



1000000 -

Bogotá,

Doctor

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO

Secretario General

Cámara de Representantes

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Ciudad

Asunto: Respuesta Radicado 159326 - Proposición No 003 de julio 26 de 2012 y 010 de julio 26 de 2012.

Respetado doctor:

En atención a su solicitud, de manera atenta me permito remitir las respuestas a las proposiciones 003 y 010 del 26 de julio de 2012, en el orden que fueron formuladas las preguntas:

REPRESENTANTE A LA CÁMARA – MARTHA CECILIA RAMIREZ. PROPOSICIÓN 003

- 1. Frente a la preocupante condición laboral de los trabajadores de la salud, al déficit de oferta al cual nos ha llevado la cobertura universal y que se vera profundizada con la igualación del POS, cual es el diagnostico y la política de intervención que sobre este tema tiene el Ministerio desde la planificación, formación del talento humano, la actualización y la administración del mismo.**

Respuesta: Este Ministerio ha elaborado una propuesta de Política de Talento Humano en Salud, que busca armonizar los elementos relevantes de la formación de talento humano, las necesidades del sistema de salud y el mercado laboral, mediante el desarrollo objetivos, estrategias y acciones que se articulan y promueven el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS establecida en la Ley. Como se expone a continuación:

Frente a la condición o situación laboral de los trabajadores de la salud, el documento de política plantea un objetivo específico que busca *“Mejores condiciones para el ejercicio profesional y el desarrollo integral del Talento Humano en Salud”*, a través de acciones coordinadas de varias entidades.

Este objetivo da continuidad al desarrollo de medidas legales y gubernamentales, para asegurar a los trabajadores de la salud condiciones laborales adecuadas, promoviendo su vínculo directo a las instituciones y protegiendo las garantías que les otorga la Constitución y la Ley, sin afectar negativamente la sostenibilidad del Sistema de Salud y sus instituciones. Vale destacar, que las

Leyes 1429 de 2010, 1438 de 2011 y el Decreto 2025 de 2011, han establecido normas con el propósito de mejorar las condiciones de vinculación de los trabajadores de la salud y otros sectores, y que los organismos de control y el Ministerio del Trabajo, se encuentran llevando a cabo acciones para garantizar el cumplimiento de estas disposiciones.

El Gobierno Nacional viene ampliando alternativas legales para dar una respuesta integral a la problemática generada por las múltiples modalidades de vinculación y gestión del personal en las instituciones del sector salud, particularmente en las IPS, en muchos casos utilizadas con propósitos diferentes a aquellos definidos en la ley, o mediante un uso inadecuado que termina afectando negativamente los derechos y garantías de los trabajadores y la calidad de los servicios.

Con respecto a la suficiencia de la oferta de talento humano para atender la demanda de servicios de salud incrementada por factores como la cobertura universal del aseguramiento y la unificación de planes de beneficios, es importante hacer las siguientes consideraciones:

- Efectivamente, hay evidencia de las dificultades que enfrentan algunas instituciones de salud para conseguir y retener profesionales de la salud, particularmente médicos especialistas en algunas regiones y especialidades.
- Esta situación no se puede generalizar para todo el país y para todas las profesiones de la salud. La oferta de médicos generales viene aumentando progresivamente, con un ingreso anual de cerca de 3.700 nuevos médicos y 2.700 nuevas enfermeras y existe un número adecuado de odontólogos, terapeutas y nutricionistas para atender las necesidades de la población.

Para el año 2011, se estima que en Colombia había 77.473 médicos y 42.295 enfermeras. Con esta disponibilidad de profesionales de la salud, el indicador de densidad de recursos humano de la salud, es decir el número de médicos y enfermeras por cada diez mil habitantes, se ubicaba en 26.01, una cifra ligeramente superior al mínimo de 25 recomendado por la Organización Mundial de la Salud, superior al de países de la región como Chile, Ecuador, Perú y Brasil.

DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN COLOMBIA
Número de profesionales / 10 mil habitantes

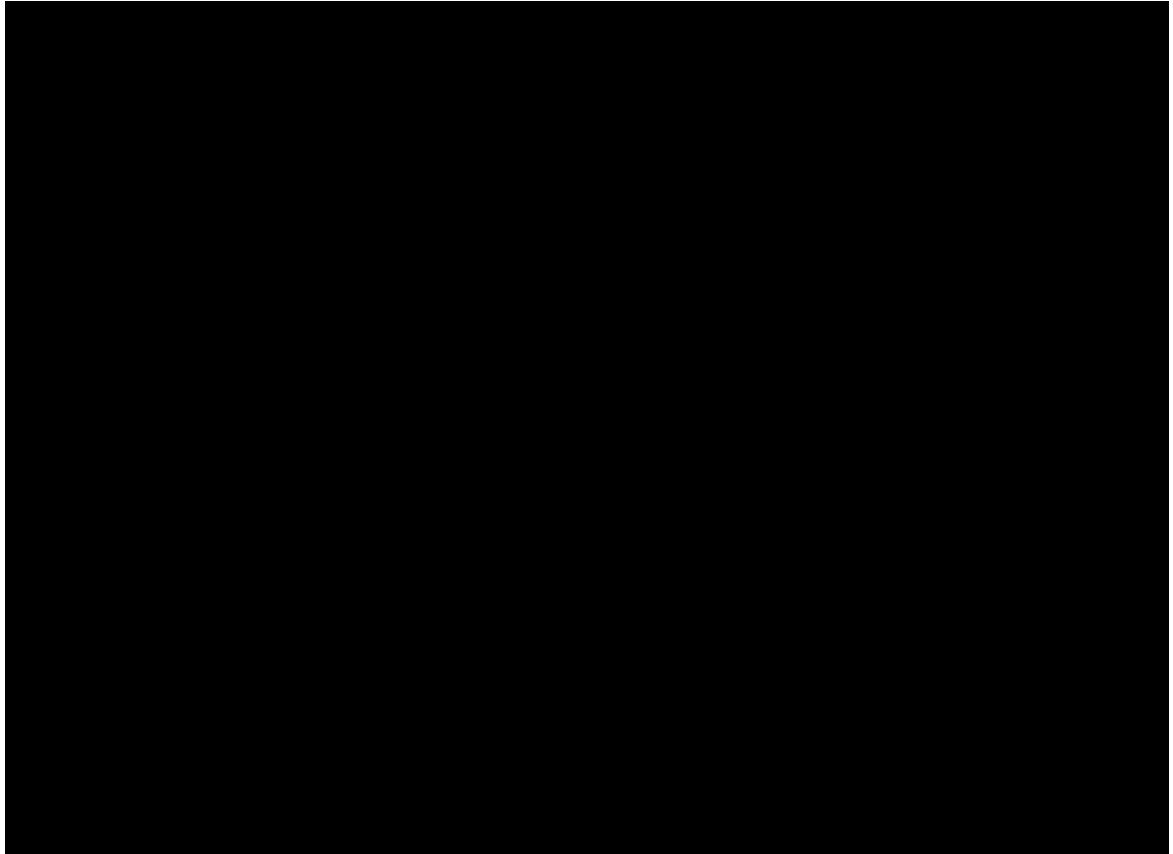
| Año | Población Colombiana ¹ | Médicos ² | Enfermeros ² | Razón Enfermeras / Médicos | Densidad Médicos | Densidad Enfermeros | Densidad Med + Enf |
|------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | (3/2) | ((2/1)*10,000) | ((3/1)*10,000) | ((2+3)/1)*10,000) |
| 1990 | 34.124.535 | 26.171 | 10.810 | 0,41 | 7,67 | 3,17 | 10,84 |
| 1995 | 37.489.666 | 37.743 | 14.545 | 0,39 | 10,07 | 3,88 | 13,95 |
| 2000 | 40.282.217 | 49.406 | 19.690 | 0,40 | 12,26 | 4,89 | 17,15 |
| 2005 | 42.888.592 | 62.703 | 28.966 | 0,46 | 14,62 | 6,75 | 21,37 |
| 2006 | 43.405.387 | 65.150 | 31.228 | 0,48 | 15,01 | 7,19 | 22,20 |
| 2007 | 43.926.034 | 67.614 | 33.404 | 0,49 | 15,39 | 7,60 | 23,00 |
| 2008 | 44.450.260 | 70.079 | 35.627 | 0,51 | 15,77 | 8,02 | 23,78 |
| 2009 | 44.977.758 | 72.544 | 37.849 | 0,52 | 16,13 | 8,42 | 24,54 |
| 2010 | 45.508.205 | 75.008 | 40.072 | 0,53 | 16,48 | 8,81 | 25,29 |
| 2011 | 46.043.696 | 77.473 | 42.295 | 0,55 | 16,83 | 9,19 | 26,01 |

¹ Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 DANE.

² Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Tercera Edición. CENDEX



- c) El incremento de la oferta de médicos especialistas, vía aumento de la oferta educativa, ha sido lento en los últimos 10 años (Tabla 2). Sin embargo, se observa una buena dinámica en las matrículas de las especialidades, con un aumento del 38% entre 2001 y 2010. El aumento de la oferta de especialistas es un objetivo que involucra un proceso complejo donde participan Universidades, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Sociedades Científicas y el Gobierno Nacional, cuyos resultados se concretan, en forma progresiva, en el mediano y largo plazo. Para esto, se están gestionando recursos para la cofinanciación de empleos temporales para los residentes (profesionales que están formándose en especialidades clínicas) y se están optimizando los procesos de aprobación y renovación de programas de especialización y aumento de cupos de los mismos.



- d) La adecuación de la oferta de talento humano en salud a las necesidades del sistema de salud, no solo se ve afectada por la oferta educativa. También intervienen factores como los flujos migratorios internos y externos, las estrategias y modelos de prestación de servicios, los perfiles demográficos y epidemiológicos de las poblaciones, la disponibilidad y acceso a la tecnología, la resolutividad y productividad de los profesionales y las instituciones de salud, entre otros.



