones que en su momento deberá realizar el IETS, así como lo estipulado en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011, ley del Plan de Desarrollo, en la que se estableció que las prestaciones no financiadas por el sistema son “el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no podrán ser reconocidas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el listado que elabore la Comisión de Regulación en Salud-CRES.”

El borrador de decreto está en la actualidad en revisión. Durante 2011 y a comienzos de 2012, el Ministerio ha convocado a los diferentes actores del sistema, con los cuales se han intercambiado ideas y opiniones con los actores del sistema general de salud respecto a la implementación de esta figura de acuerdo con lo establecido en la ley con el fin de hacer un proceso más participativo.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Desde la década de los ochenta diferentes países en el mundo han institucionalizado la evaluación de tecnologías en salud con el fin de apoyar técnicamente la definición de planes de beneficios y políticas en salud a nivel mundial como Inglaterra, Australia, Suecia, Canadá, Alemania, Francia, entre otros. Desde octubre de 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social) a través del Banco Interamericano de Desarrollo- BID y con el apoyo técnico del National Institute for Health and Clinical Excellence- NICE de Inglaterra y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria- IECS de Argentina realizó una amplia referenciación de las mejores prácticas internacionales en cuanto al uso de la evidencia científica mediante agencias de evaluación de tecnologías en salud. Este trabajo que referenció países como: Inglaterra, Gales, Australia, Alemania, Holanda, Brasil, Uruguay y Chile sirvió de marco de referencia para la futura creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

De acuerdo con el artículo 92 de la ley 1438 de 2011, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) “será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científica y para los prestadores de los servicios de salud.”

EL IETS será una corporación sin ánimo de lucro, de naturaleza mixta de ciencia y tecnología. A la fecha de este informe el BID, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud- OPS han manifestado su interés de hacer parte del instituto ya sea como miembros fundadores o como parte de un consejo consultivo internacional. EL IETS tendrá en su composición orgánica un Consejo directivo compuesto por miembros fundadores e institucionales y será dirigido por un Director General a cargo de coordinar áreas técnicas en evaluación de tecnologías en salud, participación, comunicación, apoyo a la implementación, financiero y recursos humanos con sede en la ciudad de Bogotá. Es decir, el IETS es una institución estrictamente de carácter técnico.

A la fecha se cuenta con un borrador de estatutos, escritura y creación del Instituto (artículo 92) y continúan las gestiones para la participación de los posibles socios fundadores. En los siguientes meses, se debe hacer una revisión final de los estatutos, definir el rol y aporte de los miembros fundadores, realizar la creación formal del IETS en notaría pública y todo lo concerniente para su puesta en marcha.

AFILIACION

Con el Sistema de Registro Único se pretende articular los procedimientos de afiliación, traslados y novedades de los subsistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y subsidio familiar, a través de sus entidades administradoras, disminuyendo los tiempos de respuesta, la cantidad de

documentos exigidos y las inconsistencias de la información. El Sistema de Registro Único de Afiliados contará con una base de datos única centralizada (a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social), un portal único de trámites y un gestor documental (a cargo de la entidad descentralizada indirecta que se constituirá con la participación de las entidades administradoras de los sistemas).

Para la operación del sistema, se ha venido trabajando varios temas a saber: (1) revisión normativa de los procesos de afiliación, traslado y registro de novedades en salud, pensiones, riesgos profesionales y subsidio familiar, (2) depuración de la información que se alojará en la base de datos única centralizada y (3) creación de la Comisión Intersectorial para la Operación del Sistema.

Con respecto al primer tema, se han presentado algunas propuestas de reglamentación. En riesgos profesionales, se expidió el Decreto 100 de 2012 que establece las reglas para depurar los casos de multifiliación. En salud, se consolidó un borrador de proyecto de decreto que busca homologar las reglas básicas de afiliación, movilidad, períodos de cobertura y otros aspectos existentes en los regímenes contributivo y subsidiado.

En cuanto al segundo tema, depuración de la información que se registrará en la base de datos única centralizada, se elaboró una metodología para la identificación de personas y una metodología para la identificación de empresas que busca unificar las bases de datos existentes y validarlas con las de la Registraduría Nacional del Estados Civil y las de la DIAN en el caso de empresas.

Para la operación del Sistema de Registro Único de Afiliados, se ha creado una comisión intersectorial que estará integrada por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Salud y Protección Social, del Trabajo, de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social UGPP.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado

El gobierno nacional expidió el decreto 2993 de 2011, mediante la cual se establecieron las disposiciones para la conformación de las juntas directivas de las ESES del Estado del nivel territorial del primer nivel de atención, el período de los miembros de la junta, la elección del representante de los empleados públicos del área administrativa ante la junta directiva, los requisitos para ser miembros de la junta, entre otros. Con dicha reglamentación, se da cumplimiento a lo ordenado en el artículo 70 de la ley 1438 de 2011.

Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales, y evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial

Los artículos 72 (Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales) y 74 (evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial) de la ley 1438 de 2011 se han reglamentado con la expedición de la resolución 710 de 2012. Dicha resolución define las condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión, los indicadores y estándares por áreas de gestión (dirección y gerencia, financiera y administrativa, gestión clínica o asistencial), el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados. El procedimiento para la aprobación del plan de gestión ya está señalado en el artículo 73 de la ley 1438 de 2011.

Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado y Adopción de Saneamiento Fiscal y Financiero

El ministerio está preparando un decreto con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en los artículos 80 (Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado) y 81 (Adopción de Saneamiento Fiscal y Financiero) de la ley 1438 de 2011. El ministerio hará un ajuste de la metodología de calificación para la determinación del riesgo, y aquellas que estén categorizadas en riesgo medio o alto deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero. El ministerio deberá informar a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud el riesgo de las Empresas Sociales del Estado considerando las condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera, y los indicadores financieros, lo cual estará para el 24 de mayo de acuerdo con el cronograma.

REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO Y ESTADO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

En coordinación con la Superintendencia Financiera se ha venido trabajando en el decreto de habilitación de las EPS (artículo 24 de ley 1438 de 2011). Esta norma incluye entre los temas de habilitación, la gestión del riesgo en salud, gestión de riesgo operativo, representación del afiliado, sistema obligatorio de garantía de calidad y riesgo financiero conforme a lo señalado en el Decreto 1485 de 2011 que redistribuye competencias entre EPS, y desde luego contempla el período de transición requerido.

Estado de las EPS

La Superintendencia Nacional de Salud tiene un papel central en el seguimiento y evaluación del estado de las distintas EPS para lo cual recoge y sistematiza información en distintos campos, que está disponible para consulta pública. Adicionalmente, En el marco del artículo 110 de la ley 1438 de 2011, el ministerio consolidó un primer informe que contiene un resumen general del estado de las

EPS incluyendo aspectos como: 1) Coberturas, 2) Indicadores de calidad, 3) Indicadores financieros, 4) Riesgo poblacional y 5) Quejas. Adicionalmente hay un componente que desarrolla la situación actual de cada EPS incluyendo una ficha técnica el número de afiliados, operación regional y diversos indicadores de calidad.

FLUJO DE RECURSOS

Las acciones adelantadas en cuanto al fortalecimiento financiero del sector, se han concentrado en mejorar la eficiencia y transparencia de los mecanismos de administración y ejecución de los recursos de los regímenes subsidiado y contributivo mediante el fortalecimiento del giro directo en el primero, y el rediseño del proceso de compensación y medidas de control y racionalización de los recobros originado por el suministro de servicios No POS en el segundo. Esto vino acompañado de ajustes en el esquema de administración de los recursos que está en cabeza del administrador fiduciario del Fosyga y la implementación de la nueva unidad administrativa especial de Fondos. Adicionalmente, se diseñó y ejecutó un plan tendiente a mejorar el flujo de recursos desde la fuente hasta los prestadores de servicios de salud.

Giro Directo

Desde abril de 2011 los recursos del Régimen Subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación se giran directamente a las EPS e IPS de acuerdo con lo previsto en los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, reglamentado por los Decretos 971, 1700 y 3830 del mismo año.

Con este nuevo esquema, se elimina la figura de contratos entre la EPS del régimen subsidiado y cada uno de los municipios y distritos de tal forma que se facilita la afiliación y garantía de acceso a la prestación de servicios de salud por parte de esta población. El mecanismo de giro directo se basa en la administración de los recursos del régimen subsidiado por delegación de los entes territoriales de tal forma que los recursos que administra la Nación se giran directamente a los aseguradores y prestadores acortando en cerca de 90 días el tiempo que se demora el dinero en pasar del Tesoro Nacional a las cuentas de las EPS e IPS.

La implementación de este mecanismo ha sido progresiva tanto en el número de municipios incluidos en esta medida, como en las fuentes de recursos que administra la Nación y las IPS beneficiarias de esta medida.

Es así como al comienzo y en forma temporal, el giro directo se estableció para los municipios menores de 100.000 habitantes o para los Distritos y Municipios mayores de 100.000 habitantes que voluntariamente se acogieran a la medida. A partir de enero de 2012 los recursos se giran directamente a las EPS e IPS independientemente de la categoría de los municipios o Distritos.

En cuanto a las fuentes de recursos, a partir de la vigencia 2012 se implementó el mecanismo único de Régimen Subsidiado señalado en el Decreto 4962 de diciembre de 2011, en el cual se señala que a través del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, se recaudarán todos los recursos que financian y cofinancian la unidad de pago por capitación del Régimen Subsidiado.

Este mecanismo tiene las siguientes características:

- 1 Se define una bolsa de recursos para diferentes fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado incluyendo la transferencia global del Fosyga, SGP, aportes de la Nación y los de ETESA, Regalías y ET cuando se reglamente lo relacionado con el esfuerzo propio.
- 2 Tiene un presupuesto de ingresos y gastos aprobado por el Ministerio de Salud y la ordenación del gasto en cabeza de la Dirección de Fondos de la Protección Social.
- 3 Tiene cuentas independientes de los demás recursos que administra el encargo fiduciario, y los ingresos serán ejecutados mediante transferencia al Fosyga.
- 4 Se minimiza el manejo de excedentes y las transferencias se definen con base en el giro programado de recursos en cada proceso según liquidación mensual de afiliados.

Los recursos del Esfuerzo Propio siguen siendo recaudados y girados por las Entidades territoriales. Igualmente las Cajas de Compensación Familiar autorizadas para administrar el régimen subsidiado recaudan y administran directamente los recursos que deben destinar para este fin.

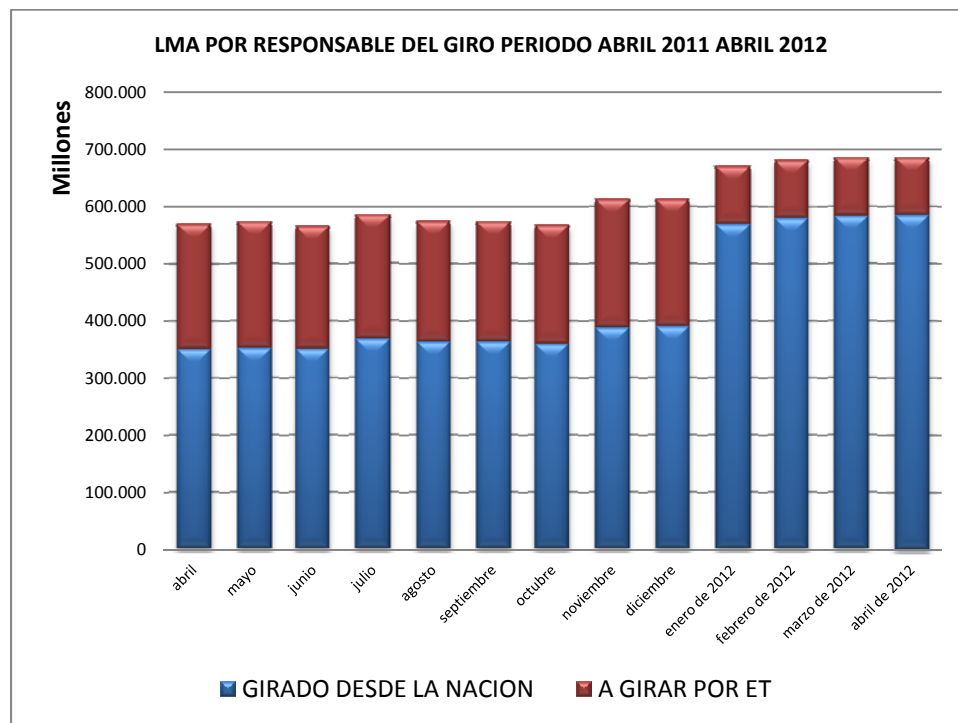
El giro a las EPS (o directamente a las IPS), se realiza en nombre de las entidades territoriales y corresponde a la Liquidación Mensual de Afiliados, LMA, que usa como soporte la Base de Datos Única de Afiliados.

En la actualidad el giro directo desde la Nación se realiza los cinco primeros días hábiles de cada mes, a través de un Mecanismo Único de Recaudo y Giro de los recursos del Régimen Subsidiado, que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y las gira en una sola transacción a las EPS o IPS. Los resultados de la Liquidación Mensual y los giros son informados a EPS, Entidades Territoriales e IPS, como soporte para su manejo contable, presupuestal y de tesorería.

En promedio para el periodo abril-octubre de 2011 el monto de la LMA fue de \$572 mil millones, de los cuales el 62% es decir \$358 mil millones fueron girados directamente por el Ministerio o el FOSYGA a las EPS o IPS.

A partir de noviembre y posteriormente en enero del presente año el monto de la LMA aumentó, como consecuencia de los incrementos en los valores de la UPC. Para noviembre por la nivelación de los planes de beneficios para los mayores de 60 años y en enero por el ajuste anual, actualización del Plan de Beneficios e igualación de los planes de beneficios para quienes venían afiliados mediante el esquema de subsidios parciales.

El promedio de la LMA para los dos últimos meses de 2011 fue de \$612 mil millones con un 63% girado directamente por el Ministerio o el FOSYGA a las EPS e IPS. Para el primer trimestre de 2012 el promedio fue de \$678,9 mil millones, de los cuales el 85% se giró directamente.



El monto de los recursos girados por fuentes de financiación y responsable del giro

LMA POR FUENTE Y POR PAGADOR						
MILLONES DE PESOS						
MES	VALOR LMA	ESFUERZO PROPIO O CCF	FOSYGA O SGP GIRADO A ET	GIRADO DESDE LA NACION	GIRADO DESDE LA NACION A IPS	GIRADO DESDE LA NACION A EPS
abril	569.977	62.860	156.263	350.855	1.142	349.714
mayo	573.195	62.768	158.513	351.915	4.641	347.274
junio	565.460	60.568	154.605	350.287	4.884	345.404
julio	584.692	63.538	153.824	367.331	8.670	358.661
agosto	574.662	63.339	148.796	362.528	38.105	324.423

septiembre	573.144	62.348	148.242	362.554	110.245	252.310
octubre	567.813	62.831	145.660	359.322	127.955	231.368
noviembre	612.648	66.241	158.497	387.910	137.710	250.200
diciembre	611.749	65.668	156.931	389.150	170.710	218.440
enero de 2012	669.991	101.014		568.977	227.216	341.761
febrero de 2012	681.436	101.676		579.760	259.968	319.792
marzo de 2012	685.204	101.579		583.625	294.063	289.562
abril de 2012	684.369	100.535		583.834	295.916	287.918
TOTAL	7.954.341	974.964	1.381.328	5.598.048	1.681.223	3.916.825

Liquidación Contratos Régimen Subsidiado

El saneamiento de las deudas del régimen subsidiado es un objetivo central para contar con cuentas claras en el sector. Las Leyes 1438 y 1450 de 2011 (Plan de Desarrollo), generan los instrumentos legales para sanear definitivamente esta deuda histórica. Para dimensionar el problema se expidió la Circular 047 que pretendía contar con información de las deudas y la disponibilidad de recursos para su pago. En cumplimiento de este acto administrativo, 255 municipios reportaron no tener deudas con las EPS o contar con los recursos para financiarla; 298 municipios informaron tener deuda y 48 municipios enviaron el formato con información de deudas pero este presentó inconsistencias que no permitieron su validación. En total, los municipios reportaron deudas por valor de \$206.062 millones, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Liquidación de contratos régimen subsidiado –Circular 047
 Situación con corte a febrero de 2012

A. Estado Reporte Municipios		B. Estado Contratos	
Estado	Nm.	Estado conciliación	\$
Sin Deuda o Con Recursos	255	Contratos Conciliados con EPS con giro a la red	\$ 65.844.824.000
Con Deuda	298	Contratos No Conciliados con EPS	\$ 140.187.280.280
Con Observaciones	48		
Sin Reporte	504		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Este ejercicio de recolección de información, del que se obtuvo respuesta de 504 municipios, permite concluir que aún existe una deuda histórica importante pero que las medidas adoptadas por el Gobierno han permitido avanzar en el saneamiento de la deuda que se registraba en vigencias anteriores, más no solucionarlo completamente. Para culminar el proceso de saneamiento de deudas, tenemos listo un proyecto de decreto que permitiría:

1. Usar recursos de saldos de liquidación de contratos en el pago de las deudas de contratos de régimen subsidiado independientemente de la vigencia para la cual estaban dispuestos (según autorización de la Ley 1162 de 2011)
2. Procedimiento para cuantificar el total de la deuda.
3. Utilización de recursos de regalías y propósito general del SGP, para pago de deudas que no tienen fuente de financiación.
4. Depuración contable de entidades territoriales y EPS como consecuencia del pago de los recursos.
5. Reglamentar el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011 que permite la disposición de los recursos disponibles en las cuentas maestras del régimen subsidiado en el pago de deudas por prestación de servicios no POS, previo el pago del total de las deudas del régimen subsidiado.
6. Todos los recursos producto de este proceso se girarán directamente a la red prestadora de servicios de salud con prioridad a la red pública.

Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).

Mediante la expedición del decreto 4690 de 2011, se establecieron los términos y condiciones para la administración del Fondo (artículo 50 de la ley 1438 de 2011), las funciones para su administración, se especifica la ordenación del gasto, se especificaron las reglas de juego para la asignación de los recursos. Con la expedición de la resolución 470 de 2011, se asignaron los recursos de la vigencia 2011 a 11 ESES que fueron intervenidas para administrar o liquidar, por un valor de \$48.000 millones. Dichas ESES están ubicadas en los departamentos de Chocó (3 ESES), Córdoba (1), Atlántico (2), Antioquia (1), Guaviare (1), Magdalena (2) y Guainía (1).

Saneamiento de Cartera

Teniendo en consideración que la mayor parte de la cartera de las empresas sociales del Estado está constituida por las deudas por prestación de servicios a los afiliados al régimen subsidiado (53%)³ y a la población a cargo de las entidades territoriales (población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el Plan de Beneficios del régimen subsidiado) (15%)⁴, las medidas de saneamiento de cartera se han dirigido con mayor énfasis a este tipo de deudores.

Con relación a la cartera con entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, tal como se describió en los avances en relación con lo dispuesto en los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, se implementó la medida de giro directo a las entidades promotoras de salud, inicialmente en los municipios de menos de 100.000 habitantes y a partir de enero de 2012 para la totalidad de los municipios. De manera simultánea se inició la medida de giro directo de los recursos de la Nación destinados al régimen subsidiado a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En desarrollo de la progresividad de esta medida, se priorizaron las Empresas Sociales del Estado, y posteriormente las instituciones de naturaleza jurídica privada o mixta. Es de destacar que del total de giros directos realizados a instituciones prestadoras de servicios de salud en el primer cuatrimestre de 2012, el 67% de los recursos girados estuvo destinado a entidades públicas.

Respecto al saneamiento de cartera por atenciones a la población a cargo de las entidades territoriales, desde el año 2010 se inició un proceso de saneamiento progresivo a través de la asignación de recursos a las entidades territoriales y giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud previo el desarrollo de acciones de verificación, auditoría y conciliación de cuentas entre deudores y acreedores. En este marco entre los años 2010 y 2011 se asignaron recursos por valor de \$1.173.875 millones con giro directo a las instituciones prestadores del 89% de los recursos asignados, tal como se presenta en la siguiente tabla.