Por las razones expuestas, la propuesta de política descrita inicialmente, configura una carta de navegación integral para dar respuesta a las situaciones planteadas. No obstante, ya se están adelantando acciones concretas con esa orientación, entre las cuales se destacan:

- a) Implementación progresiva de la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS, a través de la cual, entre otros, se promoverá la conformación de equipos de salud que apoyen y mejoren la respuesta de las instituciones de salud, desde los ámbitos familiar y comunitario, acorde con las características de cada región o comunidad.
- b) Ajuste y actualización de las normas de calidad de los servicios de salud (habilitación), con lo cual se busca, entre otros, mejorar la resolutivez de los servicios y equipos de salud, particularmente en los primeros niveles de atención, modificando los elementos que limitan el ejercicio pleno de las capacidades y competencias de los profesionales de la salud y potenciando el rol de los profesionales no especialistas y los especialistas básicos.

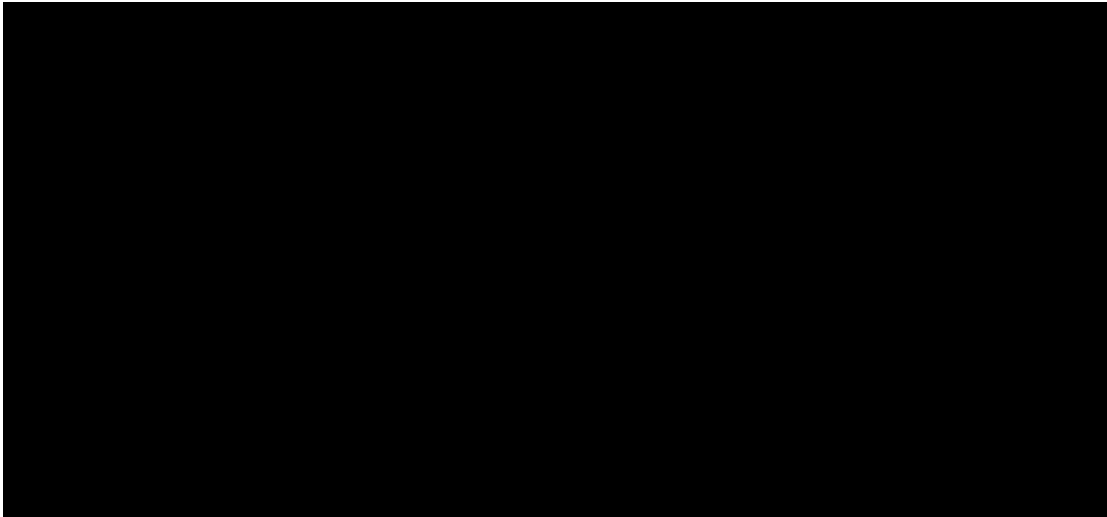
También, se busca dar un tratamiento diferencial a los servicios según estén ubicados en zonas alejadas de los grandes centros urbanos o con población dispersa, donde es más difícil conseguir profesionales y especialistas de la salud, con el fin de facilitar la oferta de los servicios de salud que se requieren en esas localidades.

- c) Definición y desarrollo de competencias para las profesiones de la salud, que correspondan a las características demográficas y epidemiológicas de la población colombiana y a los requerimientos del sistema de salud, como referentes para los procesos y programas de formación del Talento Humano en Salud, los mecanismos de evaluación de dichos procesos, la gestión del talento humano por parte de los empleadores, el sistema de garantía de la calidad en salud, entre otros.

Con este propósito, desde hace varios meses se ha venido trabajando con un grupo en el que participan la Academia Nacional de Medicina, los Colegios, Asociaciones y Facultades del área de la salud, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud. Los resultados iniciales, que se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud, se han tenido que revisar y ajustar, conforme ha avanzado el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud definida en la Ley 1438 de 2011.

- d) Ajuste de los procesos y procedimientos de evaluación de la relación docencia servicio y el registro calificado, con el propósito de promover y agilizar la apertura de programas de pregrado y especializaciones del área de la salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos que aseguren la calidad de la formación. Esta acción se está desarrollando en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional.
- e) Apoyo a la formación de especialistas en aquellas áreas prioritarias para el país, mediante la cofinanciación de las residencias, para lo cual ya se están gestionando recursos del presupuesto nacional para la vigencia 2013, en el marco del artículo 101 de la Ley 1438 de

2012. Estos recursos se suman a los que actualmente destina el Gobierno Nacional para la financiación del programa de becas crédito, mediante el cual se ha venido apoyando la formación de especialistas en un número que ha venido aumentando en los últimos años, como muestra la siguiente tabla:



- f) Haciendo uso de las modalidades establecidas en la Resolución 1058 de 2010, se promoverá la implementación del Servicio Social Obligatorio para especialistas, en Institución Prestadora de Servicios de Salud ubicadas en regiones alejadas o con poblaciones dispersas, con el fin de garantizar el acceso de estas poblaciones a los servicios especializados básicas que permitan mayor resolución y atención más integral. Para esto, se realizará, en primer lugar, una consulta para determinar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan las condiciones para la apertura de dichas plazas e iniciar con el apoyo técnico que permita ubicar a los especialistas mediante esta estrategia.
- g) Se está desarrollando el Sistema de Formación continua del Talento Humano en Salud, para lo cual existe un proyecto de decreto reglamentario, disponible en la página web del Ministerio de Salud, donde se definen las condiciones de calidad para ofrecer cursos y programas de formación continua, las responsabilidades de las instituciones de salud frente a su financiación, los mecanismos de evaluación y articulación frente al sistema de calidad y el registro único de talento humano en salud.

El proyecto ha sido presentado al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, a los Colegios Profesionales de Medicina, Odontología, Enfermería, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional, Química Farmacéutica, Terapia de Lenguaje, Instrumentación Quirúrgica, entre otras. Además, se ha presentado en la Universidad del Valle, donde se recibieron observaciones y propuestas de los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios y representantes de la Asociación Colombiana de Universidades,

ASCUN. El proyecto se encuentra disponible para consulta y aportes en la página web del Ministerio de Salud.

- h) En el mismo sentido, se realizará la difusión, implementación y capacitación progresiva en las Guías de Atención Integral, que servirán como herramientas de calidad, referencia y apoyo, para mejorar la calidad y la capacidad resolutiva de los profesionales de la salud frente a las situaciones de salud con mayor impacto en la población colombiana. Este proceso de iniciará en el último trimestre del presente año y desde ya se está trabajando en estrategias y herramientas para promover el conocimiento, uso y adherencia a las guías por parte de los profesionales de la salud.

2. Cual ha sido el avance en materia del saneamiento financiero y fiscal de las empresas sociales del estado, conforme a la Ley 1438.

Respuesta: Con el fin de determinar el alcance del riesgo fiscal y financiero y el planteamiento del plan de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado, el Ministerio de Salud y Protección Social ejecutó un procedimiento con las siguientes actividades:

- a. Determinación de los aspectos a tener en cuenta para definir el riesgo financiero de las empresas sociales del Estado, dentro de los que se encuentran, entre otros, factores financieros, ubicación de la IPS en cuanto a si está o no ubicada en de alta dispersión, carácter (municipal o departamental), número de sedes que la conforman.
- b. Estudio de las variables que conformarán los indicadores que determinarán el riesgo financiero, por ejemplo, ingresos reconocidos y recaudados, gastos comprometidos, cartera por edades.
- c. Solicitud de aspectos a tener en cuenta en el proceso de reglamentación a instancias como ACESI y la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá.
- d. Análisis de los aspectos mencionados por instancias como ACESI y la Secretaría de Salud de Bogotá para la reglamentación.
- e. Construcción de propuesta de indicador que determinará el riesgo fiscal y financiero y validación del mismo.
- f. Análisis de los aspectos a incluir en la reglamentación relacionada con la construcción y adaptación del plan de saneamiento fiscal y financiero por parte de las empresas sociales del Estado. Esto incluirá además, la concertación con otras instancias del Gobierno Nacional como la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Es necesario tener en cuenta que la propuesta de indicador determinará aspectos diferenciales para aquellas Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que operan en condiciones de mercado especiales. Todas las IPS que se clasifiquen en riesgo medio o alto deberán adoptar un plan de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud respectiva.

3. La contraloría y la procuraduría han estado presentes en las actividades de conciliación de cartera con la red pública hospitalaria. Cual ha sido el resultado de esos acuerdos y porque razón a la fecha siguen existiendo acuerdos conciliatorios incumplidos.

Respuesta: En el marco del proceso de saneamiento de cartera, este Ministerio conoce que mediante ejercicios de conciliación entre las partes (EPS y entidades territoriales) se ha llegado a determinar la existencia de deudas de contratos del régimen subsidiado, que en muchos casos no habían sido pagadas.

Por esta razón, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 se reglamentó por parte del Gobierno Nacional un procedimiento para el pago de las deudas reconocidas a través de procesos de conciliación, actas de liquidación de contratos y/o actos administrativos de liquidación unilateral de contratos del régimen subsidiado de salud. En este proceso, que inició el 25 de mayo de 2012, y el cual culminará en la presente vigencia, se espera que se realice el pago efectivo de estas deudas con cargo a los recursos de la cuenta maestra o de las fuentes previstas en el mencionado artículo (saldos de FAEP, Propósito General de libre inversión del SGP y Regalías).

En todo el proceso mencionado, se ha contado con el apoyo de la Procuraduría General de la Nación, especialmente en el tema de divulgación de la norma y el acompañamiento de los procesos de asistencia técnica en las entidades territoriales.

4. Cuál es la cifra real que tiene el ministerio frente a cartera de vigencias anteriores y la cartera a partir de la implementación del giro directo en la red pública y privada, desglosando los tres niveles de atención en ambos casos.

Respuesta: De acuerdo con la información reportada por los hospitales públicos del país la implementación de la medida de giro directo de los recursos de la Nación que cofinancian el régimen subsidiado ha venido impactando de manera importante en el valor de la cartera por venta de servicios a la población afiliada a este régimen.

Tal como se presenta en la siguiente tabla, el valor de la cartera menor a 60 días se redujo entre el 30 de junio de 2011 y el 31 de marzo de 2012 en 29%, siendo mayor la proporción en las instituciones de baja complejidad con 49%.

Tabla 1
Variación de la cartera de IPS públicas menor a 60 días por prestación de servicios a población afiliada al régimen subsidiado - Corte 30 de junio de 2011 – 31 de marzo de 2012

Valores en millones de \$ corrientes de cada año

| Nivel de atención | Jun-11 | Mar-12 | Var. % |
|-------------------|---------|---------|--------|
| Total | 546.828 | 386.170 | -29% |
| Nivel 1 | 209.092 | 105.993 | -49% |
| Nivel 2 | 157.847 | 138.243 | -12% |
| Nivel 3 | 179.889 | 141.934 | -21% |

Fuente: Información provista por IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

Para los mismos períodos, la cartera menor a 180 días se redujo en promedio en 13% con mayor impacto en la baja complejidad con 31%.

Tabla 2

Variación de la cartera de IPS públicas menor a 180 días por prestación de servicios a población afiliada al régimen subsidiado - Corte 30 de junio de 2011 – 31 de marzo de 2012

Valores en millones de \$ corrientes de cada año

| Nivel de atención | Jun-11 | Mar-12 | Var. % |
|-------------------|-----------|---------|--------|
| Total | 1.070.086 | 934.282 | -13% |
| Nivel 1 | 376.799 | 260.464 | -31% |
| Nivel 2 | 342.591 | 334.532 | -2% |
| Nivel 3 | 350.697 | 339.286 | -3% |

Fuente: Información provista por IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

5. Teniendo en cuenta que el giro directo se constituye en una medida concreta de eliminación de la Intermediación, sírvase explicar los criterios técnicos y financieros con los cuales se determinara el porcentaje de giro directo a los prestadores.

Respuesta: Sobre el particular es importante advertir que el giro directo a las IPS es un mecanismo para agilizar el flujo de recursos entre las EPS y las IPS y no reemplaza las obligaciones de las EPS en cuanto al cumplimiento de los plazos previstos por la Ley 1122 de 2007 para el pago de los servicios de salud prestados, ni la responsabilidad indelegable del aseguramiento que implica la organización de la red de prestación de servicios.

La Resolución 2320 de 2011 y, su modificatoria, la Resolución 4182 de 2011, mediante la cuales el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el mecanismo de reporte de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud relacionada con los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, usó como referencia los plazos previstos por el artículo 13 de la Ley 1122 para el pago de los servicios de salud por parte de las EPS. En tal sentido, para el caso de los contratos bajo la modalidad de capitación la resolución antes citada estableció que se reporte el 100% del valor mensual y el 50% del valor de la facturación por cualquier otra modalidad de contratación.

Los valores que deben reportar las EPS se constituyen en una base mínima, y no existe restricción para los montos máximos a autorizar. El único límite que existe en el proceso de giro directo es que las autorizaciones de giro a las IPS superen las Unidades de Pago por Capitación reconocidas a cada EPS. En todos los casos el giro se realiza directamente a las cuentas registradas por las IPS, en los montos solicitados por las EPS y hasta el total de la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado de cada EPS.

6. Cuál es la situación actual de los recobros ante el FOSYGA. Que procesos se han implementado para la transparencia en el manejo de estos recursos. Qué sistema de información se está utilizando para el control en el manejo de los mismos. Qué posición y cuales planes tiene el Ministerio frente al manejo del no pos especialmente en materia de medicamentos.



Respuesta: El procedimiento a través del cual las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar recobran ante el FOSYGA, se encuentra definido a través de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificaciones, en la cual los artículos 10 y 11 establecen los requisitos de obligatorio cumplimiento para la presentación del recobro. Así mismo, establece los tiempos de radicación y el tiempo de duración de la auditoría integral y financiera, la cual de conformidad con la citada Resolución es de dos (2) meses.

En este sentido, actualmente se encuentra en proceso de auditoría las solicitudes de recobro por suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios, radicadas durante el 1 y el 15 de junio de 2012.

En relación con las medidas implementadas para mejorar la transparencia en el manejo de los recursos, este Ministerio ha adelantado las siguientes:

- 1) Con el objeto de hacer transparente la información de soporte de los recobros, la Resolución 4377 de 2010 estableció que no se tramitarán solicitudes de recobro hasta cuando la EPS haya realizado el correspondiente reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED¹-, obligación vigente, pero que no venía siendo adecuadamente acatada por las entidades que debían reportar, razón por la cual, se incluyó la revisión del mencionado reporte dentro de los criterios de auditoría y se supeditó el cumplimiento del mismo, a la devolución de la solicitud de recobro, introduciéndose condiciones específicas del reporte de la información en el artículo 2 de la Resolución 782 de 2012².
- 2) Así mismo, se define como criterio de auditoría que una solicitud de recobro no será tramitada hasta tanto se presente la información de conformidad con el Código Único Nacional de Medicamentos (CUM), con el fin de facilitar su control. En este mismo sentido, se realizaron los ajustes necesarios a la malla validadora de los medios magnéticos de las solicitudes de recobro.
- 3) Adicionalmente, y teniendo en cuenta que los valores de los medicamentos recobrados al Fosyga constituyen cerca del 90% de los valores recobrados, se inició la implementación de medidas con efecto en el corto plazo con el objeto de frenar el incremento de los valores recobrados con cargo al Fosyga de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En este marco de acción, en materia de medicamentos No Pos, se expidió el Decreto 4474 de noviembre 29 de 2010³, 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

¹ 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.

² Por la cual se adiciona la Resolución 3099 de 2008, modificada en lo pertinente por las Resoluciones 3754 de 2008, 4377 de 2010 y 1089 de 2011.

³ 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.

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 2010⁴, 005 de 2011⁵, 1020 de 2011⁶, 1697 de 2011⁷, 3470 de 2011⁸ y 4316 de 2011⁹, en donde, se regulan 135 moléculas (que corresponden a alrededor de 1490 medicamentos que registran operaciones de compra y venta en el mercado) y que representan cerca del 80% del valor de los recobros presentados.

El Gobierno Nacional espera en un plazo inmediato ampliar la cobertura de la regulación de los valores máximos de recobro para alcanzar por lo menos el 90% de los medicamentos que son recobrados de acuerdo al ranking de la vigencia 2011.

Frente al sistema de información, su diseño y desarrollo permite radicar las solicitudes de los recobros presentados por las entidades recobrantes, digitalizar los medios físicos de las solicitudes, realizar la auditoría integral, consolidar los resultados y almacenarlos en una base de datos que contiene toda la información que conforma el recobro de acuerdo con las especificaciones y estructuras contenidas en la Resolución 3099 de 2008.

Los diseños y desarrollos del sistema de información son de carácter dedicado, es decir, no es un software comercial y es único para el proceso de los recobros.

Finalmente, el principal resultado de estas medidas se evidencia en que la tendencia creciente de los recobros se frenó y que se han generado los controles necesarios para la protección de los recursos del sistema

7. La implementación de redes y atención primaria en salud se constituyen en elementos estructurales de alto impacto para la eficiencia en la prestación de servicios en salud y garantía de acceso oportuno y atención pertinente a los usuarios. Vencidos los términos para la reglamentación, cuáles son los elementos fundamentales de la misma; cual es la estrategia de implementación de redes y APS que tiene el ministerio y; cuales son los mecanismos de vigilancia para el cumplimiento de lo establecido en la ley.

Respuesta: Durante la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, se desarrolló un proceso orientado a la elaboración de los actos administrativos necesarios para reglamentar la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, incluidos los mecanismos de vigilancia. Como resultado de

⁴ "Por la cual se establecen unos 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".

⁵ "Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010".

⁶ "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".

⁷ "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"

⁸ 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"

⁹ 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"



dicho proceso, se obtuvo y publicó un borrador de decreto reglamentario focalizado en la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud, que sirvió de base para la realización de reuniones de discusión y búsqueda de consensos con los diferentes actores del sistema, como: direcciones territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal; así mismo, con instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas, empresas promotoras de salud, representantes de la academia, entre otros.

Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social está desarrollando el **Documento Marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia**, el cual contiene los lineamientos de políticas de la implementación de la estrategia para su tres componentes: acción inter y tras-sectorial, participación social, comunitaria y ciudadana y los servicios de salud. El documento comprende, entre otros aspectos: el enfoque, los principios, las estrategias y plan de acción para su implementación, incluyendo los mecanismos de monitoreo y vigilancia

8. Sustente los criterios financieros, de eficiencia y de conveniencia que dan soporte a la habilitación de las EPS dentro del sistema de seguridad social en salud.

Respuesta: La habilitación de las EPS se fundamenta en cuatro pilares fundamentales que buscan que estas instituciones además tener solidez técnica y financiera, cumplan con sus tres funciones esenciales como son la representación del usuario, la organización y manejo de la prestación de servicios, y la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados. El primero son los requisitos de carácter legal que enmarcan a estas instituciones en las normas que rigen el sector e imponen una serie de condiciones y requisitos para su conformación y operación. El segundo se refiere a los requisitos de carácter administrativo con los cuales se pretende garantizar la existencia de estructuras y procesos administrativos y gerenciales que le den soporte a las obligaciones de estas entidades para con sus afiliados, sus instituciones prestadoras y con autoridades de dirección, vigilancia y control del sistema. El tercero referente a los requisitos de carácter técnico orientados al montaje y operación de su obligación en la organización y manejo de la prestación de servicios y en la gestión del riesgo en salud de sus afiliados. El cuarto y último pilar se refiere al cumplimiento de los requisitos de carácter financiero que pretenden garantizar la existencia un régimen de solvencia que permita por un lado los recursos necesarios para la operación normal de la entidad, y del otro la prestación de los servicios, la gestión del riesgo en salud y el cumplimiento de sus obligaciones para con los prestadores de servicios.