**Recursos asignados y girados para saneamiento de cartera de entidades territoriales
Vigencias 2010 y 2011**

Departamento	Asignado	Girado	%
Amazonas	3.960.431.675	3.832.209.551	97%
Antioquia	121.035.072.821	112.281.402.593	93%
Arauca	10.674.509.590	9.166.064.590	86%

³ Sobre el total de la cartera reportada por las IPS públicas con corte al 31 de diciembre de 2011, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

⁴ *Ibidem*

Departamento	Asignado	Girado	%
Atlántico	24.697.633.345	20.684.637.280	84%
Barranquilla	16.667.502.528	16.380.523.177	98%
Bogotá	95.774.349.007	75.368.006.117	79%
Bolívar	42.798.263.748	35.204.689.333	82%
Boyacá	37.148.503.309	35.237.203.057	95%
Caldas	32.941.911.359	29.268.968.038	89%
Caquetá	23.865.256.000	18.413.154.545	77%
Cartagena	24.148.860.180	22.483.500.750	93%
Casanare	7.928.351.125	4.518.165.639	57%
Cauca	44.877.499.833	39.938.022.690	89%
Cesar	50.553.088.986	45.091.914.013	89%
Chocó	35.873.793.490	30.653.681.389	85%
Córdoba	36.575.098.997	33.512.946.997	92%
Cundinamarca	50.711.686.000	42.456.493.773	84%
Guainía	1.815.713.290	1.758.374.461	97%
Guaviare	6.167.349.562	5.808.632.412	94%
Huila	30.795.485.000	28.434.431.685	92%
La Guajira	28.225.451.854	25.474.381.114	90%
Magdalena	25.500.969.103	24.001.103.103	94%
Meta	24.725.749.562	20.251.152.263	82%
Nariño	44.141.282.998	42.375.458.518	96%
Norte de Santander	42.865.673.000	42.262.565.000	99%
Putumayo	15.165.752.300	12.634.226.304	83%
Quindío	19.487.452.479	18.422.286.281	95%
Risaralda	14.723.993.000	13.938.257.352	95%
San Andrés	371.748.019	371.748.019	100%
Santa Marta	15.893.833.773	12.301.623.772	77%
Santander	44.879.983.799	42.965.020.886	96%
Sucre	28.061.346.226	26.241.061.605	94%
Tolima	45.610.541.000	40.190.552.342	88%
Valle del Cauca	119.211.339.833	111.685.212.336	94%
Vaupés	2.933.062.698	2.689.039.932	92%
Vichada	3.067.401.732	2.884.668.951	94%
Total	1.173.875.941.220	1.049.181.379.868	89%

Fuente: Archivos seguimiento de recursos Dirección de Prestación y Atención Primaria
 - Ministerio de Salud y Protección Social

Para el año 2012, se realizará el giro de los recursos constituidos en reserva presupuestal pendientes así como la ejecución de los saldos de excedentes de recursos de cajas de compensación familiar, en cumplimiento de lo previsto en el Decreto 4877 de 2011, por un valor cercano a los \$140.000 millones. Estos recursos se girarán inmediatamente los beneficiarios de los mismos cumplan los requisitos para el giro.

Compensación

Con el fin de simplificar, estandarizar, ordenar, validar, y de otra parte facilitar la auditoría y seguimiento estricto al proceso de compensación, y en el marco de la implementación del Decreto 4023 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado y ejecutado las actividades conducentes para la entrada en operación del citado decreto, actividades que tienen componentes operativos, técnicos y administrativos de altísima complejidad por los ajustes que se deben realizar a los modelos de: a) pago de cotizaciones del régimen contributivo a través de la planilla integrada de aportes PILA, b) al proceso de giro y compensación del Régimen Contributivo, c) conciliación de recursos de cotizaciones, d) pago de prestaciones económicas y devolución de aportes.

El Ministerio lideró sesiones de trabajo con las EPS-EOC (Entidades Obligadas a Compensar), los operadores de información de la planilla integrada de aportes PILA, las entidades bancarias, el Banco de la República, el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA, que constituyen el grupo de actores principales sobre los cuales recaen la responsabilidad de ejecución de estas labores.

Con base en dicho trabajo con las entidades mencionadas, y de acuerdo con la especificidad de los temas, el Ministerio ha estructurado los actos administrativos e instrucciones con las especificaciones técnicas para los ajustes técnicos, operativos y de software, que cada uno de los actores debe cumplir y que se detallan a continuación:

Acto Administrativo o Instrucción	Descripción
Resolución 475 del 28.11.2011	Incluye los parámetros para la cotización del Sistema General de Participaciones SGP para pago a través de PILA que a hoy se realizaban de forma manual, en cumplimiento del artículo 5° del Decreto 4023 de 2011
Resolución 476 del 28.11.2011	Incluye los parámetros para la cotización beneficiarios de la Ley de Primer Empleo así como de otros casos exceptuados para pago a través de PILA que a hoy se realizaban de forma manual en cumplimiento del artículo 5° del Decreto 4023 de 2011
Resolución 608 del 21.03.2012	Por la cual se adoptan formularios e instructivos para el desarrollo del proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía- FOSYGA y el flujo de información derivado de este, en cumplimiento del artículo 21 del Decreto 4023 de 2011.
Resolución 610 del 21.03.2012	Incluye la validación de datos de los aportantes versus la información de la Base de Datos Única de Afiliados, para depuración de la información registrada en "PILA" que permita una mejor identificación de los recursos. Así mismo se establece las condiciones para la remisión de la información de aportes por parte de los operadores de PILA con destino al FOSYGA, en cumplimiento del 5, 10 y 17 del Decreto 4023 de 2011.
Nota Externa 1315 del 26.03.2012	Establece las directrices y especificaciones técnicas y operativas de las cuentas maestras de recaudo y pago, los artículos 5°, 6°, 8° y 27° del Decreto 4023 de 2012 que señalan las condiciones generales sobre las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud y de pagos a proveedores por parte de las EPS-EOC.
Nota Externa 1316 del 26.03.2012	Establece las condiciones para el procesamiento de información de conciliación de recursos cuentas maestras y del proceso de giro y compensación en virtud de lo establecido en el artículo 21 del Decreto 4023 de 2011 y el artículo 2° de la Resolución 609 de 2012.

En el contexto de los actos administrativos e instrucciones, el Ministerio ha establecido las especificaciones técnicas para los ajustes, modificación y desarrollo de los nuevos componentes, que el Administrador Fiduciario del FOSYGA debe realizar al Sistema de Información Integrado SII y la plataforma tecnológica, para la implementación de los procesos que serán a cargo del FOSYGA y sobre los que dependerá la ejecución del proceso de compensación, conciliación de recursos, base de datos de afiliación del Régimen Contributivo, administración de la información de los aportes realizados a través de PILA y la administración de la información bancaria de las cuentas maestras.

Posterior a la estructuración de los actos administrativos e instrucciones señalados anteriormente, el Ministerio convocó a los operadores de información, las EPS-EOC y las entidades bancarias, para hacer las aclaraciones respecto de los alcances que cada una de las entidades debe realizar y el establecimiento de las gestiones y responsabilidades que cada una de ellas tiene como parte del proceso de implementación y ejecución de lo reglamentado en el Decreto 4023 de 2011.

Con el fin de fortalecer el tema de la seguridad de la información, este Ministerio estableció el cumplimiento de los lineamientos técnicos a fin de garantizar la seguridad de los datos o información que se remitan o se reciban entre los Operadores de Información, entidades bancarias recaudadoras de recursos del SGSSS y el Ministerio – administrador fiduciario del FOSGYA, los cuales consisten

en: 1) Implementación de un esquema de protección criptográfica con cifrado fuerte de los datos, entre los Operadores de Información y el FOSYGA. Se entiende cifrado fuerte, de acuerdo con la definición dada en la circular 052 de 2007 de la Superintendencia Financiera, 2) Remisión y disposición de información en archivos firmados y certificados digitalmente, sobre un puerto seguro "SFTP", 3) La información se debe firmar digitalmente y cifrar empleando un certificado digital de firma de Persona Jurídica emitido por una Entidad de Certificación Digital Abierta aprobada por la Superintendencia de Industria y Comercio. Para el caso específico de la información que remitirán las entidades bancarias como operadores de información integrantes de "SOI" y la información financiera de las transacciones, el Administrador Fiduciario deberá licenciar el software que dichas entidades emplean para el cifrado y protección de los datos para replicar los mismos nivel y protocolos de protección de información y asegurar la confidencialidad de los mismos.

En conclusión para el administrador fiduciario, quien es responsable de la consolidación y administración de la información de cotizaciones, pago de aportes y de afiliación del Régimen Contributivo, la planeación y ejecución de las pruebas es vital para la determinación de los aspectos críticos que deben ser sujetos de control así como la evaluación de los resultados que permitan identificar la fiabilidad del software, el rendimiento del sistema y de su capacidad funcional.

El proyecto de Decreto aplica al Ministerio de Salud y Protección Social, a las EPS-EOC del Régimen Contributivo, los operadores de información de la Planilla integrada de aportes PILA, las entidades bancarias encargadas del recaudo de cotizaciones y administración de las cuentas maestras y el Administrador Fiduciario del FOSYGA.

Saneamiento de Aportes Patronales

Con el fin de establecer un procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales (artículo 85) de los funcionarios públicos y trabajadores oficiales del sector de salud financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones de las vigencias de 1994 a 2010 por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales, se ha preparado un borrador de norma a ser presentado durante el segundo semestre de este año. Éste incluye, además del procedimiento, la disposición de los recursos consignados en calidad de depósito provisional en el ISS y en el Fondo Nacional del Ahorro, los recursos del patrimonio autónomo del decreto 073 de 2010, y aquellos provenientes de la extinta Cajanal EPS, reconocimiento y pago de rendimientos, entre otros. Se recibieron comentarios por parte de la Dirección Jurídica del ministerio, y las Direcciones responsables están haciendo los ajustes para su posterior divulgación para comentarios.

Prueba del accidente del SOAT

Con objetivo de agilizar el flujo de los recursos de la subcuenta que por eventos de accidentes de tránsito, los prestadores de servicios de salud deben reclamar ante las compañías SOAT y el FOSYGA, el Ministerio ha implementado varias medidas.

Es así como, se expidió la circular 033 de 2011 mediante la cual aclara que el formato de que trata este artículo para la presentación del médico como prueba suficiente del accidente de tránsito, es el que se adoptó en el anexo técnico de la resolución 3374 de 2000, el cual debe ser diligenciado con la información adicional señalada en el parágrafo del artículo 2 de la resolución 1915 de 2008 y en la resolución 3251 de 2008. Se agregó igualmente que el documento se puede acompañar de la certificación expedida por la autoridad de tránsito, la fotocopia del croquis del accidente o la denuncia de la ocurrencia del evento.

De otra parte, con la expedición de la resolución 2978 de 2011 se adoptó el certificado de agotamiento de los primeros 500 salarios mínimos diarios legales vigentes (smdlv) para las reclamaciones correspondientes hasta 300 smdlv. También la norma obliga al Fosyga y a las compañías aseguradoras del SOAT a unificar los soportes válidos para la presentación de las reclamaciones de los accidentes de tránsito.

Sin embargo desde la expedición del Decreto 1283 de 1996 pasando por el Decreto 3990 de 2007 hasta el día de hoy, la atención en salud de las víctimas de accidentes de tránsito en donde el vehículo involucrado cuente con un SOAT vigente, son cubiertos por dos entidades con coberturas diferentes, a saber: las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT (con un tope de cobertura de 500 smdlv) y la Subcuenta ECAT del FOSYGA (con un tope de cobertura de 300 smdlv adicionales a los 500 smdlv), para un total de cobertura de 800 smdlv.

Tal división en la financiación y correspondiente reconocimiento de los servicios en salud a los prestadores por la atención a víctimas de accidentes de tránsito, conllevó a dificultades en la atención de las víctimas derivadas de los problemas operativos y administrativos que significan el tener que facturar a dos instancias diferentes dichos servicios. Adicionalmente la condición de atención integral en salud se veía afectada toda vez que por los procedimientos de control de recursos, no se podía facturar los servicios por los 300 smdlv si antes no se acreditaba el agotamiento de la cobertura inicial de los 500 smdlv.

Es así, como el Decreto Ley 019 de 2012, unificó la cobertura adicional que hoy en día está a cargo del FOSYGA y la cobertura de la póliza de seguros, señalando que la cobertura será definida por el Gobierno Nacional quien deberá tener en cuenta el monto de los recursos disponibles

Por su parte, el artículo 112 del Decreto Ley 0019 de 2012 (ley anti - trámites) modificó el artículo 1 del Decreto – Ley 663 de 1993 (estatuto orgánico del sistema financiero) indicando, entre otros aspectos, que compete al Gobierno Nacional determinar la cuantía de los gastos médico – quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones ocasionadas en un accidente de tránsito.

Con lo anterior el Gobierno Nacional, realiza un cambio estructural en el procedimiento de reclamaciones por accidentes de tránsito que beneficiará no solo a los prestadores de servicios de salud que atienden a las víctimas de dichos eventos, si no que permitirá a la misma víctima una

atención integral que no dependa de la entidad a la quien se debe direccionar el cobro de los servicios.

De igual forma el Decreto 019 de 2012 modificó el tema de la indemnización por muerte e indemnización por gastos funerarios, la cual hasta el día de hoy se reconocía de forma independiente por un monto de 600 smdlv y 150 smdlv respectivamente, unificándola a una única cobertura de 750 smdlv, que permitirá a los reclamantes naturales contar con un proceso más expedito en la reclamación y por ende mejoramiento en la oportunidad en el acceso a estos recursos.

En conclusión esas medidas tendrán un impacto positivo en la oportunidad del flujo de recursos desde las entidades pagadoras (compañías SOAT y el FOSYGA) hacia los prestadores de servicios de salud así como un mejoramiento en los indicadores de la cartera de dichos prestadores.

TALENTO HUMANO EN SALUD

Política de Talento Humano en Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social está liderando la construcción de una política de Talento Humano en Salud, con la participación de diversos actores de los Sistema Educativo, Salud y Trabajo. Esta propuesta, cuyos objetivos y estrategias han sido presentados y analizados en el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y en varios escenarios regionales, plantea una acción intersectorial coordinada que permita al país contar con el personal requerido para el logro de los objetivos en salud, mejorando paralelamente las condiciones de formación, ejercicio y desempeño de este importante recurso.

En cuanto a la formación de Talento Humano en Salud, se plantea la necesidad de contar con una oferta de formación que responda a las necesidades de salud de la población, en los aspectos cualitativos (pertinencia y calidad), cuantitativos (disponibilidad de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas) y de distribución por regiones y servicios, con estrategias que involucran acciones desde diversos sectores. La propuesta de política, recoge y articula los elementos que ya se habían establecido en la Ley 1438 de 2011 y que se exponen más adelante.

El documento con la propuesta de política se encuentra disponible para discusión y aportes en la página web del Ministerio de Salud.

Calidad y pertinencia de la formación.

El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, se ha enfocado en fortalecer la calidad y la pertinencia de la formación superior en salud, como mecanismo para garantizar la calidad en la atención en salud de la población colombiana y mejores condiciones de empleabilidad y desarrollo profesional de quienes trabajan en el Sistema de Salud.

A través de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Educación Nacional, definen los lineamientos para asegurar la calidad de la relación docencia servicio y de los escenarios de práctica donde se forma el Talento Humano en Salud.

Esta Comisión también define los conceptos técnicos para la apertura de nuevos programas de formación tanto en los niveles de educación superior (pregrado y posgrado), como de auxiliares, incluyendo los cupos para los escenarios de práctica formativa. Desde su creación, la Comisión ha evaluado numerosos programas de formación en educación superior correspondientes a programas de formación de auxiliares en salud y se han ajustes y planes de mejoramiento.

Desde este escenario de coordinación intersectorial, se han definido normas para fortalecer la relación entre la academia, los servicios de salud y la comunidad, promoviendo relaciones de largo plazo, fundadas en objetivos compartidos, la calidad y el respeto de los estudiantes, pacientes y docentes. Con ese propósito se destacan las siguientes iniciativas:

1. Ajuste del Modelo de Evaluación de la Relación Docencia Servicio y los escenarios de prácticas formativas: Documento técnico que busca: i) fortalecer la relación entre IPS y Universidades alrededor de objetivos comunes de largo plazo basados en la calidad; ii) fortalecer la autoevaluación y la autorregulación en los procesos de formación; iii) hacer más comprensible y expedito el proceso de evaluación.

El documento ha sido construido de manera participativa bajo el liderazgo de los Ministerios de Salud y de Educación. Se sometió a una prueba piloto en 8 IPS de diferentes regiones, naturaleza, complejidad; se compartió con la comunidad académica y del sector salud, en el marco del Foro Internacional sobre Educación Superior en Salud realizado en agosto de 2011; se envió para comentarios a más de 400 IPS y Universidades, de las cuales más de 40 enviaron observaciones y aportes. En este momento se están haciendo los últimos ajustes para su formalización y aplicación antes de finalizar este semestre.

2. Con la participación de la Academia Nacional de Medicina, las Facultades del Área de la Salud (Acofaen, Acfo, Ascofame, Ascofafi, entre otros), gremios y colegios profesionales, se ha venido construyendo un documento sobre las Competencias de las Profesiones del Área de la Salud. El mayor avance se ha logrado para la profesión médica, donde existe un

documento que en este momento está disponible para discusión nacional en la página web del Ministerio. Con este se busca tener un referente para que los proceso de formación y gestión del Talento Humano en Salud den respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de la población en el marco del Sistema de Salud.

3. Se está desarrollando el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud. Ya existe una propuesta de reglamentación colgada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Se busca tener una herramienta que permita: i) posibilidades de capacitación permanente, asequible para todos los profesionales; ii) enfoque en las prioridades de cada profesión y ocupación, para responder a las necesidades de la población; iii) reglas claras para la oferta de programa de formación continua y iv) transparencia en la financiación de la formación, que evite la injerencia indebida de la industria farmacéutica y otros proveedores del sector.

Se prevé que el desarrollo del Sistema de Formación Continua, permita avanzar en un esquema de certificación y recertificación, con la participación de las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales y Universidades, de tal forma que se garantice al país la disponibilidad de profesionales de la salud idóneos y permanentemente actualizados.

En este marco, se está impulsando la formación del talento humano en salud mediante mecanismos virtuales que permita el acceso en línea y a bajo costo, de quienes se encuentran ejerciendo sus profesiones y ocupaciones en todo el territorio nacional. Ya se encuentra en proceso de 'virtualización' el módulo de inducción para los profesionales de Servicios Social Obligatorio, que ha sido el resultado de la participación de las diferentes áreas del Ministerio con las Dirección Territorial de Salud, y se espera que esté operando en octubre del presente año.

Este también será un mecanismo de gran ayuda para la socialización de las guías de atención actualmente en desarrollo y de otras normas, protocolos y consensos de gran impacto en materia de resultados en salud. Con la Federación Médica Colombiana se desarrollará la capacitación virtual de la guía de atención integral de diabetes tipo I.

4. El 'Hospital Universitario', se está desarrollando como escenario de práctica por excelencia para la formación del Talento Humano en Salud, con énfasis en especialistas, que acredita estándares de calidad superiores tanto en la prestación de servicios de salud, como en los proceso de docencia e investigación. Tres IPS que están en proceso de acreditación como Hospital Universitario (Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Fundación Santa Fe y Fundación Cardiovascular) y varias están en proceso de autoevaluación para iniciar el proceso formal.

El nuevo modelo de Acreditación de IPS ya incorpora elementos para evaluación de los aspectos docentes y de investigación de estas instituciones, de tal forma que estos aspectos se incorporen de manera integral en su misión institucional.

Formación de especialistas

El Ministerio de Salud y Protección Social ha solicitado a las IPS públicas asumir un rol más proactivo y responsable frente a la formación del Talento Humano en Salud, particularmente de médicos especialistas, que requiere el Sistema y las propias IPS, haciendo énfasis en la necesidad de ampliar la oferta de cupos para residentes en especialidades prioritarias, bajo condiciones adecuadas de calidad.

De manera paralela se están generando incentivos para incrementar la oferta de formación en especialidades prioritarias para el país, con la asignación de recursos para la cofinanciación del pago a los residentes (Art. 101, Ley 1438 de 2011), para lo cual se están haciendo las gestiones institucionales para su inclusión dentro del presupuesto general de la Nación a través de un proyecto de inversión. Con esta importante iniciativa, el Ministerio definirá aquellas especialidades prioritarias para mejorar la posibilidad de acceso cuando sea requerido de acuerdo con las necesidades de la población colombiana, así como las instituciones prestadoras de servicios donde se requiere incentivar la apertura de plazas de residentes, de tal forma que se garantice mayor equidad regional en la disponibilidad de estos profesionales.

Actualmente, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Icetex, apoya la formación permanente de más de 3.100 especialistas través del programas de becas crédito⁵ que recibe anualmente cerca de 1.000 nuevos beneficiarios, con recursos del presupuesto nacional que en 2011 fueron a \$24.606.

NUEVAS BECAS ANUALES ASIGNADAS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 /1
PEDIATRIA	128	115	111	140	51	119	148	164	158	175
MEDICINA INTERNA	111	149	117	129	46	86	138	137	165	183
GINECOBSTERICIA	110	117	105	110	30	86	83	122	122	135
ANESTESIOLOGIA	73	74	79	84	30	61	102	102	99	110
CIRUGIA GENERAL	65	92	62	77	32	65	80	89	88	98
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	44	40	36	38	22	36	26	49	31	34
PSIQUIATRIA	33	32	34	36	7	26	32	36	32	36
OFTALMOLOGIA	27	36	30	39	6	20	18	19	28	31
RADIOLOGIA	31	30	34	28	7	22	27	40	42	47
DERMATOLOGIA	24	16	21	28	7	15	21	12	20	22
OTRAS ESPECIALIDADES	137	80	172	185	63	118	132	217	209	232
Total general	783	781	801	894	301	654	807	987	994	1.103
Variación		0%	3%	12%	-66%	117%	23%	22%	1%	11%
Total becas promedio (nuevas + renovadas)	2.335	1.944	2.715	2.681	2.637	2.372	2.629	2.972	3.091	3.200
Variación		-17%	40%	-1%	-2%	-10%	11%	13%	4%	4%

1/ Valores proyectados con base en disponibilidad de recursos

⁵ La beca crédito consiste en un estipendio mensual de dos salarios mínimos mensuales, que se entregan al residente desde el momento en que se acepta como beneficiario de la beca, hasta la finalización del programa.

El programa de becas crédito da prioridad a quienes cursan especialidades básicas prioritarias para el Sistema de Salud (Pediatria, Medicina Interna, Ginecología, Anestesiología, Cirugía) y los profesionales que cumplieron el Servicio Social Obligatorio en IPS públicas ubicadas en municipio pequeños de regiones apartadas del país. Previamente se había establecido la posibilidad de que el Servicio Social Obligatorio se cumpla después de culminada una especialidad, en IPS ubicadas en regiones que tienen dificultades para vincular y retener este tipo de profesionales, garantizando un tiempo menor de dicho servicio (seis meses).

Programa Becas Crédito Ley 100 de 1993
Evolución recursos asignados al programa
En \$ millones corrientes

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 /1
Minsalud	6.000	7.725	8.000	9.469	9.848	10.200	11.000	11.000	11.000	11.000
Icetex	6.000	7.725	8.000	9.469	9.872	10.240	10.573	10.573	13.606	16.000
TOTAL	12.000	15.450	16.000	18.938	19.720	20.440	21.573	21.573	24.606	27.000
Variación		29%	4%	18%	4%	4%	6%	0%	14%	10%

1/ La cifra del presupuesto asignado al Icetex para el 2012, está pendiente de confirmación.

Desde el proceso de ajuste y actualización de las normas de habilitación, se están modificando aquellos aspectos que restringían el ejercicio de las competencias de los profesionales y especialistas básicos, restándoles resolutivez e induciendo la demanda de servicios especializados en IPS de alta complejidad.

Se resalta el apoyo a iniciativas de algunas Sociedades Científicas, como la de Anestesiología, para adelantar un programa de desarrollo y fortalecimiento de competencias básicas en anestesiología para profesionales y especialistas no anesthesiólogos, con el ánimo de fortalecer la resolutivez de estos profesionales, principalmente cuando están en situaciones en que no es posible acceder a los especialistas o centros hospitalarios especializados. Se prevé trabajar con esta experiencia con otras especialidades como Pediatría y Ginecología, en principio.

El Ministerio ha apoyado las profesiones médica y odontológica para la actualización de sus respectivos Códigos de Ética. Estas actualizaciones están en un avanzado nivel de desarrollo y solo se espera la decisión de los representantes de cada profesión para formalizar su presentación al Congreso o presentación de la norma reglamentaria correspondiente.

MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Política Farmacéutica

El proceso de formulación de la Política Farmacéutica Nacional en Colombia (artículo 86 ley 1438 de 2011) viene siendo desarrollado en un proceso técnico desde abril de 2011 con procesos de consulta y divulgación amplios, siguiendo una rigurosa metodología para la identificación de los problemas/necesidades para el cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sistema de salud, a su vez los requerimientos de recursos para cumplir los objetivos de la Política Farmacéutica Nacional, incorporando recomendaciones de organismos internacionales y aquellas mejores prácticas de otras latitudes, pues se entiende que para fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social se requiere un fuerte conocimiento del entorno internacional (global y regional). Se realizó una extensa referenciación, que incluyó cerca de 58 países que representaran contrastes, experiencias exitosas, lecciones aprendidas, países de la región, países OCDE y documentos de organizaciones internacionales como Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, Unión Europea, Conferencia Internacional de Armonización - ICH, Organización Mundial del Comercio - OMC, entre otras. De igual manera se realizó una amplia revisión de fuentes secundarias para evaluar los antecedentes de esfuerzos en el tema. La Política Farmacéutica Nacional se diseñó con un enfoque participativo, en el que se consultaron, a través de más de 40 entrevistas semiestructuradas, a representantes de gremios, organizaciones, academia y expertos y se realizaron sesiones de consulta con más de 50 asistentes para la identificación de los elementos polémicos.

El documento borrador se ha socializado a nivel inter e intragubernamental y con interesados. A la fecha se han adelantado las siguientes consultas:

1. Entre noviembre de 2011 y febrero de 2012 presentaciones en foros académicos y gremiales de carácter nacional e internacional
2. En diciembre de 2011 con DANE, COLCIENCIAS y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
3. Entre enero y febrero de 2012 internamente con las Direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social, así como con el Instituto Nacional de Salud – INS e Instituto Nacional de Cancerología -INC.
4. Entre enero y febrero de 2012 con ACEMI, Sociedades Científicas, Academia Nacional de Medicina, AFIDRO, ASINFAR y algunos laboratorios farmacéuticos de manera individual (Pfizer, Merck, Novartis, Astra zeneca, Lafranco).

Se recibieron aportes internos del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Dirección Nacional de Planeación - DNP y del Instituto Nacional de Cancerología – INC, los cuales se terminaron de procesar para contar con una nueva versión del documento de Política, el cual se encuentra en revisión.

Superados los ajustes del documento, producto de estas consultas, se dispondrá la propuesta consulta pública en el transcurso con un período de recepción de comentarios, el cual no será menor a 20 días.

Los procesos de concertación tendrían se realizarán simultáneamente tanto con los Ministerios de Educación Nacional, Ambiente y Desarrollo Sostenible y la Presidencia de la República y con los diversos interesados hasta mediados de abril, para agendar PRECONPES en dichas fechas.

Se describen brevemente a continuación los elementos claves considerados en la elaboración e implementación de la Política Farmacéutica Nacional para Colombia.

1. El objetivo de la política por lo tanto se orienta a desarrollar las estrategias que posibiliten a la población colombiana el acceso equitativo, el uso racional y calidad de los medicamentos y servicios farmacéuticos, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento.

2. La Política Farmacéutica Nacional se desarrolla alrededor de tres enfoques orientadores de la política, que no se entienden como contrapuestos, ni jerárquicos sino complementarios.

- **Enfoque de la cadena del medicamento:** intervenciones desde la investigación y desarrollo y la creación de cadena de valor durante los procesos de fabricación, comercialización, dispensación, uso y disposición final de residuos. Incluye además estrategias a la promoción de la innovación y desarrollo industrial.
- **Enfoque de componentes:** acceso, uso racional y calidad y
- **Enfoque asociado a la formulación de política pública de salud basada en los derechos fundamentales.**

3. En el marco de la Política Farmacéutica Nacional el **uso racional es el eje rector** y se aborda desde tres dimensiones: la racionalidad clínico/terapéutica, la racionalidad social y la eficiencia económica:

- **La racionalidad clínico terapéutica** se refiere al uso del medicamento correcto por el paciente que lo requiere, en la indicación cuya evidencia soporte el mejor balance beneficio/riesgo en comparación con las alternativas existentes y con la información necesaria para un manejo correcto.
- **La racionalidad social** se refiere a que la política farmacéutica se oriente a los criterios de equidad en función de las necesidades de la población.
- **La eficiencia económica** se refiere a la búsqueda de mejores resultados en salud por cada peso invertido.

4. La Política Farmacéutica Nacional incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), articulada con el Plan Decenal de Salud Pública, en la búsqueda de mejores resultados

en salud como fin último de la Política; a través de programas que aporten eficiencia al sistema de salud, especialmente asociados al manejo de enfermedades no transmisibles.

5. El documento de Política Farmacéutica ha establecido que la transparencia y competencia son relevantes para el adecuado cumplimiento de las metas:
 - a. La transparencia entiende que la información para la toma de decisiones sobre medicamentos es un bien público y ha de ser de acceso amplio, con respeto del marco regulatorio. Esta transparencia será integral (calidad, uso, precios).
 - b. La promoción de la competencia permitirá tener mayor disponibilidad de medicamentos que cumpliendo con los mejores estándares puedan generar buenos resultados terapéuticos y menores precios.
6. La Política Farmacéutica Nacional incluye estrategias que posibiliten un marco de competencia en la oferta y en los precios en el sector farmacéutico a través de los elementos que propendan por que los intereses de quienes producen y comercializan los medicamentos faciliten cumplir los objetivos de salud pública. De la misma forma, la Política incluye estrategias que posibiliten al sector farmacéutico participar en el marco del cumplimiento de una función que contribuya a mejorar la salud de los colombianos.
7. La Política Farmacéutica Nacional incorpora de forma explícita los compromisos del país en los temas de propiedad intelectual con énfasis en la importancia de desarrollar plenamente todos los elementos que el sistema de propiedad intelectual establece para proteger la salud y mejorar el acceso a los medicamentos.

Una de las líneas estratégicas de la Política Farmacéutica Nacional consiste en avanzar hacia un sistema de vigilancia sanitaria basado en la gestión de riesgos, mediante el fortalecimiento institucional y liderazgo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM

Sobre la Comisión (artículo 87 de la ley 1438 de 2011) se ha enviado la propuesta de decreto a revisión de Presidencia de la República el cual se ajusta el nombre de la comisión y la composición de la secretaría técnica de la misma. De otra parte la CNPMDM expidió las Circulares 001 y 002 de 2011.

Reglamentación Productos Biotecnológicos y Biológicos

Se realizó un proyecto de Decreto para la reglamentación para la aprobación de productos biotecnológicos y biológicos, según el parágrafo del artículo 89 de la ley 1438 de 2011. Dicho borrador se dispuso en la página web para una primera fase de discusión pública, el cual fue previamente presentado a interesados. Esta versión entregada fue producto de un proceso previo de

discusión de varios años y, en particular, de consultas directas en las que participaron expertos e interesados. La propuesta de regulación de medicamentos de origen biológico contempla documentos internacionales de la OMS, la FDA y la Unión Europea y sugiere su revisión y adaptación al marco regulatorio nacional. Para eso es indispensable fortalecer al INVIMA, configurando una sala expertos de alto perfil, libre de conflictos de interés con un equipo técnico de apoyo para reducir al mínimo la discrecionalidad en la evaluación de las solicitudes de registro. Para el Ministerio es prioritario el desarrollo de un sistema de farmacovigilancia que garantice el seguimiento al uso y el desempeño de las terapias biológicas a través de un registro único de pacientes con la debida confidencialidad y seguridad.

En la consulta realizada entre el 24 de enero y la fecha se han recibido comunicaciones de parte de los actores del sistema de salud como las organizaciones de pacientes, ciudadanos y sociedad civil, industria farmacéutica, agrupaciones de profesionales, profesionales de la salud, academia y centros de investigación.

Con estos aportes se está trabajando para afinar la estructura y el contenido de la propuesta e iniciar una nueva ronda de discusión con una segunda versión que recoge muchas de las observaciones o sugerencias presentadas al Ministerio. Igualmente, se están revisando los asuntos que dependen del régimen transitorio (manual de evaluación, guías, registro de pacientes, etc.), todo acompañado de una estrategia de asistencia técnica internacional de entrenamiento de la que harán parte no solo los profesionales y el Ministerio sino los profesionales de salud, industria y otros interesados.

Negociación de medicamentos, insumos y dispositivos, y Codificación de Insumos y Dispositivos Médicos

La política de precios de medicamentos se reactivó a partir del decreto 4474 de 2010, incluso antes de incorporada a la Ley 1438 de 2011. Sobre la base de este decreto y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 a partir de su promulgación, el Gobierno Nacional sometió a control el valor de los medicamentos más intensamente recobrados al sistema: durante 2011 se fijaron valores máximos de recobro a 135 principios activos, correspondientes a aproximadamente 1400 medicamentos de mayor impacto sobre la sostenibilidad del sistema.

Los mecanismos necesarios para la negociación y/o referenciación de precios en materia de insumos y dispositivos requiere de ajustes normativos y técnicos para su implementación. El primero de ellos, tal como lo reconoce la misma Ley 1438 de 2011 (Artículo 91), es la codificación de dispositivos e insumos. Para esto, el Gobierno expidió la resolución 2981 de 2011, mediante la cual definió los objetivos y lineamientos técnicos que debe cumplir la codificación de dispositivos e insumos, en conjunto con los sectores interesados (ANDI, INVIMA y prestadores) y estableció un plazo de 6 meses a partir de enero del presente año para iniciar la implementación de la codificación misma.

FACTURACION ELECTRÓNICA

En relación con la reglamentación del mandato de la Ley 1438 sobre registros electrónicos, interoperabilidad y comunicación en tiempo real entre los prestadores, pagadores, y demás actores del Sistema, la adopción del mecanismo de factura electrónica en línea genera grandes beneficios a unos y otros, y en ello se viene trabajando en especial desde la nueva Oficina de TIC del Ministerio.

La factura electrónica en el sector salud obliga a un nivel de unificación de procesos, contenidos y estándares que mejora la relación del prestador con sus pagadores y facilita la verificación y auditoría y ahorra recursos que hoy las EAPB destinan a la digitación de datos que pueden recibir en forma electrónica. El sistema de validación, transferencia y trazabilidad que dispondrá el Ministerio para uso de todos los actores, hará más ágil y seguro el proceso de facturación, reconocimiento y pago, mejorando el flujo de los recursos.

La factura electrónica se genera de la combinación de los datos de la Historia clínica Electrónica Unificada y los procesos administrativos en cada IPS, constituyéndose ésta en la fuente primaria de los datos de la atención.

En los prestadores les permite controlar mejor que todas las atenciones efectivamente prestadas hayan sido incluidas en la factura y que el registro sea concordante con lo que se va a cobrar, mejorando de esta forma el tiempo de preparación física de la factura y el de presentación ante el pagador surtiendo un conjunto de pasos lentos y engorrosos, pues la transferencia, recepción y validación mediante un sistema vía internet elimina los tiempos de operación manual.

En los pagadores, se superará el proceso de validación de los datos, concentrando su esfuerzo en la verificación del cumplimiento de lo pactado en los contratos y en la auditoría de pertinencia médica, con la seguridad de que los datos ya cuentan con la calidad garantizada.

Para el Sistema, el mecanismo de factura electrónica le garantizará oportunidad, calidad y cobertura de los datos, para dar respuesta a los múltiples usos de esta información con la confiabilidad y representatividad que los procesos de rectoría y regulación requieren.

La factura electrónica incluye los datos clínicos de la atención, que hoy contiene el Registro Individual – RIPS, constituyéndose de ésta manera en la fuente única sobre las prestaciones de salud en las EAPB.

Los RIPS, por su parte, son fundamentales para el conocimiento de las atenciones que ejecutan los prestadores: hospitales, clínicas, profesionales independientes, laboratorios clínicos, etc. Con ellos puede caracterizar la población atendida por sexo, edad, municipio de residencia, área urbana o rural, responsable del pago, tipo de usuario: contributivo/subsidiado, cotizante/beneficiario y condición de desplazamiento, días y horas de mayor demanda, que le permita programar su oferta. Puede conocer el perfil de morbilidad, la mortalidad en urgencias, en hospitalización: proporción y

causas. Puede evaluar su desempeño: verificar el seguimiento a las guías de atención, identificar los reingresos (pacientes que consultan o se hospitalizan nuevamente por la misma causa dentro de un período de tiempo). Evaluar su eficiencia en términos de valor promedio de la atención por diagnóstico. Le permiten hacer seguimiento a la contratación, especialmente en los casos de capitación, pago fijo global prospectivo, o conjuntos integrales de atención.

El Ministerio viene trabajando en la preparación de las especificaciones funcionales y técnicas, el desarrollo de estándares informáticos, y la formulación de pruebas piloto. Los avances a la fecha son los siguientes:

Conformación de un Equipo humano que tiene como responsabilidad elaborar el marco general (funcional y de operación) del Sistema Integrado de registros electrónicos, el cual incluye:

- Especificaciones generales de la Historia Clínica Electrónica, como componente central y generador primario de los datos básicos para distintas funciones
- Especificaciones funcionales y tecnológicas de las soluciones informáticas de prestadores y pagadores (para facturación, revisión y auditoría de las cuentas médicas)
- Especificación de los datos clínicos básicos para la interoperabilidad de la Historia Clínica entre prestadores autorizados y reconocidos, y de los estándares semánticos, de comunicación, seguridad y arquitectura
- Definición de los datos básicos en la interacción entre prestadores en la modalidad de Telesalud, los protocolos de comunicación y los requerimientos tecnológicos según los niveles de especialización y consulta.
- Definición de las especificaciones funcionales para la facturación electrónica, y estandarización de las variables indispensables para hacer efectivo y eficiente el proceso.
- Desarrollo de una solución informática en plataforma WEB para la validación, transferencia y trazabilidad de la factura, que se dispondrá para uso de todos los prestadores y pagadores, y hará altamente eficiente este proceso en unos y otros, además de hacer más ágil y transparente el flujo de los recursos.
- Formulación de un Proyecto Piloto para evaluar la factibilidad operativa y técnica de las IPS en el proceso de generar las facturas electrónicas y de las entidades pagadoras para recibir y radicar en línea, auditar y responder de esta misma forma, y prueba de la solución informática.

Durante 2012 se está trabajando en el diseño, especificaciones y estándares, y en el desarrollo y prueba de la solución informática. Durante el primer semestre de 2013 se implementará la prueba piloto, y posteriormente en el segundo semestre se harán los ajustes al proceso y a la solución informática, la difusión y capacitación, para que en 2014 se pueda implementar la factura electrónica progresivamente en las IPS públicas y privadas.

SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

En la Ley 1438 de 2011, se ha estipulado la aplicación de principios de gestión de la calidad en las Administradoras de Riesgos Profesionales, y más específicamente, la necesidad de establecer indicadores de salud, así como indicadores administrativos para evaluar el desempeño de las aseguradoras de riesgos profesionales.

Es así como en el artículo 58, se establece que las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad, y en el cual se deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. En el artículo 107 se menciona, que en desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, orientado hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados, y que como mínimo debe contener la consolidación del componente de habilitación exigible a las Administradoras de Riesgos Profesionales, entre otros. Por su parte, en el artículo 108 se define que el Ministerio deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las Administradoras de Riesgos Profesionales, entre otros, “con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.”

A partir de este marco jurídico el Ministerio elaboró el documento técnico: “Sistema de Garantía de Calidad de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales”, se elaboraron los estándares mínimos, de las pautas indicativas de auditoría y de los manuales de acreditación para los cuatro actores del sistema: ARP, empleadores, Prestadores de servicios de salud ocupacional y Juntas de Calificación de Invalidez.