1. **¿Qué acciones efectivas se están tomando para garantizar las atenciones especialmente de mediana complejidad (medicina especializada, cáncer y demás) a los afiliados de EPS liquidadas? Pues conocemos que hospitales y clínicas no tienen contrato con estas EPS.**

Respuesta: La atención en salud de las personas afiliadas a las EPS en liquidación se está garantizando mediante el giro directo de los recursos a las IPS. Cuando las EPS entran en liquidación ya se ha iniciado el proceso de traslado hacia otras EPS, de forma tal que con ambas medidas, giro directo y traslados, no se ponga en riesgo la prestación de los servicios. Hay que mencionar que existen muchos casos en los cuales las IPS no tienen contratos con EPS aun sin ser entidades en liquidación, lo que por un lado dificulta el giro directo de recursos a estas entidades, obliga a los usuarios a ser atendidos por los servicios de urgencia generando mayores traumatismos al paciente, e incrementa el costo de la atención porque ante la no existencia de contratos se cobran tarifas máximas.

Sin embargo, es claro que mientras existan afiliados a las EPS, bien sea por el acceso directo a urgencias o si media una relación contractual con el prestador el responsable de la atención y pago de los servicios es la EPS, así esta se encuentre en proceso de liquidación.

2. **El Estado colombiano representado en el gobierno nacional delegó en unos terceros particulares el asegurado (sic) en salud de las personas; a través de la SNS y del Ministerio se revisa permanentemente que estos cumplan con su objeto misional, hasta el punto que la SNS decide intermediar o someterlos a medidas de vigilancia especial, incluso delegando agentes interventores como representante del estado, estas medidas no son efectivas y la SNS decide liquidarlos. ¿Qué responsabilidad le cabe al gobierno nacional por las muertes y del aumento de la carga de enfermedad de los afiliados con estas EPS?**

Respuesta: La legislación en salud vigente así como la abundante jurisprudencia de las altas cortes, garantizan la atención de urgencias a las personas cuando este en riesgo su vida o integridad física, ante cualquier IPS sin que medie ningún tipo de contrato o pago previo. El hecho de que una EPS este en proceso de liquidación, o no existan contratos entre esta entidad y las IPS, o se tengan deudas entre ambas, no puede ser motivo para que una IPS se niegue a atender a una persona para quien esté en riesgo su vida o su integridad física.

3. **¿Quién le pagará a los prestadores de servicios de salud públicos y privados las enormes deudas que dejaron estas EPS liquidadas?**

Respuesta: De acuerdo con la normatividad vigente, en especial en lo establecido en el Decreto Ley 663 de 1996, Ley 510 de 1999 y Decreto 506 de 2005, las EPS en liquidación tienen un marco jurídico que permite pagar a los acreedores las deudas que tenga la entidad. En este sentido, todas las personas que se consideren con derecho a presentar reclamaciones de cualquier índole a las EPS en el proceso liquidación podrán hacerlo, respetando los tiempos dispuestos en la normatividad vigente. Con relación a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, existe

jurisprudencia que señala que estos recursos son parafiscales y en este sentido no hacen parte de la masa de liquidación.

En el marco del Decreto 1080 de 2012 el artículo 3 establece que los recursos pueden girarse directamente a los prestadores, sin hacerse distinción entre las EPS que están en proceso de liquidación y las que no.

4. ¿Qué obligación tienen los hospitales y clínicas del país de contratar con EPS insolventes que las están llevando a la quiebra?

Respuesta: El contrato o acuerdo de voluntades está definido en el artículo 3 del Decreto 4747 de 2007 como: “Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.” (Art.3).

5. ¿Por qué no se delega a manera de EPS transitorias a los entes territoriales departamentales el aseguramiento donde las EPS estén bajo medidas de la SNS o en procesos de liquidación y ninguna EPS solvente quiere recibir esta población?

Respuesta: La figura de las EPS transitorias no existe en la legislación vigente, por lo que jurídicamente no es viable su utilización. Además, esta fue una experiencia transitoria al inicio del Régimen Subsidiado en 1995, que no tuvo una evaluación satisfactoria tanto en la gestión de los recursos como en el proceso de atención de las personas. El Gobierno Nacional está emprendiendo las acciones necesarias para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios como son el giro directo de los recursos a las IPS y el traslado de afiliados hacia otras EPS que operen en el municipio o región donde se pueda presentar la contingencia de EPS en liquidación.

6. ¿Cuáles son los estudios técnicos y financieros que viabilizan la propuesta de decreto por medio del cual se plantea mejorar la operación del régimen subsidiado, regular el número de afiliados por municipio y por región?

7. Dentro de las medidas anunciadas por el gobierno, se plantea disminuir el número de EPS haciendo más estrictos los requisitos, ¿qué estudios viabilizan el número de afiliados óptimos? Hay evidencias de que EPS grandes no están bien (EMDISALUD 1.000.000 de afiliados aproximadamente, CAPRECOM 3.000.000, SALUDCOOP casi 4.000.000)

Respuesta: En la literatura mundial existen muy pocos estudios que aborden el tema de las “escalas mínimas óptimas” en el campo de la administración del aseguramiento y los servicios de salud (Blair, R., Jackson, J. y Vogel, R. (1975); Long MJ, Ament RP, Dreachslin JL, Kobrinski EJ. (1985)). Estos estudios están basados en la estimación de coeficientes individuales generados mediante modelos de regresión, los cuales por esta razón representan un gran riesgo para su estimación, inferencia e interpretación que conduce a volatilidad en sus resultados. Además, estos estudios han sido realizados en países con mercados desregulados como es el caso de los Estados Unidos que no es comparable con el caso colombiano.



Al presente no existen en Colombia estudios que puedan afirmar si el número de EPS está por debajo o por encima del supuesto número ideal. Tampoco se conocen metodologías que puedan utilizarse para estas estimaciones, máxime cuando se trata de un mercado altamente regulado, y cuando las condiciones de operación del aseguramiento son igualmente disímiles en todo el país. Por ejemplo, la dispersión del riesgo y los gastos de administración son muy diferentes en una EPS que tiene sus afiliados concentrados en las grandes ciudades, si se compara con una que tiene su cobertura distribuida en una gran cantidad de municipios, así ambas cuenten con el mismo número de afiliados.

La teoría económica general señala como las economías de escala permiten distribuir mejor los riesgos y los gastos de administración. Igualmente limitar el número de entidades facilita y reduce el costo de las acciones de inspección, vigilancia y control. Ha sido en este sentido que se han diseñado acciones orientadas a contar con menos EPS y a limitar su número por municipio y región, pero que sean sólidas financiera y administrativamente con lo cual puedan destinar una menor proporción de sus recursos a los gastos administrativos y a las cuales se les puedan exigir mayores recursos para mejorar el relacionamiento con sus afiliados. Igualmente, la construcción de regiones del aseguramiento lleva implícita la organización de redes integrales en su interior que puedan garantizar todos los servicios a los que se tiene derecho.

8. El fortalecimiento de la SNS está planteado en la Ley 1438 e 2011 (sic) ¿Por qué no se ha ejecutado? Y ahora de nuevo se anuncia como la gran medida para mejorar el sistema de salud?

Respuesta: Es importante mencionar que el rediseño de la entidad, en el marco de la Ley 1438 de 2011, se inició el año anterior. Este ejercicio ha tenido como alcance, además de la incorporación de las nuevas funciones y competencias que le señala la Ley, una revisión integral de su componente orgánico funcional.

De manera complementaria, para el Gobierno es necesario dar contexto a la necesidad de fortalecer la función de Inspección, Vigilancia y Control IVC en el sector, por lo que la tarea compromete, además de la Superintendencia Nacional de Salud, a las demás entidades que dan cuerpo integral a la función de Supervisión en el sector; todo lo cual se traduce en una propuesta integral de rediseño institucional que abarca también al conjunto de entidades adscritas al Ministerio que cumplen esta función de IVC en sus respectivos frentes.

El rediseño se orienta, de una parte, al fortalecimiento institucional del Invima, del Instituto Nacional de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, como entidades responsables de la función de supervisión del servicio de salud; y de otra, a fortalecer la coordinación de las funciones de IVC, que ejercen las entidades nacionales para el sector salud.

Así, el fortalecimiento de las entidades se enmarca en la práctica de Buen Gobierno, que busca mejores organizaciones, eficiencia en el uso de los recursos a su cargo y en los procesos de gestión, la atracción y promoción de talento humano con excelencia para el servicio público y mayor transparencia en la gestión.



Por su parte, la propuesta de coordinación institucional de las funciones de IVC aborda los esfuerzos de trabajo en 3 frentes: uno de trabajos misionales, otro para lograr sinergias usando facilidades comunes, y otro para buscar la integración en el ejercicio de algunas funciones con otras entidades y organismos de control.

En este contexto, para la Superintendencia, su rediseño tiene como propósito el fortalecimiento e implementación de modelos y estrategias eficientes de Inspección, Vigilancia, Control y de los procesos jurisdiccional y de conciliación frente a los riesgos del Sistema General Seguridad Social en Salud. Bajo estos criterios se implementarán las figuras del Defensor del Usuario y de las Juntas Técnico-Científicas, así como una estructura organizacional desconcentrada por regiones, con el siguiente marco técnico: i) Enfoque riesgo: Se privilegiará la acción de la Supersalud hacia un enfoque de Inspección, Vigilancia y Control preventivo, antes que correctivo; Se desarrollarán e implementarán sistemas de administración de riesgo por tipo de sujetos objeto de supervisión y aplicar medidas de IVC, a partir de cada sistema diseñado, soportados en un sistemas de información fortalecidos; ii) Defensor del Usuario: Se implementará la figura del Defensor del Usuario, creada por la Ley 1438 de 2011, con criterio de servicio; iii) Juntas Técnico Científicas: Se implementará la figura creada por la Ley 1438 de 2011; iv) Desconcentración: se implementará un modelo desconcentrado de IVC.