Con base en este marco técnico y jurídico se expidió el Decreto 2923 por el cual se adopta el Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Profesionales. El mencionado Sistema de Garantía de Calidad persigue los siguientes objetivos:

- Mejorar la rectoría del Sistema General de Riesgos Profesionales por parte del Estado.
- Apoyar la inspección y vigilancia del cumplimiento de las normas de salud ocupacional y riesgos profesionales.
- Orientar a la mejora de resultados de la atención en salud ocupacional, centrados en el trabajador, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

- Promover una cultura de mejoramiento continuo y de evaluación en términos de resultados de la atención en salud ocupacional y riesgos profesionales.
- Generar información que permita orientar a los trabajadores y empleadores en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los integrantes del Sistema General de Riesgos Profesionales de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos.

Los resultados que se persiguen con la implementación del Sistema de Garantía de Calidad son contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y salud y por esta vía disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, además de incrementar la productividad y competitividad de las empresas, haciendo efectivo de esta manera el derecho a un trabajo saludable. Igualmente permitirá el mejoramiento gradual de la calidad de la atención en salud ocupacional y riesgos profesionales a partir del cumplimiento de estándares mínimos, y con base en la auditoría llegar al cumplimiento de estándares de excelencia exigidos en el componente de acreditación. Finalmente con su implementación, generará información que permite orientar a los trabajadores y empleadores en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los integrantes del Sistema General de Riesgos Profesionales de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos.

SALUD PÚBLICA

Plan Decenal de Salud Pública

El Ministerio de Salud y Protección Social como responsable del proceso de formulación participativa del Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo con el mandato definido por las leyes 152 de 1994 y la ley 1438 de 2011, inició el desarrollo, desde el mes de Abril de 2011, de documentos de trabajo que llevaron a establecer a mediados del año, el lineamiento y metodología que permitieran y garantizarán una amplia participación social en la construcción del Plan Decenal de Salud Pública, un sólido desarrollo técnico, un reconocimiento e incorporación a los diferenciales de sujetos, colectivos y territorios, y una dinámica que, no solo produzca el Plan Decenal, sino que también permita la consolidación y posicionamiento de la salud pública como un asunto de todos.

Dada la exigencia de una construcción participativa del Plan, se definió un trabajo territorial de amplio alcance, a través de una organización regional del país que permitiera contar con insumos locales para fortalecer la visión y las líneas de actuación del Plan Decenal sustentadas en las diferencias y brechas existentes en el país, el reconocimiento local y regional de la situación actual y de una prospectiva de actuación construida desde las particularidades y diferenciales señalados, llegando a definir los compromisos e imperativos públicos de la salud.

Es así que se durante el tercer trimestre del 2011 se elaboraron los estudios previos, el pliego de condiciones y los documentos requeridos para adelantar un Concurso de Meritos Abierto cuyo objeto se definió como el de *“prestar asesoría y asistencia técnica al Ministerio de Salud y Protección Social en el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional generando insumos para la formulación y adopción del Plan Decenal 2012 – 2021”* mediante una estrategia de amplia participación social dirigida y orientada por el Ministerio y ejecutada por instituciones de reconocida trayectoria.

El proceso de selección de dichos gestores externos, se inició en el mes de Octubre de 2011 mediante la publicación del Proyecto de Pliego de Condiciones, el aviso de convocatoria pública y los Estudios Previos, con los lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial, doce anexos técnicos y cronograma de ejecución del contrato. Habiéndose surtido el proceso, en los términos definidos por la ley, en el mes de Diciembre de 2012 la situación real fue la no presentación de proponentes para el Concurso. En este contexto, el Ministerio decide establecer un convenio de cooperación con una Unión Temporal constituida por cuatro Universidades de amplia y reconocida trayectoria nacional (Universidad del Valle, Universidad Nacional, Universidad de Antioquia y Universidad Industrial de Santander) para desarrollar el proceso de participación social para la recolección de insumos para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Convenio que se perfecciona en el mes de Marzo de 2012 y que el cual se encuentra en la primera fase de ejecución

El Ministerio de Salud y Protección Social ha estructurado las actividades necesarias para desarrollar el documento técnico que orientará la actuación en salud pública en los próximos diez años y la reglamentación normativa para su ejecución, seguimiento, evaluación y permanente retroalimentación y ajuste, según los logros obtenidos.

Para su desarrollo se han definido los mecanismos e instrumentos que garanticen un proceso de amplia participación social e institucional, que ubique la Salud Pública en la agenda pública como un asunto de todos. Se ha diseñado este proceso con una gran fortaleza técnica, que permita la identificación de las brechas existentes en el país, a nivel territorial, la identificación de grupos vulnerables de la población y el reconocimiento de los diferenciales de sujetos y colectivos.

El proceso de formulación total se ha diseñado en cinco fases 1) fase de conceptualización técnica basada en evidencias que incluyo la reformulación de la metodología para análisis de la situación de salud en el país - ASIS, 2) fase Análisis de la situación de salud de salud – ASIS general- por grupos temáticos (enfermedades no trasmisibles, enfermedades trasmisibles, salud ambiental, salud nutricional), 3) Consulta territorial y poblacional para el Análisis de la Situación de Salud con enfoque diferencial (que incluye todos los actores del sistema, población general, niños y pueblos indígenas, afrocolombianos y rom) 4) fase de consolidación Nacional, formulación del prioridades y metas nacionales y lanzamiento 5) fase de despliegue y acompañamiento territorial para la formulación local.

En las primeras fases de conceptualización y análisis de la situación de salud a nivel nacional se identificaron las Prioridades macro a nivel país y dentro de ella los “No negociables” como norte general del Plan Decenal. Partiendo de este marco nacional, se busca que el proceso de formulación sea de abajo hacia arriba y permita una comprensión de la situación de salud del país, la identificación de las potencialidades de desarrollo locales, departamentales y regionales, las alianzas estratégicas necesarias y apalancar los resultados esperados en salud pública para los próximos diez años; siendo de particular relevancia la activa y efectiva convocatoria de las Entidades Territoriales en cada una de las actividades definidas en el proceso de formulación del mismo, por lo cual una condición para la formulación del Plan Decenal es la participación efectiva de los diferentes actores sociales relacionados con la gestión de la Salud pública a nivel territorial.

Como parte de este proceso en su fase 3, en la que nos encontramos, se ha realizado un convenio con una Unión Temporal de universidades públicas de reconocida trayectoria en el país como las mencionadas anteriormente, que de acuerdo con los lineamientos técnicos y metodológicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social ejecutarán el proceso de consulta y recolección de Insumos en los territorios para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública a nivel zonal, departamental y regional.

Las entidades territoriales recibirán gradualmente los lineamientos técnicos y metodológicos correspondientes a cada momento, incorporando en los mismos, los avances obtenidos en cada fase de formulación además de un acompañamiento permanente, mediante diferentes canales de comunicación, y así mismo contarán con una herramienta pedagógica en multimedia sobre la construcción local del Plan.

Solo una comprometida participación territorial garantizará que el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 sea un instrumento transformador de las condiciones de salud y calidad de vida de la población colombiana.

Con el fin de dar inicio a los procesos territoriales y garantizar claridad en los mismos, en la reunión de Secretarios departamentales y distritales de salud del 12 de abril pasado, se entregó una Guía orientadora y detallada del proceso que se realizará en el país para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, así como el cronograma y plan de trabajo, el cual indica que el documento nacional con el análisis de la situación de salud con enfoque diferencial por regiones y poblaciones estará disponible en diciembre de 2012.

Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado distintas intervenciones que tienen como objetivo mejorar el uso de los recursos destinados a la promoción y prevención. En este sentido, alianzas con diversas iniciativas privadas han permitido aumentar la cobertura en la promoción de

hábitos y estilos de vida saludable, dentro de los lineamientos de plasmar estrategias que permitan responder a los compromisos internacionales y a la realidad nacional del significado que hoy tienen las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sobre la salud pública. Estas alianzas han generado importantes avances en la promoción de los factores protectores de la actividad física, la alimentación saludable y la promoción de espacios libres de humo y tienen además el propósito de impulsar la intersectorialidad, como estrategia más afectiva para enfrentar el reto de estas enfermedades y el envejecimiento poblacional.

Por otra parte la significativa carga de la enfermedad cardiovascular entre las enfermedades crónicas no transmisibles, ha llevado a impulsar la adaptación al país, del Plan Regional de la Organización Panamericana de la Salud para las enfermedades cardiovasculares (ECV), que a su vez impacta de manera muy significativa en todas las demás enfermedades crónicas no transmisibles dado que el 80% de las ECV, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes tipo II y más de un tercio de los cánceres, pueden prevenirse eliminando los factores de riesgo comunes, principalmente el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el abuso del alcohol. La estrategia consta de tres objetivos:

- Mapear la epidemia emergente de las ECNT y analizar sus determinantes sociales, políticos y económicos en relación, particularmente, con las poblaciones más vulnerables.
- Reducir la exposición de los individuos a los factores de riesgo asociados con las ECNT y a sus determinantes.
- Fortalecer la atención en salud que presentan ECNT con el desarrollo de normas y guías para implementar intervenciones costo-efectivas, priorizando las ECV, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes

De otra parte, en uno de los incisos del artículo 11 de la ley 1438 de 2011 (Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención) se señala la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares. Al respecto se han adelantado las siguientes acciones:

- 1 Diseño de un programa de alimentación escolar con el ICBF, Ministerio de Educación Nacional, Coldeportes y la FAO, para dar lineamientos para el montaje de tiendas escolares con alimentación saludable y también a los proveedores de alimentos.
- 2 Revisión de la Ruta de atención integral a la primera infancia e inclusión de acciones de promoción de estilos de vida saludable para ser entregadas en forma de servicios desde el sector salud.
- 3 Diseño y puesta en marcha de la estrategia promocional de estilos de vida saludables, donde se hizo un trabajo con 250 escuelas urbanas y rurales.

- 4 Desarrollo de proyectos pedagógicos transversales que promueven los estilos de vida saludables en el entorno escolar en la “Escuela de puertas abiertas”, dirigida a población escolarizada y no escolarizada en zonas de alta vulnerabilidad por conflicto y población desplazada. Los resultados y lecciones aprendidas de estas experiencias están en proceso de análisis, para su integración en la Estrategia Escuelas Saludables.
- 5 Construcción del documento preliminar orientador en primera infancia que sirve como base de los lineamientos técnicos de Estilos vida saludable para este grupo poblacional.
- 6 Construcción de estándares de calidad en alimentación saludable y actividad física definidos y propuestos a la Mesa de primera infancia

En cuanto a la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre” mencionada anteriormente, se debe mencionar que es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición.

Los avances de la Estrategia a la fecha incluyen: i) la construcción de una Ruta de Atención Integral que contiene las atenciones que deben recibir los niños desde la gestación hasta los 6 años para garantizar el desarrollo integral de acuerdo con su edad. Específicamente, el Ministerio de Salud y Protección Social está diseñando la estrategia de los Mil Primeros Días de vida de los niños y las niñas incluida su gestación. Esta estrategia se desprende la Ruta de Atención Integral y garantiza el seguimiento longitudinal de los niños y niñas durante este periodo del ciclo de vida. Se enfoca en las atenciones específicas que por norma tiene el sector salud para la atención adecuada del periodo gestacional, el parto, las primeras semanas de vida, la lactancia materna, crecimiento y desarrollo, vacunación y las derivaciones especiales en caso de diagnósticos que así lo requieran. Estas deben ser prestadas con calidad y oportunidad en todos los casos. ii) Esta ruta se soporta en el enfoque de derechos y parte de unas realizaciones que deben suceder a lo largo de los primeros cinco años de vida de todos los niños y las niñas del país. iii) Para asegurar la calidad de las atenciones establecidas en la Ruta, la Estrategia cuenta con unos Estándares de Calidad construidos para cada uno de los escenarios en los que transcurre la vida de los niños y las niñas: el hogar, los servicios de salud, los Centros de Desarrollo Infantil Temprano (CDIT) y el espacio público. Actualmente se tienen finalizados los Estándares, trabajados por este Ministerio, de los servicios de salud y de los CDIT.

Salud Mental

El Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra trabajando en la implementación del *Componente de Salud Mental desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)*, cuyo propósito consiste en fortalecer los procesos de atención integral en salud mental para disminuir el

riesgo en la población de sufrir problemas y trastornos en esta área. Este modelo propende por la ampliación de la capacidad resolutive institucional desde los procesos de baja complejidad e integra a la comunidad como copartícipe y autogestora del mejoramiento de su propia salud mental.

Con el propósito de operativizar dicho modelo, facilitando su implementación a nivel nacional y territorial, el país cuenta con el Plan Operativo Nacional de Salud Mental 2011 y 2014, el cual se estructura en cuatro ejes programáticos con sus correspondientes objetivos a saber:

1. **Gestión institucional y territorial:** instituciones y entidades territoriales con capacidad de respuesta para promover la salud mental, prevenir y mitigar los riesgos asociados a las alteraciones de la misma en la población de su territorio y / o área de influencia
2. **Desarrollo social y comunitario:** entidades territoriales con procesos de concertación y coordinación intersectorial, interinstitucional, social y comunitaria, claramente definidos y articulados para la implementación y del componente de salud mental en APS, mediante la estrategia de trabajo en red
3. **Desarrollo de sistemas de información y mecanismos de difusión de la estrategia:** contar con datos, información y conocimiento suficiente, actualizado y pertinente para facilitar la toma de decisiones y la implementación del plan nacional de salud mental en los territorios
4. **Investigación y gestión del conocimiento en salud mental desde la APS:** contar con mecanismos para la recolección de información oportuna y suficiente para alimentar los procesos de gestión e investigación del plan nacional de salud mental

En este contexto, y con el propósito de fortalecer la atención en salud mental en el marco del SGSSS, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha venido diseñando una serie de **procesos y procedimientos** para orientar la atención apropiada de los problemas y trastornos en salud mental, en unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, hospitales psiquiátricos, hospitales días y Centros de Atención a la Drogadicción - CAD.

De igual manera, este Ministerio actualmente se encuentra validando las **guías de atención integral desde la APS**, para los problemas y trastornos en salud mental más comunes en el país de acuerdo al último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003: Abuso de alcohol, Hiperactividad con déficit de atención, Trastornos del aprendizaje, Ansiedad y Depresión.

Tanto los manuales de procesos y procedimientos como las guías de atención integral, actualmente están siendo sometidos a consulta pública por asociaciones, usuarios finales y demás actores del SGSSS

Desde el año 2009 este Ministerio ha venido trabajando junto con la Universidad Ciencias de Estudios en Salud - CES, en la estructuración y puesta en marcha del **Observatorio Nacional de**

Salud Mental, con el propósito de mantener la información oportuna, confiable, válida y adecuada, para la formulación de planes y políticas; así como para el mejoramiento de la capacidad para organizar y evaluar la situación de salud mental y de los servicios y programas para el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales, la promoción de la salud mental. Este Observatorio también propende por el desarrollo y actualización técnico científica de los profesionales dedicados a la atención primaria en salud mental y sirve de órgano de comunicación entre los diferentes niveles de atención de la salud mental.

Teniendo en cuenta que la implementación del componente de salud mental en APS, requiere tanto del fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud- IPS, principalmente en los procesos de baja complejidad, como de procesos comunitarios que promuevan la participación activa de las comunidades en el mejoramiento de sus propias condiciones de salud mental, durante el 2011 este Ministerio desarrolló dos procesos de formación, a través de los cuales se alcanzó una cobertura de más de 500 profesionales de la salud, las ciencias sociales y líderes comunitarios de todo el país, mediante el desarrollo de los siguientes diplomados,

- a) Diplomado sobre Atención en el Componente de Salud Mental en APS, dirigido a médicos generales de diferentes entidades territoriales, brindándoles las herramientas para identificar y atender los problemas y trastornos de salud mental desde la baja complejidad y garantizar la sostenibilidad del proceso de atención.
- b) Diplomado sobre Procesos Comunitarios de Salud Mental en APS, dirigido a profesionales que lideran programas de salud mental en las diferentes entidades territoriales, profesionales de los equipos de salud del primer nivel de atención, distintos a médicos generales y a líderes de organizaciones sociales y comunitarias, brindándoles las herramientas necesarias para la implementación y multiplicación de estos procesos en sus comunidades.

Por otro lado, y con el propósito de establecer la capacidad del SGSSS para manejar los eventos en salud mental de los colombianos, el Ministerio lideró durante el 2011 la realización del Estudio Censal de Calidad de Servicios de Salud Mental, mediante la aplicación del instrumento internacional WHO-AIMS, cuya sistematización y análisis de resultados permitirá contar con información para tomar decisiones y una línea de base para evaluar resultados futuros, haciendo posible la comparación con otros países por parte de la OPS/OMS.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

La dirección, organización, coordinación, articulación y administración de las Redes Integrales de Servicios de Salud son responsabilidad del Estado, ya sea desde el Ministerio de Salud, Departamentos, Distritos y Municipios. Las redes deben permitir la articulación de los prestadores de servicios de salud, el uso adecuado de la oferta en salud, la racionalización del costo de las

atenciones y la optimización de la infraestructura en el marco de la estrategia de la Atención Primaria Salud. Por lo que es una función indelegables del Estado desde la creación del Sistema y ratificada por todas las normas vigentes.

La red de servicios se continuará organizando por grados de complejidad, con fortalecimiento del primer nivel para que aumente la resolutiveidad de la atención, de tal forma que se dé respuesta a las necesidades de la población buscando un acceso efectivo mejorando el acceso geográfico a la población.

Con relación a la estrategia de Atención Primaria en Salud, la Ley 1438 de 2011 señala en el artículo segundo que: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.” (Subrayado fuera de texto).

La Ley señala que la Atención Primaria en Salud es el marco que articula los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, la salud pública, el aseguramiento y de la prestación de servicios de salud. Concomitantemente, la estrategia articula el actuar del sector con los otros sectores para afectar los determinantes en salud, con una participación activa y efectiva de los ciudadanos y las comunidades en los territorios.

En este marco, las Entidades Promotoras de Salud son uno de los actores del Sistema de la estrategia de la Atención Primaria que tiene además de la responsabilidad de gestionar el riesgo en salud y financiero, la articulación con los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Por tanto no se hará concesión de la estrategia de Atención Primaria a las Entidades Promotoras de Salud, seguirán cumpliendo las funciones que las normas le han señalado y en el marco de la estrategia se articularán con las entidades territoriales para garantizar y ofrecer el acceso efectivo a los servicios de salud y servicios que afecten los determinantes de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes que conformen las entidades territoriales.

El Ministerio ha avanzado en la revisión y discusión conceptual de los aspectos que hacen parte del Borrador de proyecto de Decreto en relación con la conformación de redes integradas de servicios de salud, y equipos básicos en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. En las

discusiones preliminares se ha contado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la realización de varios talleres con expertos en la materia. Su conformación implicaría que se desarrolle en varios momentos que incluyen un análisis de redes integradas de servicios de salud, su organización, la habilitación de las mismas y su articulación.

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control

El Gobierno Nacional es consciente de la percepción que los ciudadanos y diferentes actores del sistema tienen sobre la debilidad en inspección, vigilancia y control (IVC) en las entidades que hacen parte de él, por ello ha decidido revisar y adecuar el diseño institucional para fortalecer el Sistema de IVC del sector, buscando que, en cumplimiento de sus funciones y competencias, pueda darse respuesta de una manera más coordinada, oportuna y efectiva frente a la garantía de los derechos, la mejor prestación de los servicios y la vigilancia fitosanitaria y de salud pública del país, con una perspectiva preventiva y de anticipación basada principalmente en la identificación y gestión del riesgo y el análisis de los determinantes de la salud que condicionan la existencia de dichos riesgos.

Lideramos las entidades del sector (Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) en un proceso en el que hasta el momento se ha revisado la correspondencia entre la normatividad vigente y los objetivos de IVC; una discusión sobre la efectividad y oportunidad de las actuales capacidades institucionales; los riesgos asociados a la labor, las funciones y facultades de cada una de las entidades; y posibles temas en los que se requiere IVC pero en los que no se tiene injerencia con las actuales competencias.

Este proceso requiere, en paralelo, el fortalecimiento de los sistemas de información del sector y de la respuesta responsable que los actores del sistema tienen frente a éstos, para lograr confiabilidad en el análisis de IVC y la legitimidad en las actuaciones de las entidades del sistema de salud.

Desconcentración

De acuerdo con lo señalado en el artículo 118 de la ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) se desconcentrará y podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital, con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control (IVC).

En convenio con el Ministerio de Salud, FONADE y la Superintendencia Nacional de Salud se adelantó una consultoría para el Diseño del Modelo IVC a la luz de las nuevas competencias de la Ley 1438 de 2011, en el marco de una superintendencia desconcentrada. La SNS cuenta con el

informe o propuesta final de desconcentración realizada y adicionalmente, la SNS está realizando el estudio técnico para la reestructuración y desconcentración de la entidad.

Recursos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control

Durante 2011 se trabajó en el borrador de un decreto que tiene por objeto reglamentar la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados al Régimen Subsidiado (artículo 119 de la ley 1438 de 2011). Dicho borrador fue ampliamente discutido, no solo al interior del Ministerio sino con los distintos actores del sistema, quienes aportaron en su construcción.

En el decreto se reglamentan las condiciones para la contratación por parte de las entidades territoriales, de las empresas auditoras acreditadas de la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente se establecen mecanismos para fortalecer la administración del régimen subsidiado en las entidades territoriales. Dichos mecanismos incluyen la suscripción de planes de mejoramiento con las Entidades Promotoras de Salud, ejercer la facultad sancionatoria en los departamentos y distritos acreditados que hayan sido delegados por la Superintendencia Nacional de Salud para tales fines, y la posibilidad de solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud la suspensión de los giros a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

El decreto se encuentra para ajustes con los comentarios realizados en la Oficina Jurídica de la Presidencia de la República. Vale la pena agregar que para el desarrollo y operación de este decreto, se elaboró un borrador de resolución donde se determinan los contenidos y alcance de la auditoría en el régimen subsidiado, y las condiciones de acreditación para las empresas auditoras.

Multas

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 120 de la ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud ha apropiado los recursos por multas en el presupuesto de la entidad para la vigencia de 2012 (Presupuesto General de la Nación).

DEFENSOR DEL USUARIO DE LA SALUD

Actualmente, el Gobierno Nacional se encuentra reglamentando la figura del Defensor del Usuario en Salud – DUS, en el cual se está definiendo, entre otras, el perfil, el proceso de elección, la clase de vinculación y el número de defensores.

De igual forma, debe destacarse que se pondrá en marcha un sistema de quejas y reclamos, que tendrá en cuenta los protocolos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, con lo cual se busca garantizar que haya una mejor respuesta a los requerimientos de los usuarios.

Así mismo, dentro del presupuesto de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentran apropiados recursos para el año 2012, para la puesta en marcha de esta figura.

En varias oportunidades este Ministerio se ha reunido con los representantes de Asociación de Pacientes Colombia, con el fin de escuchar sus propuestas sobre el tema, al igual que contar los avances de la reglamentación.

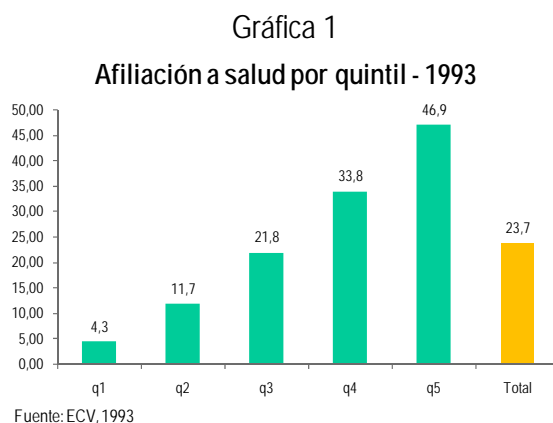
Lo anterior, forma parte del análisis que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud se encuentran realizando, para lograr que la mencionada figura sea un verdadero vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Proposición 21

1. Se me informe cuáles han sido los adelantos y resultados de la Evaluación Integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Esta respuesta está dividida en dos secciones. En la primera sección se presentan algunos de los principales indicadores que permiten evaluar el desempeño del SGSSS. En la segunda sección se describen los avances del Ministerio en el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación para contar con información más oportuna y precisa que dé respuestas a las exigencias en términos de evaluaciones y reporte de indicadores del desempeño del SGSSS.

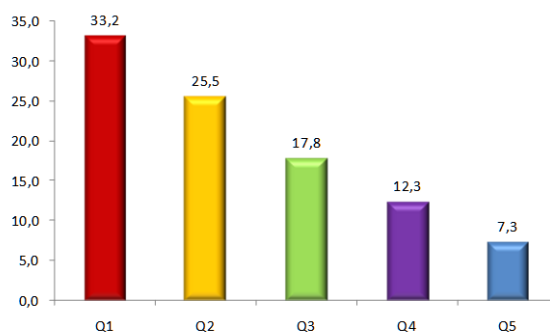
Para 1993 la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24% de la población y era inequitativa. Mientras que la población del 20% más rico tenía una cobertura del 47%, en el 20% de la población más pobre estaba cubierta el 4,3% (Encuesta de Calidad de Vida, cálculos MSPS) Ver gráfica 1.



La inequidad también se reflejaba en el acceso y el gasto en el que debían incurrir las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992 el 33,2% de la población más pobre (quintil 1) no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos (quintil 5) (Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS) Ver gráfica 2. Para ese mismo año, los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año. Mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5%. Los gastos en hospitalización representaban un 64% para los más pobres y 17% para los más ricos (ENH, cálculos MSPS) Ver gráfica 3 y 4.

Gráfica 2

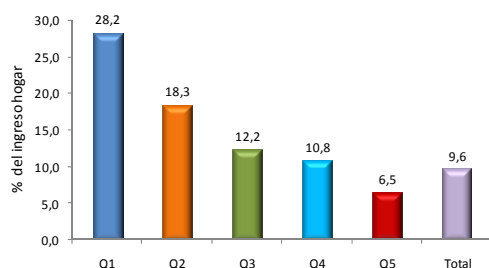
Ausencia de atención médica en caso de enfermedad - 1992



Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS

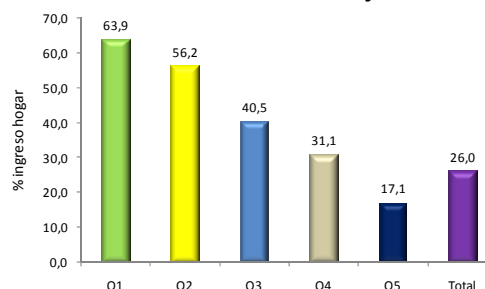
Gráficas 3 y 4

Gastos en consultas, medicamentos y laboratorios



Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS

Gastos en consultas, medicamentos y laboratorios

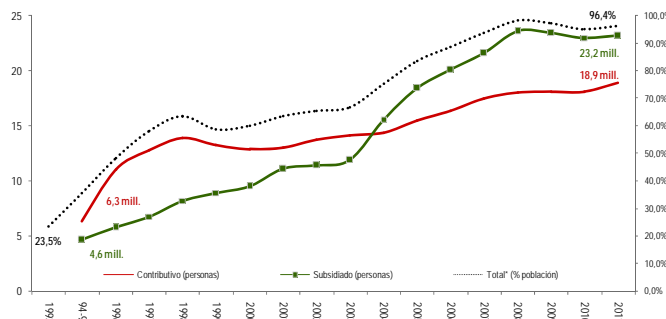


Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS

Los esfuerzos realizados en los últimos años lograron que el país diera un avance al pasar del 24% de cobertura en 1993 a una cobertura muy cercana a la universalización. El aumento en la cobertura solucionó la enorme desigualdad inicial, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. La afiliación en salud en el 20% más pobre de la población pasó de 4,3% en 1993 a

87,9% en 2010 y la afiliación en las zonas rurales pasó de 6,6% en 1993 a 88,5% en 2010 (ECV, cálculos MSPS).

Gráfica 5
 Cobertura en salud

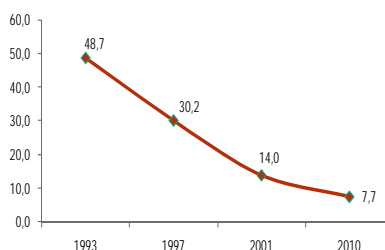


Fuente: MSPS, las coberturas totales incluyen los regímenes exceptuados

La cobertura del aseguramiento tiene como uno de sus efectos la protección financiera de la población. Esto significa que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos para hacer uso de los servicios de salud. En Colombia el gasto de bolsillo pasó de representar el 49% del gasto total en salud en 1993 a tan solo un 7,7% en 2010 (ECV y Barón (2007), cálculos MSPS) Ver gráfica 6.

Gráfica 6

Gasto de bolsillo en salud



Fuente: ECVy Barón (2007), cálculos MSPS

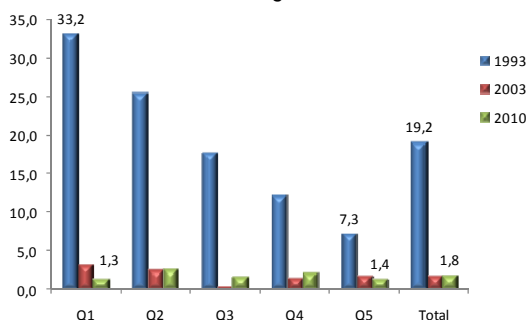
El acceso y la calidad de los servicios y la equidad en los beneficios también son elementos que deben tenerse en cuenta en la evaluación del SGSSS.

Con respecto al acceso, la no atención en caso de enfermedad pasó de ser un 19,2% en 1993 a 1,8% en 2010. En la población más pobre la caída fue de 33,2% a 1,3% en el mismo periodo (ECV, cálculos MSPS) Ver gráfica 7. Entrando a algunos servicios específicos, se observa por ejemplo que la consulta por prevención creció en total un 83% entre 1997 y 2010 y este crecimiento se explica

especialmente por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población (ENDS, cálculos MSPS) Ver gráfica 8.

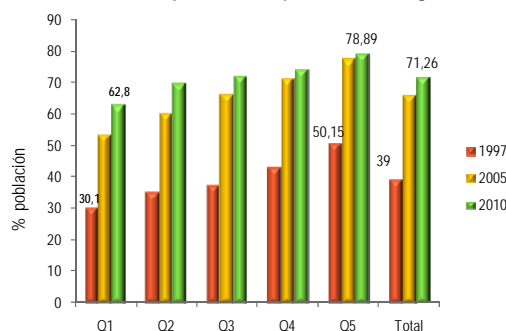
Gráficas 7 y 8

Porcentaje de no atención en caso de enfermedad por nivel de ingreso



Fuente: ECV, cálculos MPS

Consulta de prevención por nivel de ingreso

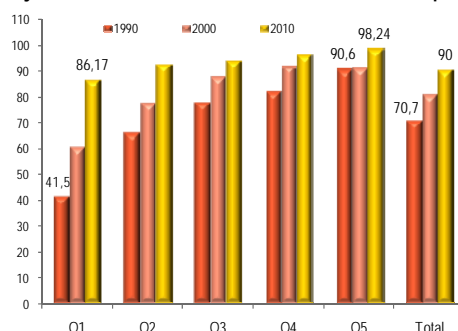


Fuente: ECV, cálculos MPS

También hay un mayor uso de los servicios relacionados con salud reproductiva (aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo, el parto y la vida de los niños). El porcentaje de mujeres con un número de controles adecuado (al menos cuatro) pasó de un 70% en 1990 a 90% en 2010. Esta proporción pasó de 41,5% a 86,2% para la población más pobre en el mismo período. El mayor acceso a controles prenatales adecuados ha sido claramente progresivo (ENDS, cálculos MSPS).

Gráfica 9

Porcentaje de mujeres con un número de controles adecuados por nivel de ingreso

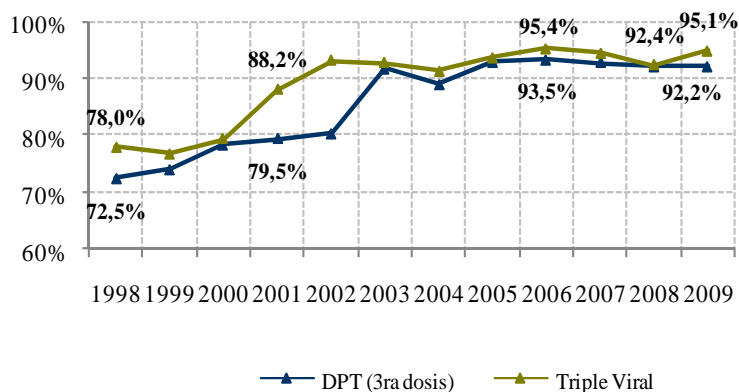


Fuente: ENDS, cálculos MPS

El acceso a una atención médica en el parto también ha aumentado de manera considerable: 30% a nivel nacional y un 116% entre las mujeres de los segmentos más pobres entre 1993 y 2010 (ENDS,

cálculos MSPS). La atención del parto en instituciones de salud (parto institucional) alcanzó el 98,4% en 2009. El aumento en las coberturas de vacunación para niños es un aspecto que debe resaltarse: en 2011 se lograron coberturas de vacunación de 92,2 para DPT, mientras que en 1998 era del 72,5%, y del 95,2% de triple viral cuando era del 78 % en 1998.

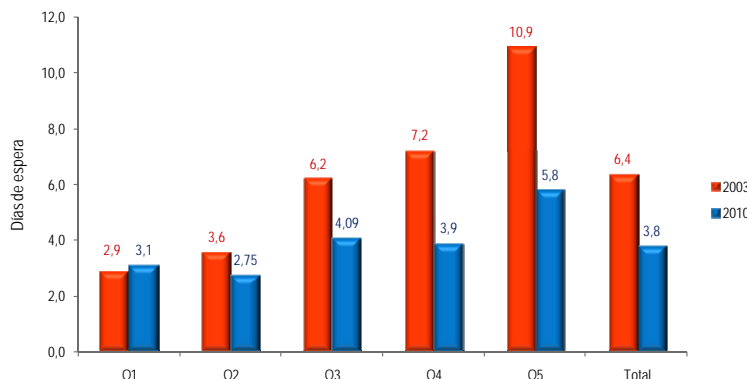
Gráfica 10



Lograr avances sostenibles en la calidad de la atención es uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo y el colombiano no es la excepción. Los días de espera para una consulta general pasaron de 6,4 días en promedio en 2003 a 3,8 en 2010 y deben pasar a 3 días gracias a la Ley Antitrámites del año 2012. La proporción de quejas sobre el número de afiliados bajó de 1,2% en 2009 a 0,84% en 2011 y sobre el número de personas atendidas fue de 2,49% en 2010 (Superintendencia Nacional de Salud, cálculos MSPS).

Gráfica 11

Días de espera para una consulta en medicina general por nivel de ingreso

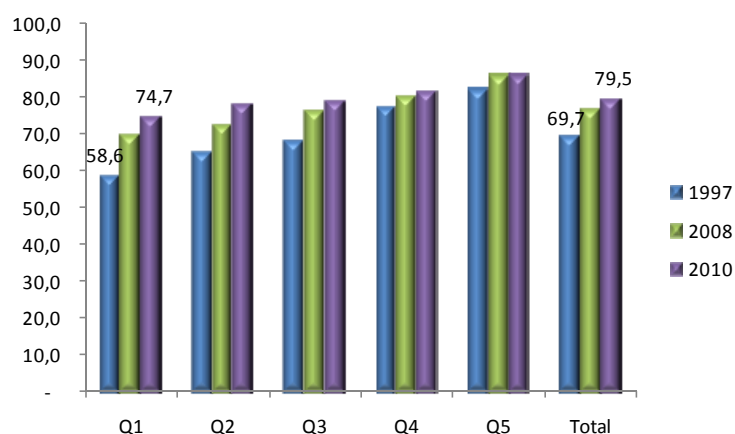


Fuente: ECV, cálculos MPS

En lo que se refiere al plan de beneficios también hay avances importantes; actualmente la población menor de 18 años y mayor de 60 del contributivo y el subsidiado tienen el mismo plan de beneficios. En 2012 se unificarán los planes de las personas entre 18 y 44 años en 2012 y en 2013 el total de la población. Este proceso de unificación de beneficios está acompañado de un proceso de actualización que en el año 2011 incluyó 196 nuevos procedimientos, medicamentos y servicios.

Además de los avances en cobertura, protección financiera, acceso y beneficios el SGSSS debe evaluarse principalmente por los resultados de salud en la población. Al respecto, se observa que los colombianos han mejorado su percepción del estado de su salud. La proporción de la población más pobre (quintil 1 de ingreso) que percibe el estado de salud buena o muy buena era el 58,6% en 1997 en 2010 esta proporción alcanzó el 74,7% (ECV, cálculos MSPS).

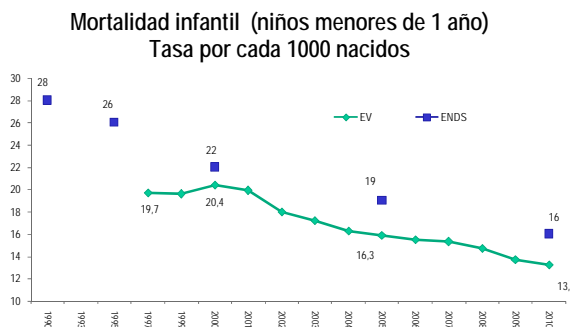
Gráfica 12
Proporción de la población que percibe el estado de salud buena o muy buena



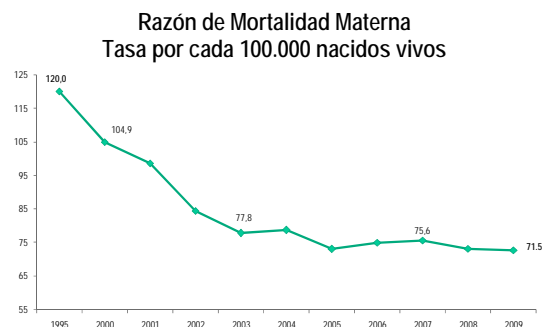
Fuente: ECV, cálculos MPS

La percepción subjetiva se confirma con una serie de indicadores objetivos del estado de salud de los colombianos que muestran avances. La mortalidad materna (defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos) pasó de 104,94 en el año 2000 a 72,9 en 2009. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos pasó de 45,1 en 1990 a 20,6 defunciones en 2009. Entre 1998 y 2010 hubo un descenso de 51% en la tasa de muertes por IRA en los niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica pasó de 33,7% a 6,7% en el mismo periodo. La mortalidad por tuberculosis pasó de 3,4 en 1998 a 2,2 en 2010, lo que significa un descenso del 55% (ENDS y DANE, cálculos MSPS). En 2011 se redujeron los casos de dengue en un 81% y los casos de mortalidad por malaria en 48% (MSPS).