9. Entregarle parte de la vigilancia del sistema, a la superfinanciera y el consolidar un fondo que responda por las EPS insolventes pretende que las EPS se manejan como un banco? No es un error pensar que hay que homologar el sistema de salud al sistema financiero?

Respuesta: El Decreto 4185 de 2011, plantea que la Superintendencia Financiera de Colombia en los términos establecidos en esa norma, entrará a vigilar los aspectos relativos a las normas prudenciales de las compañías de seguros, particularmente en lo relativo al riesgo financiero. Este riesgo financiero, se refiere esencialmente al régimen de solvencia patrimonial, régimen de reservas, inversiones y margen de solvencia, que es necesario observen las Entidades Promotoras de Salud para mitigar los riesgos derivados de la operación y asegurar la adecuada prestación de servicios a la población, así como el adecuado manejo de los recursos de la Seguridad Social.

No se pretende homologar las EPS a un Banco, por cuanto naturalmente las funciones y su rol en cada sector es distinto, pero en el componente propio del riesgo financiero los requerimientos y los mecanismos financieros para preservar la solidez de estas entidades que participan en el manejo de recursos públicos, son necesarios. En este contexto se está planteando la reglamentación de habilitación financiera, frente a la cual, como es de conocimiento público ya existen avances desde hace varios años, particularmente en el caso de las EPS del Régimen Contributivo de Salud.

10. ¿Realmente el gobierno nacional si escucha a todos los actores que claman por un cambio estructural del sistema?.

Respuesta: El Gobierno Nacional siempre ha escuchado a todos los actores del sistema. Por lo tanto, está abierto a revisar y discutir todas las propuestas lo que sea pertinente para mejorar el



Sistema General de Seguridad Social en Salud, y con ello contribuir a avanzar en estándares de calidad de los servicios, sin descartar la posibilidad de efectuar ajustes en el funcionamiento de los roles de los diferentes actores del sistema.

11. ¿Qué plan se tiene para fortalecer los hospitales públicos?

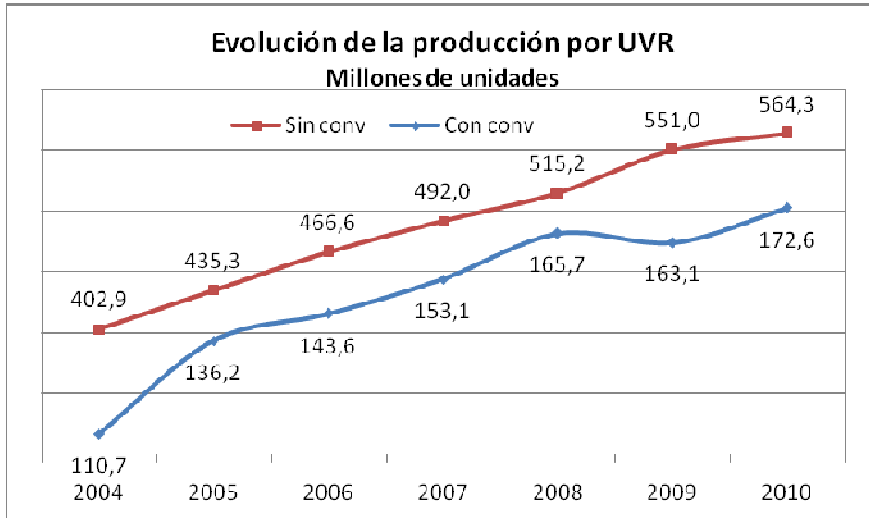
Respuesta: El Gobierno Nacional, en atención a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, está en proceso de diseño de un programa de fortalecimiento hospitalario, dirigido al mejoramiento de la capacidad resolutive, especialmente de las instituciones hospitalarias que ofrecen servicios básicos, es decir, de baja complejidad. Dentro de los aspectos que se incluirán está el mejoramiento de la capacidad física instalada a partir del suministro de equipos biomédicos y la adecuación de su infraestructura física y el mejoramiento de su gestión de prestación de servicios y calidad en los mismos y el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera. Con la implementación de todos estos aspectos se busca el direccionamiento de la gestión hospitalaria pública hacia el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, es decir, su adecuación hacia una moderna y operativa gestión.

12. No se ha pensado (sic) su despacho reformular la política de prestación de servicios que el CONPES 3204 del 2002 y que solo trajo reestructuraciones en los hospitales y les ha impedido crecer en vinculación de recurso humano y en instalaciones físicas, lo que ha disminuido la oferta?

Respuesta: La política de prestación de servicios de salud involucra un conjunto de acciones dirigidas al mejoramiento de la accesibilidad en la prestación de servicios de salud, la calidad en la atención y la eficiencia en el uso de los recursos.

En desarrollo de ella, desde el Ministerio se han desarrollado acciones de acompañamiento y asistencia técnica a direcciones territoriales de salud e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud dirigidas al mejoramiento y modernización de los procesos asistenciales, gerenciales, administrativos y financieros y, a la adecuación de las redes de prestación de servicios y portafolio de servicios de las IPS públicas a las necesidades de la demanda.

Uno de los proyectos que hace parte de la política de prestación de servicios es la reorganización operativa de las IPS públicas en función del rediseño de las redes de prestación de servicios de salud. El Ministerio ha venido evaluando dicho proceso encontrando que a lo largo del tiempo los procesos de reorganización de las instituciones han implicado un mayor incremento en la producción de servicios por parte de las entidades reorganizadas frente a aquellas donde no se han desarrollado estos procesos, por lo que no podrían asociarse estos procesos a reducción de la oferta.



Nota: Definición de Unidad de Valor Relativo UVR: Las instituciones hospitalarias presta múltiples productos. Con el fin de hacer comparaciones entre instituciones y ejercicios de eficiencia, es necesario agregar la producción en un solo dato. Para ello se utiliza una fórmula que vuelve equivalente la producción hospitalaria ya que pondera consultas electivas y urgentes, partos y cirugías (entre otros), acorde a una institución hospitalaria y discrimina algunos de estos servicios por nivel de complejidad. Esta fórmula fue adoptada de un estudio del DNP y se ha venido depurando e incluyendo nuevos servicios, acorde con el sistema de información hospitalaria SIHO. Esta definición originalmente fue utilizada por el Instituto de Seguros Sociales para el cálculo del valor de los servicios hospitalarios en cada vigencia.

No obstante lo anterior, el Ministerio en el marco de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, relacionado con la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, el fortalecimiento de la baja complejidad y la modernización hospitalaria está revisando la política de prestación de servicios con el fin de actualizarla

13. ¿Qué se piensa hacer con la incertidumbre que tienen los gerentes de hospitales bajo convenios de desempeño con el Ministerio y que este convenio no les permite abrir plantas de cargos y vincular a su recurso humano, pero por otro lado está el ministerio de trabajo y la corte constitucional obligando a vincular a los empleados directamente? ¿El ministerio ayudará a pagar las demandas y las sanciones que ya se están presentando por esta situación?

Respuesta: Los convenios de desempeños firmados entre las entidades territoriales y este Ministerio, precisan que cualquier modificación que se pretenda realizar con relación al contenido del convenio debe contar con aprobación previa de este Ministerio y justificación técnica suscrita por el representante legal del departamento correspondiente.

Así las cosas, la Empresa Social del Estado beneficiaria del Convenio, para modificar la planta de personal debe realizar los análisis organizacionales y de disponibilidad presupuestal correspondientes, así como los análisis jurídicos pertinentes. En caso de considerar que es procedente realizar las modificaciones a la planta de personal aprobada para la entidad, se debe presentar la solicitud con los análisis correspondientes a la respectiva secretaría departamental o



distrital de salud, quien la estudia y si lo considera pertinente otorgará el concepto correspondiente, lo cual justificará técnicamente.

El concepto, la justificación técnica y los documentos soportes deben ser enviados al Ministerio de Salud y Protección Social para su análisis y aprobación. Otorgada la autorización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la Empresa Social del Estado beneficiaria, podrá proceder a la creación de la planta de personal, para lo cual debe cumplir con los trámites correspondientes ante su Junta Directiva.

Adicionalmente, el pasado 22 de marzo de 2012, el Ministerio del Trabajo y este Ministerio dirigieron un comunicado a los Gobernadores, Alcaldes y Gerentes de Empresas Sociales del Estado, en donde se plantea que hay consciencia de la necesidad de asegurar los derechos laborales de los trabajadores, pero además de la importancia que reviste el sector salud, en la garantía de los derechos fundamentales de los ciudadanos y que por tanto, es necesario garantizar tales derechos en su conjunto.

Es claro que la garantía del derecho a la salud debe ser un principio orientador de la prestación de servicios de salud y la plena garantía del goce efectivo de aquel derecho fundamental impone una diversidad de obligaciones por parte del Estado y la Sociedad en general, supeditadas en gran parte, a los recursos materiales e institucionales disponibles.

En tal sentido, ambos Ministerios, hemos encontrado que las relaciones laborales en el Sector Salud revisten de especial tratamiento, por lo que se hace necesario adelantar los estudios y análisis pertinentes que permitan dar alternativas a las entidades del sector para que operen de manera eficiente y oportuna.

Hasta tanto se realicen los estudios y análisis mencionados y se adelante su implementación progresiva, en aras de garantizar la prestación del servicio de salud a la población, las mencionadas entidades deben evaluar las necesidades para la gestión del Talento Humano y adoptar las medidas transitorias correspondientes, sin desconocer los lineamientos de la sentencia C-614 de 2009.