Gráficas 13 y 14

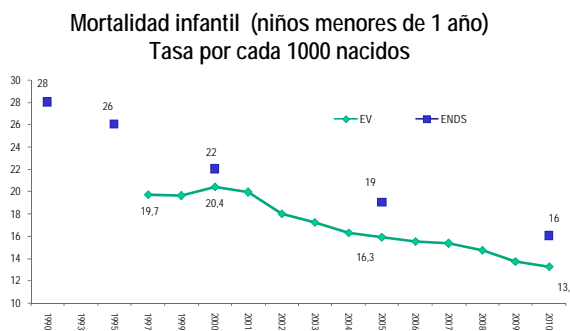


Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS

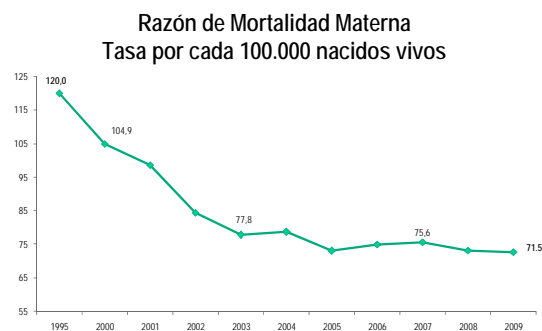


Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS

Gráficas 15 y 16



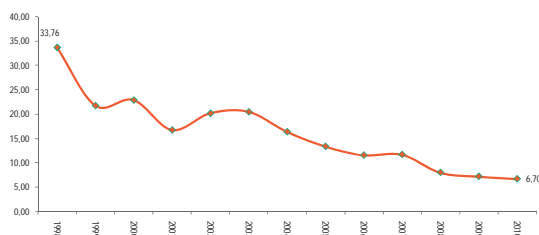
Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS



Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS

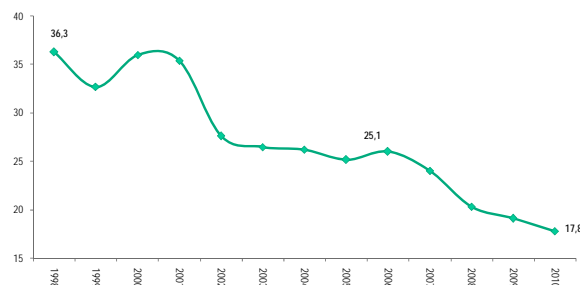
Gráficas 17 y 18

Tasa de Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 Años
Tasa por 100.00



Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS

Tasa de mortalidad por Infección diarreica aguda (IRA) en menores de 5 Años
Tasa por 100.000



Fuente: ENDS y Dane, cálculos MPS

La información presentada indica importantes avances en las diferentes dimensiones del SGSSS, sin embargo todavía existen importantes espacios de mejora en los que el Ministerio de Salud y Protección Social y las distintas entidades del sector están diseñando o implementando políticas y estrategias que tienen como único objetivo que los colombianos cuenten con un sistema de salud de mejor calidad, que atienda sus necesidades de manera oportuna, que sea más accesible y sostenible. Una de esas estrategias tiene que ver con el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación que permitirá contar con información mucho más oportuna y confiable sobre el desempeño de los distintos actores del SGSSS y cuyos avances se presentan a continuación.

En aras de garantizar servicios de mayor calidad, y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social se ha dado al objetivo de fortalecer y articular los esquemas actuales de seguimiento y evaluación del SGSSS que permitan realizar la evaluación integral del SGSSS en los términos definidos por la Ley 1438.

Para lograr este objetivo el Ministerio definió un plan de trabajo que tienen como objetivo la construcción del **Sistema de Evaluación y Calificación** ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Este Sistema será uno de los instrumentos para disponer de indicadores de evaluación que servirán- entre otras finalidades-de insumo para la Evaluación Integral del SGSSS que esa misma Ley ordena se realice cada cuatro años. Es importante anotar que esta Evaluación Integral estará articulada a los objetivos, prioridades y metas que se definan en el Plan Decenal de Salud Pública y en los demás lineamientos de política del sector salud y se alimentará de múltiples fuentes de información como mediciones específicas, informes regulares y otros instrumentos como por ejemplo estudiosos encuestas.

El Sistema de Evaluación y Calificación permitirá consolidar los resultados de los múltiples instrumentos de seguimiento y evaluación con los que actualmente se cuentan en el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud y modernizará e incorporará otros que hacen falta. De esta manera, instrumentos como el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad o la vigilancia que se realiza a los eventos de salud pública, el reporte de actividades de prevención, la información recolectada en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control y el Registro integral de servicios de salud (RIPS) serán insumos que alimentarán de información relevante al Sistema para que éste pueda de manera integrada brindar un análisis global de la situación del SGSSS y el desempeño de cada uno de los actores. En este proceso de fortalecimiento también reviste una vital importancia la nueva estructura del Ministerio de Salud y Protección Social en donde la Oficina de Calidad y la Dirección de Epidemiología y Demografía tienen un papel central en el seguimiento al desempeño del SGSSS.

La estrategia para estructurar un Sistema de Seguimiento y Evaluación del SGSSS tiene cuatro fases que serán detalladas a continuación. La primera fase tiene como objetivo contar con un catálogo unificado de los indicadores útiles para la evaluación, consolidados en un solo lugar y estructurados de acuerdo con dimensiones de análisis claras. En la segunda fase se priorizan los indicadores con base en un conjunto de criterios objetivos discutidos con expertos metodológicos y técnicos de cada tema al interior del Ministerio y en el marco de las prioridades nacionales en salud y los objetivos del SGSSS. En esta fase también se afinan las fichas técnicas de estos indicadores y se estructura la información existente. La tercera fase busca recoger, a través de un proceso de discusión técnica con equipos especializados de universidades, centros de investigación, sociedades y asociaciones científicas y EPS e IPS afinar los indicadores propuestos. Finalmente en la cuarta fase el Ministerio realizará la definición de los criterios de evaluación y calificación y tomará las medidas para la estabilización del sistema. Cabe anotar que en todas las fases se tiene siempre en cuenta la referenciación internacional ya sea para la definición de indicadores o para la definición de metodologías de trabajo.

Fase 1. Estructuración matriz de indicadores

En primera instancia el Ministerio realizó una revisión detallada de las exigencias de información que fueron ordenadas por la Ley 1438 para articularlas con los indicadores, reportes y evaluaciones que se generan periódicamente por el Ministerio.

La Ley 1438 de 2011 otorga un énfasis especial al seguimiento y evaluación del sistema de salud y a la importancia de contar con información oportuna y confiable para la toma de decisiones. Veinte artículos de la Ley mencionan explícitamente el uso de indicadores de seguimiento y evaluación. De ellos, 12 (60%) imponen la obligatoriedad de hacer seguimiento a las condiciones de salud de la población; 25% a temas de gestión fiscal y financiera y el 15% restante a temas de calidad en la prestación de los servicios. Por otra parte, 7 artículos implican la elaboración de reportes puntuales que permitan informar a la población sobre diferentes aspectos asociados al funcionamiento del

sistema y 4 otorgan lineamientos generales para la construcción y uso de indicadores (Ver Cuadro 1).

Una vez realizada esta revisión y en aras de estructurar el trabajo asociado al cumplimiento de los diferentes requerimientos que impone la Ley, el Ministerio se ha dado a la tarea de definir, como primera fase, un catálogo unificado de indicadores, a través del cual sea posible alimentar los reportes específicos solicitados e identificar el actor a ser evaluado con cada indicador.

El trabajo realizado partió de la base de aprovechar los insumos existentes. En ese sentido, la primera fase consistió en definir un catálogo unificado de los indicadores usados en la actualidad para evaluar el sistema de salud y también se abrió la posibilidad a los equipos técnicos del Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud para que propusieran indicadores nuevos que fueran útiles para evaluar a los actores del SGSSS y que actualmente no se tuvieran en cuenta. Esto permitió, además de contar con información estructurada y consolidada, identificar las brechas de información para establecer un sistema de seguimiento, evaluación y calificación.

Para la estructuración del catálogo unificado de indicadores se definieron cuatro categorías básicas, que fueron el resultado de un trabajo conjunto entre las diferentes direcciones técnicas del Ministerio. Cada categoría, a su vez, se dividió en diferentes subcategorías, según se muestra en el cuadro 2.

Las categorías definidas buscan dar cuenta de la perspectiva transversal que caracteriza el proceso de atención de la salud y en este sentido permiten consolidar una matriz de indicadores que trasciende la visión sectorial asociada a la institucionalidad del MSPS. Estas categorías son una de las formas de organizar la información, y no excluyen la utilización de otras categorías temáticas en el momento de hacer consultas o generar reportes con los indicadores incluidos en la matriz. Por ejemplo, en el momento que sean adoptadas las prioridades del Plan Decenal se pueden tomar estas prioridades y cruzarlas con el catálogo para generar un reporte que muestre los indicadores que permitan evaluar el avance en dichas prioridades.

En cuanto al carácter de los indicadores, el catálogo incluye indicadores tanto de resultado como de proceso. Teniendo en cuenta que muchos de los eventos en salud son de carácter multicausal y la disminución de su ocurrencia depende de la interacción de diversos factores y agentes, es preciso medir, el proceso de atención del usuario y no sólo el resultado final de la atención.

Cuadro 1. Reportes exigidos por la Ley 1438

Reportes Especificos	Lineamientos Generales
Derivados del Artículo 2: <ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil • Prevalencias e incidencias de enfermedades • Acceso efectivo a los servicios de salud 	Art. 2: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación del SGSSS. Seguimiento y evaluación integral como mecanismo para asegurar que el Sistema permita generar condiciones que protejan la salud de los colombianos
Art. 9: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema (Seresocial) 	Art. 6: <ul style="list-style-type: none"> • Plan Decenal como herramienta para definir objetivos, metas, acciones, recursos e indicadores que permitan mejorar las condiciones de salud de la población, a través de procesos amplios de participación social
Art. 75 y 80: <ul style="list-style-type: none"> • Informe de desempeño y riesgo de las ESE (Anual, 30 de mayo) 	Art. 108: <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores en Salud. Necesidad de establecer indicadores de salud (centinela y trazadores), así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de los diferentes actores del sistema, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección.
Art. 109: <ul style="list-style-type: none"> • Informe para Audiencias Públicas anuales 	Art. 111: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de evaluación y calificación de las DTs, EPS e IPS. Como resultado de la aplicación de indicadores, el MPS desarrollará un sistema de evaluación y calificación que incluirá también metas de los planes de desarrollo nacional y territorial
Art. 110: <ul style="list-style-type: none"> • Informe del estado actual de las EPS (incluidos gastos de administración EPS –artículo 23–) 	
Art. 115: <ul style="list-style-type: none"> • Informe detallado del estado de salud de los menores de edad afiliados (Anual) a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. 	

Cuadro 2. Estructuración de indicadores

1. Resultados / Logros en Salud
1.1 Salud Infantil
1.1.1 Mortalidad Perinatal
1.1.2 Mortalidad Infantil (menores de un año)
1.1.3 Mortalidad en Primera Infancia (menores de 5 años)
1.1.4 Morbilidad infantil
1.2 Salud Materna
1.3 Enfermedades transmisibles
1.3.1 Mortalidad por Enfermedades Transmisibles
1.3.2 Morbilidad por Enfermedades Transmisibles
1.4 Enfermedades crónicas
1.4.1 Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles
1.4.2 Morbilidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles
1.5 Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas
1.6 Salud Sexual y reproductiva
1.7 Seguridad Alimentaria y Nutricional
1.9 Discapacidad
1.10 Mortalidad y morbilidad en ambientes laborales
1.11 Otros
2. Calidad de la atención.
2.1 Accesibilidad y oportunidad
2.1.1 Oportunidad en los tiempos de respuesta
2.1.2 Atención en el embarazo y el parto
2.1.3 Barreras de acceso
2.1.4 Otros
2.2 Calidad Técnica.
2.3 Satisfacción del Usuario
2.4 Seguridad del Paciente
3. Desempeño de las Instituciones
3.1 Riesgo/Gestión Fiscal y Financiera
3.2 Eficiencia
3.3 Gestión Institucional
4. Indicadores generales del sistema de salud
4.1 Coberturas
4.2 Financiación y Gasto
4.2.1. Fuentes
4.2.2. Flujo de Recursos
4.2.3. Gasto en Salud
4.3 Recursos (no financieros) del sistema de salud
4.4. Otros

El resultado de esta primera fase consistió en un catálogo unificado que cuenta a la fecha con 605 indicadores, de los cuales 44,9%(270) corresponden a la categoría de logros en salud; el 21,6%

(131) al tema de calidad en la atención; 10,9% (66) se asocia con la medición del desempeño de las instituciones y el 22,3% (135) restante se refiere a indicadores generales del sistema que, más que dar cuenta de las acciones de uno u otro actor, se refieren al contexto general del SGSSS.

Es importante anotar que en el proceso de revisión de la información existente se realizó el análisis del gran número de aplicativos existentes y de las múltiples fuentes que se encontraban disponibles. Gracias a esta revisión quedó en evidencia la gran cantidad de solicitudes que deben responder todos los actores de sistema a diferentes solicitantes, muchas de ellas repetitivas y con dificultades para el debido aseguramiento de su calidad, cobertura y continuidad. Complementariamente, en búsqueda de referenciación externa de experiencias exitosas, se revisó la experiencia del RIPSa en Brasil - Sistema Interagencial de Información para Salud - iniciativa que ha logrado en ese país definir fuentes únicas para cada numerador y cada denominador de cada indicador que usa el país en materia de salud, a fin de no encontrar múltiples resultados para un mismo indicador, múltiples maneras de medirlo y múltiples conclusiones, a veces encontradas. De esta revisión se concluyó la necesidad de homologar esta experiencia en el país, objetivo en el cual está trabajando este Ministerio a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía, para lo cual ha iniciado la revisión de fuentes con el DANE y la actualización de la resolución 3384 de 2000, en función de la cual las EPS reportan las actividades de prevención que realizan a su población.

Fase 2: Priorización de los indicadores y estructuración de la información existente

La matriz construida en la fase anterior alcanzó los 605 indicadores que difieren en la disponibilidad y oportunidad de información, calidad de los datos y precisión en su definición y en especial en su utilidad como instrumento para evaluar a actores específicos del SGSSS. Para contar con una matriz más depurada, el Ministerio realizó dos actividades. Primero, realizó una priorización de los indicadores en la que se les dio una calificación más alta a aquellos indicadores que: i) fueran exigidos explícitamente por la Ley 1438; ii) estuvieran incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo o en los indicadores de seguimiento al sector salud; iii) estuvieran disponibles y fueran oportunos; iv) evaluaran de manera más específica a alguno de los actores objeto de la evaluación; v) contaran con comparación internacional; y vi) permitiera la evaluación de la situación en salud de los niños, niñas y adolescentes.

Uno de los criterios más importantes tiene que ver con las fuentes de información disponibles o la posibilidad de generarla. Este ejercicio mostró que asegurar la disponibilidad y oportunidad de información desagregada a nivel de EPS, IPS y Entidad Territorial para algunos de los indicadores que se suelen presentar de manera agregada a nivel nacional es uno de los principales retos. También reforzó la necesidad de fortalecer los registros administrativos con los que cuentan el sector⁶ para contar con información mucho más oportuna y de buscar fuentes adicionales que permitan contrastar y triangular la información reportada por los actores del sistema. Por ejemplo, indicadores de satisfacción del usuario deben ser reportados no solo por las EPS sino también

⁶ Entre estos registros se resalta especialmente el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud -RIPS.

deben ser recolectados a través de otros instrumentos, como por ejemplo encuestas periódicas. Esto permitiría contrastar resultados diferentes y otorgará luces sobre posibles problemas de medición.

En este sentido, fuentes de información primaria como las encuestas generadas por diversas instituciones públicas y privadas que realizan seguimiento a la situación de la salud del país y al SGSSS, se hacen especialmente importantes. Sin embargo, en general estas encuestas no permiten el nivel de desagregación necesario para realizar una evaluación exhaustiva de los diferentes actores del sistema y, en algunos casos, la periodicidad de las mismas representa una limitante para la rendición de cuentas en los plazos que se requieren. Dadas las restricciones anteriormente mencionadas, el Ministerio se ha dado a la tarea de estructurar una encuesta representativa por EPS que permita recopilar información relacionada con la percepción del acceso y calidad de la atención prestada a los usuarios del sistema de salud.

Después del ejercicio de priorización se obtuvo una base de datos de 189 indicadores, de los cuales 81 hacen parte de la batería para evaluar las EPS, 30 indicadores para evaluar IPS, 49 para evaluar a las Entidades Territoriales y 29 para evaluar el Sistema de Salud en general. Con este grupo de indicadores se pasó a la revisión y actualización de las fichas técnicas para los indicadores existentes, es decir indicadores que ya se recolectaban o estaban definidos previo al proceso de construcción del catálogo de indicadores, y a la definición de las fichas para los indicadores nuevos definidos producto de dicho proceso de construcción.

El Ministerio está depurando estas fichas teniendo en cuenta que debido a que los indicadores van a ser usados para la evaluación de un actor específico su definición requiere un alto nivel de precisión así como su justificación como instrumento de evaluación. Para esto la revisión de la evidencia encontrada en la literatura se convierte en un apoyo a esta gestión. Con estas fichas definidas se está construyendo un primer informe que muestra los resultados de los indicadores disponibles para cada uno de los actores evaluados y permite evidenciar para qué indicadores no existe actualmente información disponible y por lo tanto se debe entrar a reglamentar el reporte de dicha información o qué indicadores deben ser mejorados en la oportunidad y calidad de la información.

En este momento el Ministerio está, partiendo del ordenamiento, procesamiento y cruce de las fuentes de información disponibles, midiendo los indicadores que sean posibles en este momento, como medición puntual, para obtener una visión macro del Sistema, y de los actores cuya información discriminada permita una aproximación. Además de la medición en sí, permite dar a conocer a todos los interesados el diagnóstico objetivo y concreto del estado del Sistema de Información existente actualmente y el desafío que tiene el Ministerio de Salud y Protección Social para su mejoramiento.

Una de las ventajas de la batería de indicadores consiste en que la información se ha estructurado de tal manera que pueda ser manejada a través de filtros que permitan catalogar cada indicador por áreas temáticas, por actor evaluado, por el tipo reporte de información o por la clase de indicador,

entre otras. Esto permite a su vez estructurar la información de manera que se ajuste a los requerimientos de los diferentes reportes y evaluaciones que se requieran.

Es importante anotar que en el proceso de construcción de esta propuesta de indicadores, además del trabajo realizado con el equipo interno del Ministerio, se realizó una articulación con entidades del sector salud. El Ministerio está trabajando coordinadamente con la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud para que los esfuerzos que realizan esas entidades en la recolección de información sobre el comportamiento del SGSSS estén integrados al Sistema de Evaluación y Calificación y se han recibido las anotaciones de estas entidades a la batería de indicadores propuesta así como reportes de información que nutrirán el Sistema.

Fase 3: Proceso de discusión técnica

El Ministerio da una prioridad especial a la discusión con los actores del sistema en la construcción y puesta en marcha del Sistema de Evaluación y Calificación. En este sentido, antes de entrar en la etapa de reglamentación y solicitud de información a los actores, el Ministerio realizará una serie de jornadas técnicas de discusión para la presentación de los indicadores priorizados⁷.

En estas sesiones se busca, a través de una metodología de discusión técnica, recoger de los equipos especializados de universidades, centros de investigación, sociedades y asociaciones científicas, EPS e IPS, insumos basados en evidencia que permitan afinar los indicadores propuestos. Es importante anotar que la participación de estos actores se circunscribe a los aspectos técnicos de la definición del indicador o a las posibilidades existentes para recolectar la información faltante. Los aspectos que se refieren a definición de metas o umbrales para realizar la evaluación de los actores y la periodicidad de realización de estas evaluaciones serán definidos por el Ministerio con base en la normatividad vigente (como la Ley 1438 que exige la realización de evaluaciones específicas) y las prioridades de política pública del sector salud.

El resultado de esta fase es la batería definitiva de indicadores priorizados que serán utilizados para la evaluación de EPS, IPS y Entidades Territoriales y que incluye las observaciones técnicas de los diferentes actores.

Fase 4: Definición de criterios de evaluación y calificación y estabilización del sistema

El Ministerio ha venido trabajando de manera paralela en la reglamentación de la estructura del Sistema de Evaluación y Calificación. Esta reglamentación alcanzará su versión definitiva una vez se surta la fase anterior y se cuente con la batería definitiva de indicadores. Esta reglamentación incluye: i) las dimensiones que serán objeto de evaluación; estas son las categorías de resultados en

⁷Es importante anotar que este proceso de discusión técnica servirá de insumo para discusiones en escenarios más amplios como los que se proponen para la construcción del Plan Decenal de Salud Pública o el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad.

salud, calidad de la atención y desempeño de las instituciones; ii) detalla las responsabilidades del Ministerio dentro su organización institucional, de las otras entidades del sector y de los actores evaluados; iii) la forma de participación de la sociedad civil en los procesos de discusión iv) define los criterios de calificación de los actores evaluados, teniendo en cuenta las diferencias territoriales y los medios de verificación y triangulación de información; v) el proceso de implementación del sistema en el que se definen los mecanismos para construcción de las líneas de base, la definición de metas y la comunicación y difusión de los resultados; iv) la batería de indicadores definitivos.

Cabe anotar que en el conjunto de indicadores definitivos se encontrarán tanto indicadores que hoy se recogen como indicadores nuevos. Para estos últimos será necesario otorgar el sustento legal a la recolección de información que hoy no está amparada normativamente. La recolección de información para aquellos indicadores que se han identificado como faltantes, contará con un sustento legal que defina el responsable del reporte, el mecanismo para reportar y el uso efectivo que dicha información tendrá en el marco del sistema.