14. Varias leyes han planteado resolver el tema del pasivo prestacional, incluso la ley 1438 de 2011 ¿Qué ha hecho el ministerio para que por fin se resuelva esta situación?

Respuesta: Los temas relacionados con el pasivo prestacional del sector salud están a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 715 de 2001, los cuales preceptúan:

“Artículo 61. Fondo del Pasivo Prestacional para el Sector Salud. Suprimase el Fondo del Pasivo Prestacional para el Sector Salud creado por el artículo 33 de la Ley 60 de 1993. En adelante, con el fin de atender la responsabilidad financiera a cargo de la Nación para el pago de las cesantías y pensiones de las personas beneficiarias de dicho Fondo y de acuerdo con los convenios de concurrencia correspondientes. La Nación a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se hará cargo del giro de los recursos así:

61.1. Al encargo Fiduciario o Patrimonio Autónomo constituido por la entidad territorial para el pago de las mesadas y bonos pensionales de las Instituciones de Salud, de conformidad con el Decreto 1296 de 1994.

61.2. A las entidades administradoras de pensiones o cesantías a las cuales se encuentren afiliados los servidores públicos.

61.3. A los fondos de que trate el artículo 23 del Decreto Ley 1299 de 1994 o a los fidecomisos a que se refiere el artículo 19, numeral 3 del mismo Decreto.”

“Artículo 62. Convenios de Concurrencia. Para efectos de los convenios de concurrencia, los cuales deben ser suscritos a partir de la vigencia de la presente ley por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se continuarán aplicando los procedimientos del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud, la forma en que concurren las diferentes entidades para cubrir el pasivo prestacional, la forma de cálculo del mismo, su actualización financiera y actuarial, las obligaciones de los convenios de concurrencia y los requisitos que deben acreditarse.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público podrá establecer, en concertación con el ente territorial, las condiciones para celebrar los convenios de concurrencia y el desarrollo de los mismos y de los que se encuentran en ejecución, para lo cual podrá verificar el contenido de los convenios suscritos y ordenará el ajuste a las normas sobre el particular.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá revisar y actualizar en forma periódica el valor de la deuda prestacional, definiendo la responsabilidad de cada uno de los entes que suscribe el convenio de concurrencia.

Parágrafo. Para efectos de lo ordenado en el presente artículo, el Gobierno Nacional definirá la información, condiciones y términos que considere necesarios.”

“Artículo 63. Administración. Los recursos existentes en el Fondo del Pasivo Prestacional para el Sector Salud serán trasladados al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de manera que con cargo a dichos recursos, se efectúen los pagos correspondientes. Así mismo, los demás recursos que por Ley se encontraban destinados al Fondo, serán entregados al Ministerio de Hacienda para financiar el pago de los pasivos prestacionales de los servidores del sector salud.”

Con fundamento en las normas antes enunciadas, este Ministerio entregó la información que se tenía del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De otro lado, con relación a los aportes patronales que se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones, la Nación en virtud de la mencionada Ley 715 gira directamente los recursos correspondientes al aporte patronal de los Hospitales Públicos, a las EPS, Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales con el propósito de garantizar que no se presente otra situación como la evidenciada al inicio de la década de los noventa, la cual dio origen al fondo del pasivo mencionado anteriormente.

15. ¿Cómo va la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, estamos a 18 meses de su promulgación y parece que al gobierno le quedó grande reglamentarla?



Respuesta: En primer lugar, es necesario mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social desde la expedición de la misma en enero de 2011, diseñó un sitio en la página web del ministerio de fácil acceso desde la página principal: <http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/ReformaalasaludLey1438de2011.aspx> mediante el cual se ha dispuesto para consulta además de la Ley, el ABC de la reforma, los documentos y borradores de norma para comentarios, el cronograma y avances en la reglamentación de la Ley. De igual forma, el Ministerio dispuso de una organización al interior de la institución para la implementación del proceso reglamentario, el cual incluye la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la ciudadanía en general y expertos tanto a nivel nacional como internacional, la interacción con otras entidades gubernamentales, revisión jurídica de la normas, la difusión de los resultados y avances de la reglamentación. Por lo tanto, a continuación se presenta los avances en la reglamentación de la Ley 1438 de 2011:

Artículo 3. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Unificación Plan de Beneficios

Una meta importante para cualquier sistema de salud es que cumpla con uno de los principios de igualdad “El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños” (artículo 3°, numeral 3, de la Ley 1438 de 2011) y prestar un servicio equitativo (según el artículo 3°, numeral 7: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población”).

Estos principios de igualdad y equidad se refieren 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 e igualdad al ofrecer los mismos beneficios a la población en ambos regímenes.

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, adelantaron 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.

Con la expedición del Acuerdo 27 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, CRES, partir del 1° de Noviembre de 2011 se igualaron las prestaciones en salud para la población de sesenta (60) y más años de edad afiliada a ambos regímenes, y con la expedición del Acuerdo 32 de 2012, a partir del 1 de julio de 2012 se igualaron las prestaciones en salud para la población entre 18 y 59 años de edad de ambos regímenes.

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. Esto se realizó mediante la expedición del Acuerdo 29 de 2011 (que se explicará a continuación), el cual por su parte cumple con lo preceptuado en el numeral 11 del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011: “Progresividad: Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios”.

Actualización del Plan de Beneficios

Con la actualización del Plan de Beneficios se han reglamentado los artículos **17, 25, y 65** de la Ley 1438 de 2011, además del artículo 3,11 ya mencionado, tal como a continuación se expone.

Uno de los objetivos de la Ley 1438 de 2011 es 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.

Artículo 17 Atención Preferente

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.

Por su parte, con la expedición del Acuerdo 031 de 2012, se agruparon por ciclos vitales el contenido de los beneficios del plan obligatorio en salud para las niñas y los niños menores de 18 años de edad contenido en el Acuerdo 019 de 2011, tal como lo indica el artículo 17 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 65 Atención Integral en Salud Mental



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.

De otra parte, 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.

Artículo 24 Requisitos del funcionamiento de las entidades promotoras de salud

Para el Gobierno Nacional, 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 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 la reglamentación del artículo 24 de la Ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional establecerá las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud garanticen las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada, satisfaciendo los requisitos que se produzcan en el desarrollo de la unificación de los planes de beneficios.

En desarrollo de este artículo se expidió el Decreto 4185 de 2011, mediante el cual se delega a la Superintendencia Financiera, lo relacionado con la administración de los riesgos financieros inherentes a la actividad aseguradora de las Entidades Promotoras de Salud.

A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social llevará a cabo la reglamentación del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 a través de la cual se darán las directrices para que las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales cumplan con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; también se estipularán los reglamentos para que el Ministerio Salud y Protección Social garantice la verificación de cumplimiento de las condiciones establecidas y su periódica revisión.



Artículo 29 Administración del régimen subsidiado

Artículo 31 Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado

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:

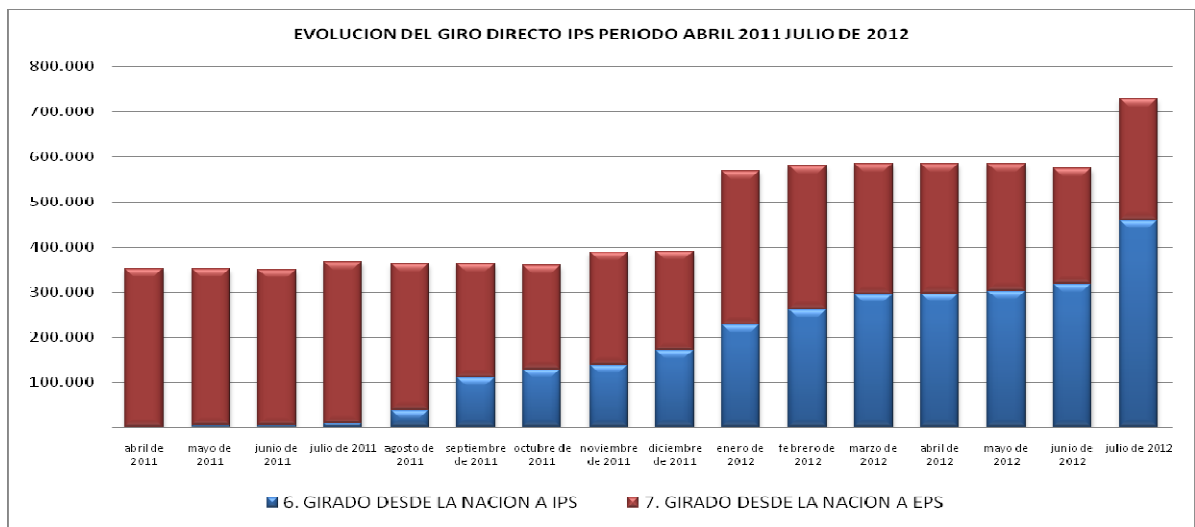
- 1 Se define una bolsa de recursos para diferentes fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado incluyendo la transferencia global del Fosyga, SGP, aportes de la Nación y los de ETESA, Regalías y ET cuando se reglamente lo relacionado con el esfuerzo propio.
- 2 Tiene un presupuesto de ingresos 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.