De esta manera, contar con una batería única de indicadores servirá para unificar los requerimientos de información asociados al sistema, los responsables del reporte, el mecanismo y periodicidad para la recolección y publicación de la información, el uso efectivo y las consecuencias asociadas al desempeño. Esto supone revisar la normatividad existente, los recursos tecnológicos y realizar los ajustes necesarios que garantizarán la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo, fortaleciendo su utilidad como herramienta para tomar decisiones sustentadas en información oportuna y de calidad.

Es importante tener en cuenta que en lo que se refiere al proceso de implementación del sistema, el Ministerio utilizará el primer reporte de información de los indicadores priorizados para la construcción de las líneas de base y con el segundo reporte de información se realizará efectivamente la evaluación y calificación de los actores teniendo en cuenta las metas o umbrales que sean definidas para cada indicador. Los resultados de esta primera evaluación, así como de las subsiguientes, se difundirán públicamente y, como se anotó antes, serán uno de los principales insumos para la Evaluación Integral del Sistema que ordena la Ley 1438.

Finalmente, en el mediano y largo plazo, el Ministerio de Salud y Protección Social estabilizará el Sistema mediante la integración de fuentes de información en todas las áreas del Ministerio y en otras entidades fuera de él, asegurará el mejoramiento de calidad y cobertura y calidad de algunas de ellas y concertará la unión o desaparición de otras, para lograr la construcción de un mapa único de fuentes que alimente de manera confiable y sostenible el Sistema diseñado.

2. ¿Se informe cuáles son las acciones especiales de seguimiento que se han llevado a cabo por parte del Gobierno nacional al suministro de servicios de las EPS intervenidas?

Se ha encargado de responder a este interrogante a la Superintendencia Nacional de Salud.

3. *¿Cuáles son las consideraciones o acciones que se van a implementar por parte del Gobierno Nacional respecto de la intervenida SaludCoop*

Se ha encargado de responder a este interrogante a la Superintendencia Nacional de Salud.

4. *¿Con qué criterios los comités técnico científicos pueden negar servicios mandados por los jueces a través de acciones de tutela?*

RESPUESTA:

Los Comité Técnicos Científicos **no** pueden negar servicios mandados por los Jueces a través de las acciones de tutela.

Esto tiene su fundamento jurídico en que el artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela debe garantizar la protección efectiva de los derechos fundamentales de las personas. Así, una vez el juez ha encontrado vulnerado o amenazado un derecho, la orden que profiere para su protección, debe ser **cumplida pronta y cabalmente**.

Al respecto, la Corte Constitucional en Sentencia C – 1082 de 2006 ha manifestado que:

“(…), esta Corporación ha señalado que el acatamiento de los fallos debe hacerse de buena fe, circunstancia que comporta el respeto íntegro de las providencias judiciales, sin que le esté permitido a la parte condenada entrar a analizar la oportunidad, la conveniencia, o sus propios intereses, a fin de modificar el alcance del fallo.

De tal suerte, esta Corporación ha indicado que el incumplimiento de los fallos judiciales, de una parte, atenta contra el principio de la buena fe porque quien acude ante un juez lo hace con el pleno convencimiento de que la decisión final será obedecida en su totalidad por la autoridad competente o el particular a quien corresponda y, de otra, viola los principios de seguridad jurídica y cosa juzgada porque le resta legitimidad y efectividad a la orden dada por la autoridad competente.

Y adicionalmente el Artículo 27 del Decreto 2591 de 1991 dispone:

*“Artículo 27. CUMPLIMIENTO DEL FALLO. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirla sin demora.
(...)”*

Entonces, las facultades del juez para el logro del cumplimiento de la orden están definidas por la decisión proferida en la sentencia de tutela que, una vez en firme, **hace tránsito a cosa juzgada** y debe ser cumplida en los términos en los que fue expedida.

Profundizando el tema de cosa juzgada, se hace del caso citar apartes de Sentencia T-041 de 2010 de la Corte Constitucional la cual indica:

"la decisión de la Corte Constitucional consistente en no seleccionar para revisión una sentencia de tutela, tiene como efecto principal la ejecutoria formal y material de esta sentencia, con lo que opera el fenómeno de la cosa juzgada constitucional. Salvo la eventualidad de la anulación de dicha sentencia por parte de la misma Corte Constitucional de conformidad con la ley, la decisión de excluir la sentencia de tutela de la revisión se traduce en el establecimiento de una cosa juzgada inmutable y definitiva. De esta forma se resguarda el principio de la seguridad jurídica y se manifiesta el carácter de la Corte Constitucional como órgano de cierre del sistema jurídico."

En atención a la anterior justificación, es claro porque los comités técnico científicos no podrían modificar una orden que ya fue emanada por una autoridad judicial y que en su oportunidad fue sujeta a debate, ya que como se manifestó, los fallos de tutela en firme hacen tránsito a cosa juzgada y de aceptarse la negación se estaría violando la seguridad jurídica que resguarda al protegido mediante el fallo de tutela.

Proposición 28

1. Se informe cuál es el balance del Gobierno Nacional sobre la implementación del Nuevo POS. Por favor sea específico, informando cual es el balance financiero, en la prestación de servicios, en tipo de quejas y reclamos por parte de las EPS y por parte de los usuarios.

Para la fecha actual el nuevo POS está vigente desde un poco más de 100 días. En este tiempo los recursos destinados a cubrir estas necesidades se han incrementado de acuerdo al incremento en la UPC. Un 11% para el régimen subsidiado, el 10.5% para los pilotos de Cartagena y Barranquilla y un 9.4% para el contributivo. Con estos recursos adicionales se cubre el incremento en los costos de atención de los afiliados y las nuevas tecnologías incluidas.

El balance es muy positivo al observarse que las 20 primeras causas de carga de enfermedad (discapacidad y muerte prematura) en cada uno de los grupos etarios evaluados tienen cobertura en el POS. Para muchas de ellas hasta las segundas líneas de tratamiento están incluidas en el POS, lo que facilita el acceso a estas tecnologías a la población.

El acceso a estos servicios está financiado y garantizado desde el primero de enero. Con el apoyo de los entes territoriales y de las herramientas creadas por la UAE CRES se ha logrado una difusión de estos nuevos beneficios. Se observará el uso de todas las tecnologías en el POS a través de diferentes fuentes para verificar el acceso real a estos beneficios en toda la población. Fuentes de

información como los registros individuales de las prestaciones de servicios de salud (RIPS), el observatorio de tutelas de la Defensoría del Pueblo, solicitudes directas de información de las EPS permitirán evaluar la ruta a seguir para lograr un mejor acceso.

Finalmente, la Comisión de Regulación en Salud junto con el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, están desarrollando un observatorio que tiene por objeto evaluar los usos que se dan a las tecnologías incluidas en el POS. Estas tecnologías a observar incluyen las nuevas tecnologías que ingresaron para el año 2012 y continuarán evaluando las que de manera progresiva vayan haciendo parte del plan. Se evaluará el uso que estas nuevas tecnologías y otras que ya venían incluidas están teniendo por los diferentes actores del sistema, con énfasis en la accesibilidad y eficiencia que se le dan a estas.

2. ¿Cuáles son las estrategias de difusión implementadas por el Ministerio y por la CRES para dar a conocer el nuevo POS en el país?

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la CRES han difundido el proceso de actualización del POS. Desde su propuesta de metodología de actualización hasta los resultados de la evaluación han sido públicos y se ha tenido en cuenta la participación de los actores del sistema. Estos escenarios de discusión y participación han sido el primer paso para la implementación de los contenidos del nuevo listado. Una vez hecho público el Acuerdo 29 que define la actualización del POS se ha continuado su difusión la cual puede mejorar más. En diferentes escenarios, como el “día en que el mundo gira alrededor del cáncer” se hizo una presentación por el canal institucional demostrando los beneficios y nuevos servicios contenido en el POS. Por su parte la CRES, reconociendo la cobertura que tiene internet en el país, desarrolló una herramienta interactiva, fácil de usar que le permite a cualquier usuario conocer los contenidos del POS. A la fecha las estrategias implementadas e informadas por la CRES han sido:

1. Actualización de la herramienta de consulta POS POPULI, en la cual se encuentran los medicamentos y procedimientos
2. Expedición del Boletín N° 3, LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-POS, la cual contiene en medio magnético el Acuerdo 029 de 2011 y en medio impreso las inclusiones que se realizaron en el proceso de actualización. A la fecha se está elaborando el Boletín N° 4 el cual contendrá en forma explícita para cada uno de los ciclos vitales establecidos por el legislador el POS para los menores de edad. Posteriormente dichos boletines se emitirán en forma trimestral con las inquietudes más frecuentes de los actores del sistema, radicadas ante esta Comisión
3. Campaña de divulgación a través de radio, televisión pública y prensa, informando sobre el POS POPULI y distintos contenidos del POS
4. Divulgación en diferentes ciudades con la participación de aproximadamente 1630 personas con corte a la fecha de representantes de entes territoriales, EPS de los regímenes contributivo y

subsidiado, prestadores de servicios de salud de origen público y privado, asociaciones de pacientes, usuarios, copacos y veedurías ciudadanas, entre otros.

Para ser sólo 100 días desde que este nuevo listado está vigente los escenarios de comunicación han cumplido su cometido. La observación del uso de los servicios permitirá comprobar la adecuada implementación de esta actualización.

3. Cuáles son los servicios que hasta ahora ha hallado el Ministerio que quedaron por fuera del Acuerdo 029 de 2011 y que por su demanda, debieron ser incorporados.

Los acuerdos expedidos por la CRES permitieron ampliar la cobertura del POS de manera que ahora cubre la primera y en algunos casos segunda y tercera línea de tratamiento de las enfermedades que mayor carga tienen en la población y de las enfermedades que tienen leyes específicas. Las nuevas inclusiones atienden la necesidad de la población de acuerdo al perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad dentro de un marco de seguridad, efectividad, costo efectividad y sostenibilidad financiera del sistema que con los recursos limitados debe cubrir de manera prioritaria las enfermedades que más pesan en la población, lo cual respondió a lo que para ese periodo de análisis fueron las prioridades para la atención de los ciudadanos, buscando responder de la manera más amplia y completa posible.

La actualización del plan de beneficios es un proceso dinámico que se nutre permanentemente de la evolución de la evidencia científica, el desarrollo de nuevas tecnologías y su correspondiente análisis de costo efectividad en la atención de las patologías que se presenten en la población, por lo cual las futuras actualizaciones continuarán buscando ese propósito. Esto debe ser complementado con el desarrollo de las guías de atención clínica (GAC) que permiten mejorar la calidad y adherencia al tratamiento, en lo cual el Ministerio ha liderado el proceso de construcción de 25 nuevas guías para las patologías que afectan a niños, niñas y mujeres, a la mayoría de la población y que generan el mayor costo para el sistema. Este año se inicia un nuevo proceso público para la construcción de un nuevo grupo de GAC sobre 15 temas de interés en salud pública, el cual se suma a este proceso de articulación con el plan de beneficios.

Igualmente, será muy importante el trabajo que adelantará el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) en la validación de la efectividad clínica de tecnologías que aspiren a ingresar al país, al igual que del Observatorio de Tecnologías en Salud Incluidas en el POS que analizará su comportamiento en relación a su uso indicado con el fin de apoyar el proceso regulatorio.

4. ¿Cuáles son las metas esperadas que tiene el Ministerio para 2012 con la implementación del nuevo POS?

La meta de la implementación es observar que hay un acceso real a los servicios contemplados en el POS de manera equitativa. Se espera que los servicios provistos a la población sean de alta

calidad y de fácil acceso. Se tomarán varias fuentes para evaluar el real acceso a estas tecnologías. Requerimientos directos de información de uso de servicios a las EPS, los registros de prestación de servicios que reportan las Instituciones Prestadoras de Salud, el número de tutelas y los recobros por servicios no incluidos hacen parte de las fuentes que permitirán evaluar el funcionamiento y acceso al sistema. Además de acceso a las tecnologías incluidas en el POS se espera que los recursos sean usados de la manera óptima, es decir eficiente. Que se usen en la indicación adecuada y en la cantidad adecuada. El sistema de indicadores de evaluación del sistema también permitirá evaluar el uso de los recursos utilizados en pago de servicios de salud.

5. *¿Cuál es el balance que tiene el Ministerio sobre la diferencia entre los Recobros No – POS entre el 2010, 2011 y lo que lleva el año 2012? Por favor realice un balance financiero y según la cantidad de servicios requeridos.*

RESPUESTA:

El reconocimiento y pago de los servicios prestados que no hacen parte del plan de beneficios, ante la presentación del recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, se realiza previa autorización de los servicios por parte de los Comités Técnicos Científicos creados y conformados según lo dispuesto en el artículo 188 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, inicialmente para el otorgamiento de medicamentos y con posterioridad a la sentencia C-463⁸ y T-760 de 2008⁹ para los demás servicio médicos, y a través de los fallos de tutela para el cubrimiento de actividades, intervenciones, procedimientos, insumos no previstos en los planes de beneficios.

El procedimiento a través del cual las EPS y EOC efectúan los recobros¹⁰, están contenidos en la Resolución 3099 de 2008¹¹, lo cual prevé que una vez prestado el servicio por la Institución Prestadora de Salud, ésta cobra a las Entidades Promotoras de Salud, las cuales realizan el recobro al Fosyga, teniendo en cuenta que son las que autorizan o niegan la prestación del servicio a sus afiliados.

Para la presentación de los recobros, el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002¹² y el artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008, señala que las EPS y EOC cuentan con un término de los seis (6) meses, para presentar las solicitudes de recobro ante el Fosyga, el cual se cuenta a partir de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento según corresponda, la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de

⁸ Corte Constitucional, Sentencia C-436 de 2008. M.P. Jaime Araujo Rentería.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T- 760 de 2008. M.P. Manuel Cepeda Espinosa.

¹⁰ Procedimiento a través del cual una E.P.S. o E.O.C., accede al reconocimiento y pago de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a los afiliados y/o beneficiarios de dichas entidades, de acuerdo a la normatividad vigente.

¹¹ "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela"

¹² "Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación"

salud o la fecha de radicación de la factura ante la Entidad Promotora de Salud por parte del proveedor o la fecha del fallo de tutela para el caso de recobros ordenados por decisiones judiciales; disposición que atiende lo expresado por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia C-510 de 2004, en el sentido que *"el término de seis (6) a que alude el articulado acusado ha de contarse lógicamente a partir del momento en que la persona o entidad que debe realizar la reclamación está efectivamente en posibilidad de hacerla ante el Fosyga"*

Este criterio también responde a lo expresado por el Consejo de Estado en la sentencia del 16 de septiembre de 2010, Expediente 2005-0018701 al efectuar el examen de legalidad del artículo 12 de la Resolución 3797 de 2004¹³, en la que consignó:

*"(...)
Así pues, el plazo para presentar la solicitud de recobro no puede correr hasta tanto la EPS, ARS o EOC esté en la posibilidad real de agotar dicho trámite, pues lo contrario supondría que en la práctica, tales entidades cuentan con un término inferior al dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002 para presentar la solicitud de recobro por medicamentos o servicios médicos excluidos del POS autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenadas mediante fallos de tutela"*.

Por otro lado, el artículo 13 Decreto Ley 19 de 2012, define el término así:

"Artículo 13. Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA. Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

Igualmente, se precisa que el impacto en los recobros del nuevo Plan Obligatorio de Salud adoptado mediante el Acuerdo 029 de 2011, no será observable de manera inmediata, teniendo en cuenta que el mencionado Acuerdo entró en vigencia el 1 de enero de 2012, y los recobros por los servicios médicos No Pos prestados a partir de esta fecha son radicados ante el Fosyga en los meses subsiguientes.

La tabla No. 1 presenta la relación mes a mes desde el año 2010, de los recobros presentados, el valor recobrado, el valor aprobado previo del proceso de auditoría integral a cada una de las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes. Igualmente se presenta, en la última columna, el valor implícito de las solicitudes de recobro, que relaciona los valores recobrados frente a la cantidad de tales recobros, observándose una tendencia decreciente del valor promedio del recobro por unidad de tiempo al pasar de \$871.141 en 2010 a \$708.702 en 2011 y a \$641.128 en los meses observados del año en curso, como resultado de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional, relacionadas con: **i)** la fijación de valores máximos de recobro de medicamentos, **ii)** el cumplimiento del reporte de las EPS al Sistema de Información de Precios de Medicamentos –

¹³ "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela".

SISMED y iii) el control de las solicitudes de recobro de medicamentos a través del Código Único Nacional de Medicamentos (CUM).

Tabla 1
Histórico de Solicitudes de Recobro
Medicamentos y Tutelas
Formatos MYT-01 y MYT-02
2011 – 2012

Cifras en pesos

AÑO	CANTIDAD DE RADICADOS	VALOR RECOBRADO	VALOR APROBADO	VALOR IMPLICITO DE RECOBRO
2010	3.936.432	3.429.187.071.128	2.351.667.398.774	871.141
2011*	4.257.420	3.017.240.668.401	1.782.132.028.410	708.702
2012**	935.040	599.480.685.894	132.565.750.504	641.128

Fuente: Base de datos Fidufosyga 2005; SAYP 2011.

*El valor aprobado contiene los valores girados por concepto de pago previo de los meses de octubre, noviembre y diciembre, dado que se está adelantando el proceso de auditoría.

**El valor aprobado contiene los valores girados por concepto de pago previo de los meses de febrero y marzo, dado que se está adelantando el proceso de auditoría.

Nota: la suma de los valores pagados por concepto de pago previo desde octubre de 2012, asciende a la suma de \$632 mil millones.

En cuanto a los valores de los medicamentos recobrados al Fosyga y en atención que estos constituyen cerca del 88% de los valores recobrados en 2010, se da inicio a la implementación de medidas con efecto en el corto plazo con la expedición de la Resolución 4377 de 2010¹⁴ con el objeto de frenar el incremento de recobros de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En este marco de acción, se expide el Decreto 4474 de noviembre 29 de 2010¹⁵, a través del cual se otorgan facultades al Gobierno Nacional para establecer valores máximos para el reconocimiento y pago de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio recobrados al Fosyga, los cuales, tal como lo indica el Artículo 1 del mencionado Decreto, serán entendidos como un techo para toda la cadena de distribución del respectivo medicamento, que es objeto del recobro.

Con base en este Decreto, el Ministerio de la Protección Social expidió las Resoluciones 5229 de 2010¹⁶, 005 de 2011¹⁷, 1020 de 2011¹⁸, 1697 de 2011¹⁹, 3470 de 2011²⁰ y 4316 de 2011²¹, en donde,

¹⁴ Por la cual se modifican las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008.

¹⁵ Por el cual se adoptan medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobro de medicamentos con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga.

¹⁶ Por la cual se establecen unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de

se determinan los valores máximos de recobro por principio activo para aproximadamente el 90% de los medicamentos no incluidos en los planes de beneficios, los cuales son objeto de aplicación para el Fosyga, en el evento que un medicamento incluido en la norma sea recobrado.

Asimismo, con el objeto de hacer transparente la información de soporte de los recobros, la Resolución 4377 de 2010 establece que no se tramitarán solicitudes de recobro hasta cuando la EPS no haya realizado el correspondiente reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED²², obligación vigente pero que no venía siendo adecuadamente acatada por las entidades que debían reportar. Además, una solicitud de recobro no será tramitada hasta tanto no se presente la información de conformidad con el Código Único Nacional de Medicamentos (CUM), con el fin de facilitar su control.

6. *¿Cuántas consultas han realizado las EPS frente a cuestiones de interpretación del Acuerdo 029?*

Se ha encargado de responder a este interrogante a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), entidad que dará respuesta a la misma.

7. *Qué avance presenta el Ministerio en la implementación del defensor del paciente consagrado en la ley 1438 de 2011. ¿Cómo se implementará y se desconcentrará esta figura en las regiones?*

RESPUESTA:

La respuesta a esta pregunta se dio en la sección de Defensor del Usuario de la proposición 20 (página 46).

8. *¿Cuáles son las medidas complementarias para el tema de transporte de los pacientes cuando los servicios de salud en su ciudad o municipio de residencia son insuficientes?*

9. *¿Cuáles son las medidas alternativas para facilitar el transporte de los usuarios del sistema de salud en la Región de la Amazonia?*

beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga”.