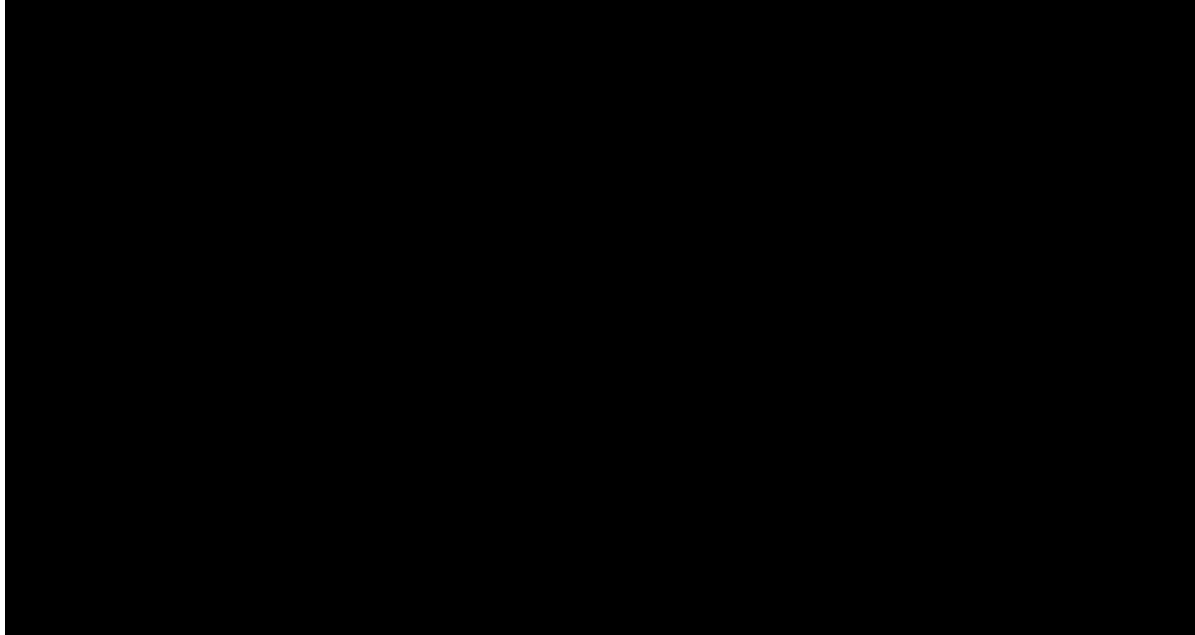


El giro a las EPS (o directamente a las IPS), se realiza en nombre de las entidades territoriales y corresponde a la Liquidación Mensual de Afiliados, LMA, que usa como soporte la Base de Datos Única de Afiliados.

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 el siguiente gráfico se muestra la evolución del giro directo desde abril de 2011 hasta julio de 2012.



El monto de los recursos girados por fuentes de financiación y responsable del giro se muestra en el siguiente cuadro:



Además de los mencionados decretos, se ha expedido la siguiente normatividad para la reglamentación de estos dos artículos de la Ley: decreto 1124 de 2011, resolución 2063 de 2011, resolución 1470 de 2011, resolución 1238 de 2011, circular externa 035 de 2011, resolución 2320 de 2011, resolución 2321 de 2011, resolución 2977 de 2011, resolución 4182 de 2011, circular 12 de 2011, circular 16 de 2011.

De otra parte, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo transitorio de del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011 “Deudas por concepto de contratos liquidados, se expidió el decreto 1080 de 2012, cuyo objeto es establecer el procedimiento que deben aplicar los departamentos, distritos y municipios, para el pago de las deudas que tengan las EPS del régimen subsidiado por contratos de aseguramiento suscritos hasta marzo 31 de 2011. En ese mismo sentido, se expidió la resolución 1302 de 2012 mediante la cual se establecen los formatos y requerimientos para la recopilación de la información que permita materializar el mencionado decreto.

Artículo 32 Universalización del aseguramiento

El Gobierno Nacional desarrollará de conformidad con lo previsto en el artículo 32 de la Ley 1438, las pautas para garantizar la afiliación a todos los residentes en el país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre ellas, permitir la movilidad entre regímenes, lo que asegura que las personas que por alguna circunstancia cambien de régimen, no tengan ningún problema en seguir afiliadas al SGSSS, sin perder los beneficios de los que gozaban, todo en el marco del objetivo de universalizar el aseguramiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo el objetivo del artículo impulsó en el año 2011 mecanismos que permitieran a las personas del nivel I y II del Sisben Metodología III, la afiliación al régimen subsidiado, para lo cual expidió el Instructivo DGGDS-RS-001-2011, que partiendo de la responsabilidad que les asiste a las Entidades Territoriales en la administración del Régimen Subsidiado, en el marco del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, impartió instrucciones para concretar el proceso de afiliación para los residentes colombianos que se encuentren, en los puntos de corte metodología III del SISBEN adoptados en la Resolución 3778 de 2011 y aclara las condiciones que aplican para garantizar la continuidad y traslado de los afiliados al régimen subsidiado, entre ellas:

- La población afiliada al Régimen Subsidiado *continuará afiliada independientemente* de los puntos de corte adoptados para el nivel 1 y 2 en la resolución 3778 de 2011, por aplicación del SISBEN metodología III. Es decir, mantienen sus puntajes así tengan unos nuevos bajo la nueva metodología.
- La población pobre no afiliada (PPNA), que por la aplicación del SISBEN metodología III y de acuerdo a los puntos de corte establecidos queden clasificados en los niveles 1 y 2, deberán ser afiliados inmediatamente al Régimen Subsidiado a través de subsidios plenos.
- El proceso de aplicación del SISBEN III a TODA la población que requiera de la encuesta debe seguirse realizando de una manera eficaz y eficiente en el menor tiempo posible en todos los municipios del país.
- Los ciudadanos tienen derecho a pedir que sean encuestados nuevamente en caso de que no estén de acuerdo con el nivel de SISBEN asignado bajo la nueva metodología.
- Los puntos de corte del SISBEN definidos en la resolución 3778 de 2011 aplican sólo a los nuevos afiliados, como lo dice la resolución, estos puntos de corte no aplican para los afiliados actuales con subsidios plenos.

Dado lo anterior, en lo concerniente a Régimen Subsidiado en ningún momento se ha visto perjudicada la población que se encontraba afiliada con SISBEN metodología II al Sistema General de Seguridad Social en Salud en este Régimen, y que por el contrario las directrices y reglamentación que se han expedido por parte de este Ministerio están encaminadas a ampliar la cobertura en Salud en todo el territorio nacional.

Igualmente en el marco de la universalización el Gobierno Nacional expidió los decretos 4465 de 2011 y 1396 de 2012, mediante los cuales se prorrogó la continuidad de la afiliación al régimen contributivo de los afiliados cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un salario mínimo legal mensual vigente, que estén inscritos en el Registro de Independientes de Bajos Ingresos.

Artículo 44 Recursos para Aseguramiento

Con la expedición del ya mencionado decreto 971 de 2011, se apoyó la reglamentación del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, sobre la financiación de los recursos del régimen subsidiado.

Artículo 50 Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).



Esta norma creó el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud y determina que los términos y condiciones para la administración del fondo los establece el Gobierno Nacional.

En cumplimiento de la anterior norma, se adelantaron las siguientes acciones:

1. Se expidió el Decreto 360 del 10 de febrero de 2011, el cual preceptúa en el artículo 8º lo siguiente: “En cumplimiento de lo previsto en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, el porcentaje del componente de prestación de servicios del Sistema General de Participaciones para salud destinado a financiar el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET será de 3.8% para la vigencia 2011.”
2. Se expidió el Documento CONPES Social 142 del 14 de julio de 2011 el cual realizó un ajuste a la distribución de las once doceavas del Sistema General de Participaciones, en los componentes de salud Pública, Régimen Subsidiado y Prestación de Servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, aprobada en Conpes Social 138 del 10 de febrero de 2011 y destinó para el Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud – FONSAET creado por la Ley No. 1438 de 2011, una partida por valor de CUARENTA Y OCHO MIL OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS (\$48.087.533.607)M/L, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011.
3. Se expidió la Resolución 3744 del 29 de agosto de 2011, por la cual se efectuó un traslado en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de la Protección Social para la vigencia 2011 y se acreditó el rubro presupuestal Ordinal 62 FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD – FONSAET SGP Ley 1438 de 2011, por \$48.087.533.607.
4. Se expidió el Decreto 4690 de 12 de diciembre de 2011 “Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.
5. Se expidió la Resolución 470 del 27 de diciembre de 2011 “Por medio de la cual se asignan unos recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET”

Artículo 55 Multas por inasistencia en las citas médicas

El Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud emitieron un comunicado de prensa el 11 de febrero de 2011, mediante el cual se informó a la ciudadanía, a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las entidades territoriales, y a los Prestadores de Servicios de Salud que en virtud de lo dispuesto en el Artículo 55 de la Ley 1438 de 2011 se prohibió el cobro



de cualquier tipo de multas o sanciones por incumplimiento de citas médicas programadas a los cotizantes y beneficiarios del Régimen Subsidiado, Contributivo y población vinculada. Igualmente se anunció la Superintendencia Nacional de Salud sancionaría a las EPS, EPSS, entidades territoriales, y prestadores de servicios de salud, que incumplieran con la disposición.

Artículo 58 Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud

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 de 2011 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.

Artículo 69 Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos

En este artículo se define que el Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención. La Ley 1438 de 2011 no define plazo para que el Gobierno Nacional establezca el Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos.

Con el propósito de contribuir a la mejora en los resultados en salud a través de la implementación de estrategias de atención en salud centradas en las necesidades del usuario, el Ministerio de Salud y Protección Social inscribió en el Sistema Unificado de Inversiones y Finanzas Públicas – SUIFP – del Departamento Nacional de Planeación, el proyecto de inversión denominado “Apoyo para el diseño, implementación y seguimiento de estrategias de atención en salud centradas en el usuario”, con el código BPIN 20120110000141.

Uno de los componentes de dicho proyecto está relacionado con el Fortalecimiento de la capacidad instalada de los hospitales públicos, en cuyo desarrollo se adquirirá y entregará equipamiento biomédico e informático incluyendo acciones de construcción, ampliación y adecuación de la infraestructura física de las instituciones hospitalarias, con énfasis en la baja complejidad y el mejoramiento de la capacidad resolutive.