17 “Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010”.

18 “Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010, modificado por el artículo 1° de la Resolución 0005 de 2011”.

19 “Por la cual se modifica parcialmente la tabla contenida en el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010 modificada por el artículo 1° de la Resolución 005 de 2011 y el artículo 1° de la Resolución 1020 de 2011”

20 Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”

21 Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”

22 Es una herramienta de apoyo a la política de regulación de precios de medicamentos, que brinda la información necesaria para analizar y controlar el comportamiento de los precios.

RESPUESTA:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha planteado, como medidas complementarias para garantizar el transporte de los usuarios cuando los servicios de salud sean insuficientes o no se presten en su sitio de residencia, la posibilidad de realizar referencia a centros urbanos con servicios de mayor complejidad o con suficiente oferta. Este proceso de referencia y contrareferencia debe realizarse por diferentes medios de transporte: ambulancia terrestre, fluvial o aérea.

En la región que nos ocupa, es decir la Amazonia, el Sistema ha determinado un mayor valor diferencial en la Unidad de Pago por Capitación, con el fin de cubrir la necesidad de transportar por medios que generan un mayor costo, como el fluvial o el aéreo, los usuarios que requieran atención en una ciudad o municipio diferente al que residen.

Para desarrollar la anterior estrategia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha fortalecido la Red Nacional de Urgencias, en su componente de transporte aéreo medicalizado, con el propósito de ofrecerle al país, a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la ciudadanía en general, especialmente en las zonas de difícil acceso y alejadas, un transporte aéreo medicalizado oportuno y con calidad óptima que contribuya con una atención integral y oportuna que mejore los indicadores de salud.

A continuación describimos el cubrimiento de cada uno de los regímenes con respecto al traslado asistencial, básico o medicalizado, de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Régimen Contributivo:
 - Interinstitucional por urgencia u hospitalario por incapacidad de resolución del prestador remitente.
 - Ambulatorio en las regiones donde se reconoce una UPC diferencial mayor.
- Régimen Subsidiado:
 - Interinstitucional por urgencia y en paciente hospitalizado con enfermedad de alto costo por incapacidad de resolución del prestador remitente.
 - Interinstitucional hospitalario en las regiones donde se reconoce una UPC diferencial mayor.
 - Ambulatorio en las regiones donde se reconoce una UPC diferencial mayor.
- Subsidios a la Oferta administrados por las Entidades Territoriales:

- Para la población pobre y vulnerable no afiliada al sistema, el traslado interinstitucional por urgencia u hospitalario por incapacidad de resolución del prestador remitente.
- Para la población afiliada al Régimen Subsidiado que requiere servicios no POS-S:
 - Interinstitucional hospitalario por incapacidad de resolución del prestador remitente.
 - Ambulatorio que requiere un servicio de salud no disponible en su municipio de residencia.

Además de lo anterior, para garantizar la atención integral en salud en situaciones de urgencia, emergencia o desastre y el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias al que ya se hizo referencia, se hace necesario mejorar la capacidad de respuesta de las entidades prestadoras de servicios de salud con una adecuada dotación de equipos médicos para servicios de urgencias, reanimación o cuidado intermedio e intensivo, el fortalecimiento de la red de comunicaciones y una red funcional de transporte de pacientes aéreo o terrestre.

Se conoce además que en el país existen un número significativo de poblaciones dispersas geográficamente o que se encuentran ubicadas en regiones apartadas de los centros de referencia o de atención especializada, por ejemplo las ubicadas en la Región de la Amazorinoquía, y que resulta un importante reto del sector salud definir o determinar los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de estas poblaciones.

Por lo antes señalado, se han venido destinando importantes recursos para apoyar la adecuada preparación de las instituciones de salud con programas que permitan el fortalecimiento de la red de urgencias en cualquiera de sus componentes: comunicaciones, dotación con equipos médicos y el componente de transporte aéreo o terrestre de pacientes, haciendo énfasis en el componente de transporte aéreo medicalizado.

El servicio pretende no sólo garantizar el acceso de la población a los centros especializados o el traslado interhospitalario, sino también la atención de emergencias y desastres, la remisión de equipos, insumos y recurso humano especializado y el transporte urgente de órganos con destino a un trasplante. Esta alianza ha permitido contar con:

- ✓ Un transporte aéreo medicalizado en todo el territorio nacional.
- ✓ El transporte de Brigadas de Especialistas a zonas marginadas.
- ✓ La atención rápida de las emergencias o los desastres.
- ✓ Una cobertura total en la infraestructura aeroportuaria.
- ✓ Operación 24 horas del día

Este servicio de transporte aéreo medicalizado y los que se ofrecen en el sector privado que han venido ampliando su oferta en este tipo de servicios, se garantiza a través de la suscripción de

contratos por parte de las entidades territoriales, los prestadoras de servicios de salud o de los aseguradores del sistema de salud del país.

10. ¿Cómo funcionan las redes integradas de servicios de salud donde no hay carreteras, ambulancias terrestres o fluviales?

RESPUESTA:

Además de la Ley 1122 planteada en la pregunta, que hace relevante las necesidades de acceso a los servicios integrales de salud en los seis departamentos con población más dispersa del país, la Ley 1438 trata adicionalmente el tema de manera general en dos sentidos, el primero las limitaciones del actuar de los agentes del sistema general de seguridad social en salud y el mandato de fortalecer el aseguramiento y garantizar los recursos financieros de subsidio a la oferta, para la red pública en especial, en las zonas dispersas, con débil presencia efectiva del mercado privado.

El gobierno consciente de las dificultades para la reglamentación en todos los temas que inciden en poblaciones y departamentos con población dispersa, decidió no transformar recursos del componente del Sistema General de Participaciones destinados a la prestación de servicios a la población a cargo de las entidades territoriales (población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS subsidiado) con el fin de evitar la reducción de los recursos destinados a este componente, a pesar de la reducción en los servicios a cargo de los departamentos y distritos en función de los procesos de unificación de planes que durante 2011 cubrieron a la población mayor de 60 años.

Debe advertirse que son los gobernadores y alcaldes distritales quienes tienen en sus manos la competencia y el deber de direccionar a dichos hospitales los recursos con la debida prioridad. Si a lo anterior sumamos el avance en unificación del POS para mayores de 60 años que inició en noviembre pasado y la de 18 a 44 años que iniciará el próximo mes de mayo, las condiciones financieras de las entidades territoriales y de los hospitales, tienen un mejor panorama, que en los años pasados.

De otra parte, la prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación por concepto de zonas de difícil acceso y dispersión poblacional se reconoce a las entidades promotoras de salud para garantizar el acceso real a los servicios y resultados en salud de estas comunidades.

Adicionalmente, el Ministerio ha venido trabajando en los siguientes temas:

- La implementación de modelos diferenciados de prestación de servicios de salud que privilegian la atención extramural, con el diseño de estrategias y grupos interdisciplinarios de atención primaria en salud como puerta de acceso que respondan a los requerimientos de la gestión del riesgo en salud de la población y el logro de las metas propuestas en salud pública.

- Se promoverá de forma prioritaria en estos territorios, la cobertura y utilización de tecnologías de la información y comunicación relacionadas con el Sector Salud, tales como la telemedicina. Por lo que las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollarán los servicios de telemedicina en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, en términos de mejorar la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud y el acceso a los mismos por parte de la población residente en estos territorios. Para esto se establecerán los mecanismos y adecuaciones necesarias para su implementación por parte del personal de salud y su divulgación a la población como forma de atención en salud complementaria y efectiva.
- La continuidad e integralidad en la prestación de los servicios se garantizará mediante la referencia y contra referencia en las redes integradas de servicios de salud que fortalecidas en el primer nivel con grupos extramurales referirán a los pacientes para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en otros niveles de complejidad que demande el cumplimiento de una respuesta eficaz a las necesidades del paciente en el marco de los planes de beneficios.
- La coordinación entre las entidades territorial y las Entidades Promotoras de Salud responsables del aseguramiento de la población con dificultades de acceso geográfico, lo que incluye la población dispersa geográficamente, a través del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. La coordinación incluirá el monitoreo y la evaluación del modelo de atención en salud diferencial con enfoque en la gestión del riesgo.
- Se promoverá el diseño de un sistema de incentivos para los egresados de educación superior del área de salud que prestan el servicio social obligatorio en estos territorios para promover su presencia en estas zonas. Por su parte, las entidades territoriales y las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deberán establecer los mecanismos para garantizar las plazas suficientes para estos profesionales, según los requerimientos en salud de la población.
- En el marco de las funciones que correspondan, las entidades territoriales conjuntamente con las entidades promotoras de salud y prestadores de servicios de salud, propiciarán los mecanismos, procedimientos y espacios para la participación social y comunitaria en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos de identificación, caracterización y atención de la población con dificultades de acceso y población dispersa geográficamente, bajo un enfoque de equidad, construcción colectiva y reconocimiento de la interculturalidad.

Cabe recordar que tenemos un compromiso con las comunidades indígenas, que son mayoría poblacional en estos departamentos, incluyendo la actualización del marco legal en lo que a salud

se refiere, que es el otro trabajo en el que estamos y en el que el Congreso es protagonista. Como se podrá concluir, enfrentar las necesidades de salud de dichos colombianos, exige no solo una reglamentación sino la formulación de políticas claras y estrategias de gobierno, que deberán ser producto de un contrato social de todos los actores involucrados.

11. ¿En la reglamentación de la ley 1438 respecto a la estrategia de APS-atención primaria en salud a quien se le piensa entregar el liderazgo de las redes integradas de servicios de salud? ¿Cuál es la metodología de concesión de la estrategia de APS a las EPS?

RESPUESTA:

La respuesta a esta pregunta se dio en la sección de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud de la proposición 20 (página 43).

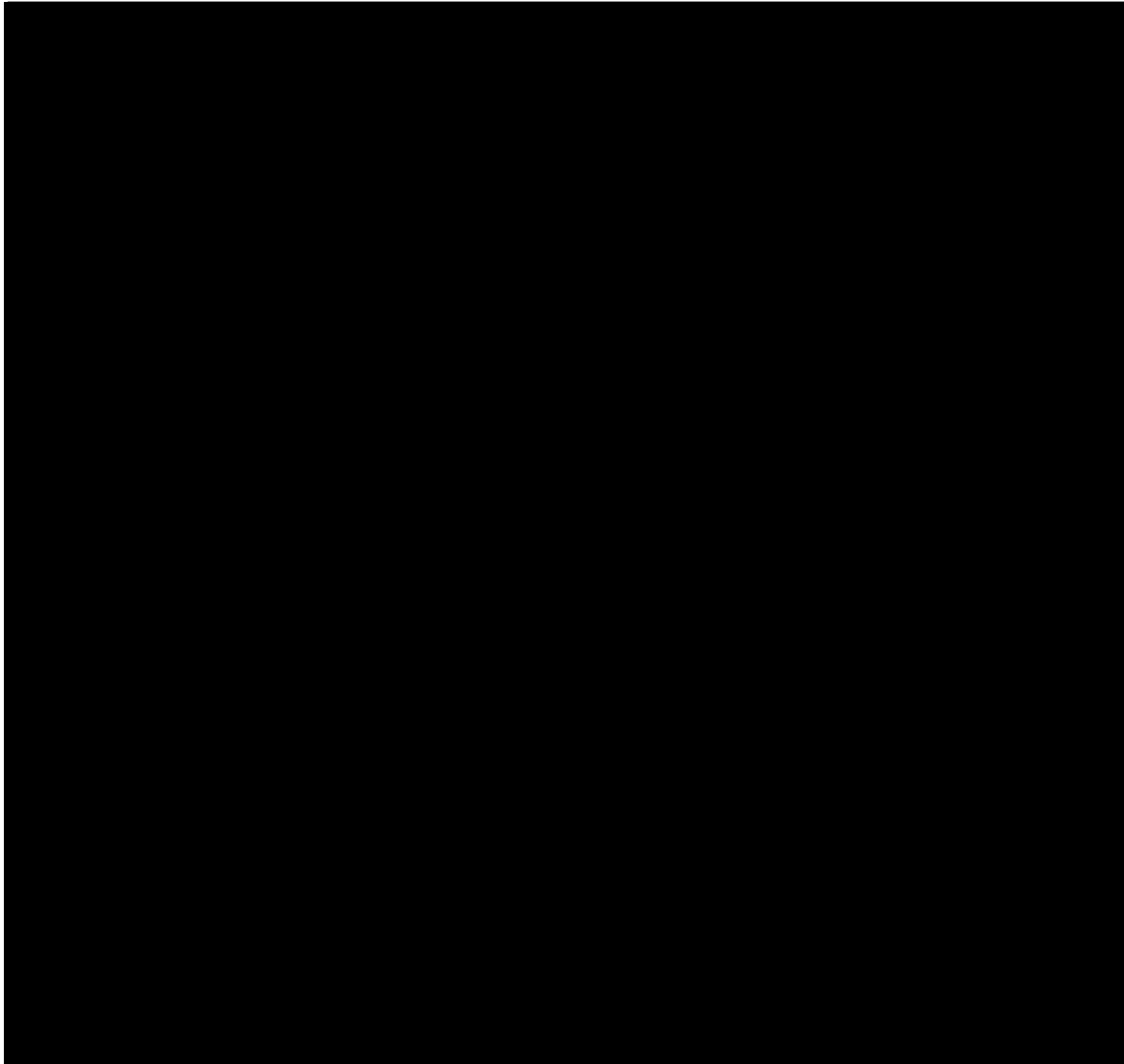
12. ¿En valores absolutos y porcentualmente indique en cuanto del presupuesto total de la salud en Colombia se destina a la promoción y prevención? Por favor indique por EPS cuanto se destinó para el año 2010 y cuanto para el 2011.

En el año 2010, se contó con recursos fiscales y parafiscales provenientes del FOSYGA, Aportes de la Nación y Sistema General de Participaciones por \$1.2 billones, destinados a financiar actividades específicas de promoción y prevención y de salud pública, que representan el 5% del total. Para el 2011, estos recursos ascienden a aproximadamente \$1.4 billones y representan el 5.4% del total; en el 2012 se estima la destinación de \$1.5 billones a estas acciones.

Los recursos señalados son de destinación específica para actividades de promoción y prevención a cargo de las EPS, los Programas Nacionales a cargo del Ministerio y los recursos del Sistema General de Participaciones que ejecutan las entidades territoriales para acciones de Salud Pública.

Adicionalmente, las entidades territoriales pueden destinar recursos de sus presupuestos a actividades catalogadas como promoción y prevención ó salud pública, los cuales no se encuentran incluidos en las cifras antes mencionadas. De la misma forma con cargo a los recursos de la UPC, las EPS adelantan acciones de promoción y prevención cuyo costo no se refleja en las cifras anteriores.

Los recursos que con destinación específica se destinan a financiar exclusivamente actividades de Promoción y Prevención a cargo de las EPS en la vigencia 2011, se presentan en el siguiente cuadro. Estos recursos se reconocen en el proceso de compensación como un per cápita adicional a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación.



13. ¿Cuáles son los problemas estructurales para que en Colombia no se esté implementando la Telemedicina?

RESPUESTA:

En Colombia se han logrado avances importantes en materia de prestación de servicios bajo la modalidad de Telemedicina, cuyos orígenes se dieron por iniciativa del sector privado, posteriormente el sector público incorporó esta modalidad en la prestación de sus propios servicios.

Existe una amplia normatividad que regulan la prestación de los servicios de salud bajo esta modalidad, entre estas, leyes que le dan fuerza y permiten incorporar las TIC en el Sistema de Protección Social, en especial en el sector salud (Ley 1122 de Enero 9 de 2007, Ley 1151 de 2007, Acuerdo 357 de 2007 del CNSS, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1448 del 8 de mayo de 2006, Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007, Ley 1341 del 30 de julio de 2009, Documento CONPES 3670 de 2010, Plan Nacional de TICS, Ley 1419 del 13 de diciembre de 2010, Ley 1438 del 19 de Enero de 2011, Ley 1450 de 16 de junio de 2011).

Las TIC incursionaron en salud bajo el concepto inicial de Telemedicina, referida a la prestación de servicios de salud a distancia, no obstante en la actualidad se utiliza el término Telesalud e inclusive el de e-salud, conceptos más amplios, en la medida que esta última utiliza las TIC para la gestión de la información y el conocimiento, la administración, el aseguramiento y la vigilancia de la prestación de servicios y el mejoramiento del estado de salud de una comunidad asegurando su acceso y calidad.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones, son consideradas como una excelente herramienta para mejorar el acceso y la oportunidad a los servicios de salud de la población, en forma especial la que vive en lugares marginales y apartados, en donde la presencia de profesionales y especialistas de las áreas de la salud es muy limitada o nula. De otra parte, permite mejorar la calidad de la atención en la medida que se capacita al personal que trabaja en las instituciones de salud permitiendo una actualización permanente en aspectos técnicos, científicos y administrativos. Así mismo permite disminuir los costos de la atención en salud, por la reducción del número de remisiones de los pacientes a ciudades capitales o intermedias donde se dispone de especialistas e instituciones de salud con mayor capacidad resolutive, lo que tiene implicación directa tanto para el sistema de salud como para el usuario y su familia. También es importante resaltar como las TIC mejoran la eficiencia de la red de prestación de servicios y la gestión de las entidades del sector salud en general.

En este contexto el Gobierno Nacional ha realizado grandes esfuerzos para que las Instituciones Públicas del país puedan tener conectividad a través del programa Compartel del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC). Al finalizar el año 2009, 838 instituciones de salud pública fueron conectadas a Internet. Con el Proyecto Nacional de Fibra Óptica del Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones durante el 2012 se proyecta conectar 348 prestadores de servicios de salud públicos.

De otra parte, en el marco del Plan Nacional de TIC, el Ministerio en los años 2009 -2011, logró que 141 IPS públicas, contaran con el personal capacitado y los equipos necesarios para la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina, 13 de las cuales ofrecen la modalidad de Tele Cuidado Intermedio.

De la misma forma, no puede desconocerse el importante papel que tiene la telefonía móvil y el Internet móvil, en materia de salud, lo que ha permitido romper las barreras de acceso a los servicios, no sólo de atención sino de capacitación, asesoría, gestión institucional, entre otros aspectos. Actualmente, varios de los hospitales que cuentan con el servicio de telemedicina realizan sus interconsultas a través de dispositivos de Internet móvil celular como una solución en conectividad efectiva y eficiente.

También se tiene formulado un plan para el período 2010-2014, que de acuerdo a los avances de las TIC en el sector, se denomina "Plan País en Telesalud", el cual en la actualidad se encuentra en revisión.

De acuerdo con la consulta realizada al Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), a 29 de febrero de 2012 aparecen habilitados 1.923 servicios bajo la modalidad de telesalud en 452 prestadores de salud, ubicados en los 32 departamentos; en la actualidad la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social realiza seguimiento a los programas de telemedicina originados en las direcciones territoriales y a la prestación de los servicios.

Uno de los retos que enfrenta la implementación de la telesalud en Colombia, es la falta de infraestructura adecuada de telecomunicaciones, hasta la unidad de Prestación de Servicios de Salud. Por tal razón se ha convenido un plan conjunto con MinTIC, mediante el cual:

- 1) MinTIC lleva fibra óptica hasta las cabeceras municipales
- 2) En forma especial, MinTIC lleva la Última Milla de Fibra Óptica, desde las cabeceras municipales, hasta al menos una unidad de Prestación de Servicios de Salud
- 3) Ministerio de Salud lleva la red al interior de la unidad de Prestación de Servicios de Salud

Así, se dispone de infraestructura de comunicaciones desde el interior de la unidad de Prestación de Servicios de Salud hasta el punto remoto de servicio especializado. Se han priorizado 350 municipios.

De esta forma se rompe el ciclo vicioso mediante el cual, no se hacen inversiones en telesalud por la falta de infraestructura en comunicaciones, y no se hacían inversiones en telecomunicaciones para telesalud, porque no se habían hecho las correspondientes inversiones en equipos para telemedicina.

14 ¿Cómo se está apoyando la formación de los profesionales de la salud desde el Gobierno Nacional?

La respuesta a esta pregunta se dio en la sección de Talento Humano en Salud de la proposición 20 (página 24).

Cordial saludo,

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ministra de Salud y Protección Social

Beatriz Londoño Soto