Dicho proyecto contempla también un componente de modernización de la gestión, dirigido al mejoramiento del desempeño de los diferentes actores del sistema, con el propósito de que implementen las políticas públicas centradas en el usuario. En el caso de los hospitales públicos las



acciones de este componente se dirigirán a la generación de instrumentos, metodologías y transferencia del conocimiento (guías, protocolos, normas y rutas de atención, mejoramiento del desempeño institucional, gestión del riesgo, priorización, flujo de recursos), la ejecución de acciones de capacitación y asistencia técnica para el adecuado ejercicio de las competencias y funciones de los actores, y el diseño de incentivos para el mejoramiento de la capacidad resolutive, y para el desarrollo de infraestructura y dotación de servicios de salud.

También en el marco de este artículo, se expidieron las resoluciones 36 de 2011 y 5228 de 2011 (ésta última mediante la cual se definieron las Empresas sociales del Estado que hacen parte de la prueba piloto para dimensionar y estructurar el Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado).

Artículo 70 De la 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.

Artículo 72 Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales

Artículo 74 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, y no requiere reglamentación alguna por ser procedimiento de Ley

Artículo 87 Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos CNPMD

Con la expedición del decreto 1071 de 2012, se ha reglamentado el objeto, funcionamiento y procedimientos para la toma de decisiones de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, dando cumplimiento a lo dispuesto en este artículo.

Artículo 91 Codificación de Insumos y Dispositivos Médicos

Los mecanismos necesarios para la negociación y/o referenciación de precios en materia de insumos y dispositivos requieren de ajustes normativos y técnicos para su implementación. Uno de ellos, 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).

Sistema de Evaluación del SGSSS

Artículo 2 Orientación del sistema general de seguridad social en salud (en lo referente a indicadores)

Artículo 107 Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud (en lo referente a indicadores)

Artículo 108 Indicadores de Salud

Artículo 111 Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud

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 estudios o 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 la misma vía de lo estipulado en el Decreto 4107 del 2 de noviembre de 2011, 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.



En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, ya publicó en la página web indicadores de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) en el siguiente vínculo: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Paginas/Indicadores.aspx>

Artículo 110 Estado Actual 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 publicado en la página web 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.

Artículo 118 Desconcentración

La Superintendencia Nacional de Salud el pasado 13 de Diciembre de 2011 expidió la Circular Externa 00007, por medio del cual se dan los lineamientos para la conformación de la red de controladores del sector salud y cuyo objeto es la colaboración armónica institucional evitando la duplicación de información y procurar la racionalización de las actividades de inspección, vigilancia y control mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación, cooperación y concertación entre los organismos del estado para lograr los fines y cometidos estatales tal y como lo expone la Ley 489 de 1.998.

Así mismo, contempla la Circular dentro de sus objetivos, fomentar el desarrollo de una Red de controladores del Sector Salud que permita a las entidades, organismos, agentes, responsables de vigilancia, inspección y control, articularse entre sí para establecer mecanismos de coordinación, cooperación, concertación, inspección, vigilancia y control, en términos de colaboración interinstitucional, para un cabal logro de intereses comunes y sin perjuicio de la autonomía de cada una de las entidades del Estado y de la ciudadanía en el ejercicio de los derechos que le asisten.

Artículo 120 Recursos por 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).

Artículo 138 Antitrámites en salud

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 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. El plazo para depurar e integrar la información de las bases de datos es 30 de marzo de 2013 según lo establecido en el decreto 177 de 2012.

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.

En ese sentido, con la expedición del decreto 1362 de 2011, se constituyó la entidad para la administración del Sistema de Registro Único de Afiliados en los componentes de administración transaccional y del portal único de trámites.

Artículo 143 Prueba del accidente en el SOAT

Con el 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 párrafo 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 cuenta 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 ese sentido, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 967 de 2012, mediante el cual:



- Se ordena que la cobertura del SOAT, por concepto de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, sea máximo de 800 smldv al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.
- Permite que las IPS que atiendan a víctimas de un accidente de tránsito, en la que el vehículo involucrado cuente con un SOAT vigente, realicen el proceso de reclamación de los valores derivados de la atención en salud, a una sola entidad, que en este caso serán las aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT.
- Elimina la duplicación del proceso de facturación que se realizaba ante las aseguradoras y el FOSYGA.
- Permite que exista un mejor flujo de recursos en términos de oportunidad.
- Permite el mejoramiento en la atención integral a las víctimas de estos accidentes.

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.

De otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social continúa trabajando en diversos frentes y espacios relativos a varios procesos reglamentarios de la Ley 1438 de 2011, dentro de los cuales vale la pena destacar: Plan Decenal de Salud Pública, Planes Bienales (formulación y seguimiento), Política Farmacéutica, determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, Juntas Técnico Científica de Pares, Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Reglamentación de biológicos y biotecnológicos, saneamiento de aportes patronales, formación continua del talento humano en salud, pertinencia y calidad en la formación de talento humano en salud, formación de especialistas del área de la salud, entre otros.



CUESTINARIO PRESENTADO POR EL DOCTOR HERNÁN PENAGOS GIRALDO
Representante a la Cámara

1. Hoy, la manifestación plena de que el sistema de salud está en crisis es la cesación de pagos entre los actores del sistema. Cómo garantiza el Gobierno que para lo que resta del año 2012 y para el año entrante haya flujo de recursos y no colapse el sistema?

Respuesta: Frente a esta inquietud, es importante aclarar que no se presenta cesación de pagos en el Sistema. Por el contrario, desde marzo de 2011 el Gobierno Nacional, tal como se ha mencionado, implementó el giro directo hacia los hospitales del país, medida que ha permitido que en éste momento cerca del 63% de los recursos del régimen subsidiado mensualmente sean girados directamente a las IPS, sin perjuicio, de los demás recursos que fluyen dentro del Sistema.

De otra parte, dentro de las medidas que se tienen está la aplicación del Decreto 1080 de 2012 por parte de las entidades territoriales, con el cual se establecen los procedimientos para el pago de las deudas históricas por los contratos del régimen subsidiado que tenían las entidades territoriales con las EPS; estos recursos llegarán directamente a los Prestadores de Servicios de Salud. En este proceso, se estima un giro de cerca de \$400.000 millones.

Así mismo, se expidió la normatividad necesaria, con el objeto de que los departamentos, distritos y municipios que hayan asumido la prestación de servicios de salud a 31 de julio de 2001, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y sus reglamentos, que no hayan ejecutado en su totalidad los recursos para la cofinanciación del Régimen Subsidiado de las vigencias anteriores a 2012, puedan destinar estos recursos a pago de las obligaciones de prestación de servicios y NO POS. En este sentido se tiene estimado un giro cercano a los 180.000 millones de pesos a las IPS, en especial a las públicas.

2. Se solicita al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda, presentar ante la plenaria de la Cámara de Representantes en forma detallada, cuáles serán los recursos que se incluirán en el proyecto de ley de presupuesto general de la nación para el 2013, indicando además de la destinación, cuáles y en qué magnitud van dirigidos a solucionar la crisis del sistema, la fluidez de recursos y al sostenimiento de la red hospitalaria pública en sus diferentes niveles.

Respuesta: Sera presentada a la Cámara de Representantes como su mesa directiva lo disponga. En tal sentido, es importante señalar que todos los recursos que se incluyeron en el anteproyecto de Presupuesto General de la Nación se destinaran a la financiación del sector en sus diferentes componentes. Esto es, régimen subsidiado de salud, atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, salud pública, acciones de promoción y prevención, atención a población desplazada, atención a víctimas de catástrofes naturales y eventos terroristas y, atención a población vulnerable, entre otros. Como es de conocimiento de esa Corporación, el mencionado anteproyecto con las respectivas partidas fue radicado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para discusión y aprobación del H. Congreso de la República.



Adicionalmente, se contará con recursos de fondos especiales que hacen parte del Presupuesto del FOSYGA y que no se encuentran en el Presupuesto General de la Nación, los cuales se invertirán en el aseguramiento del régimen contributivo de salud, en la cofinanciación del régimen subsidiado y en la financiación de actividades de promoción y prevención que ejecutan la Nación y las EPS.

3. El Gobierno Nacional ha anunciado unas medidas para que de forma inmediata se afronte la crisis del Sistema de salud, entre ellas se dice que al establecer unos requerimientos saldrán del sistema las EPS que NO cumplan los parámetros. Esto implicaría que el Estado asume la prestación de esos servicios? Llevaría esto a la conformación de una gran EPS pública? De cuántos usuarios a nivel nacional estamos hablando para esa posible transición? Cuenta el Gobierno con la infraestructura, la organización, la tecnología y el personal para asumir estas obligaciones?

4. Si por el contrario; se buscaría que EPS privadas asuman a los usuarios que eran parte de las EPS-S a liquidar, con que mecanismo va a garantizar el Gobierno que no se conforme un monopolio o una mayor integración vertical en el sistema? Cuáles son los criterios para escoger las EPS privadas a las cuales se trasladarían dichos usuarios?

Respuesta: Tal y como fue presentado por el Señor Presidente de la República en su alocución del pasado 19 de julio de 2012:

“7. Antes de terminar el mes de Agosto se expedirá con la Superintendencia Financiera el decreto que define las condiciones financieras y de operación para las EPS en donde se establecen requisitos más estrictos para el ingreso, permanencia, inhabilidades e incompatibilidades. Algunos de los requisitos que se consagraron en este decreto, se relacionan con aspectos financieros, en términos de capital mínimo, régimen de reservas e inversiones, patrimonio adecuado, y el uso de recursos. Con respecto a la gestión, se establecen aquellos relacionados con la administración de riesgos en salud, la integración vertical, indicadores de resultados, esquema de gobierno, sistema de información y atención al usuario.

Lo anterior exige una depuración de la información financiera y de la cartera de las EPS, con el fin de que se pueda determinar su situación real y capacidad de garantizar el servicio como debe ser su responsabilidad central.

8. Sabemos que esto implicara la liquidación de algunas EPS que no han cumplido cabalmente las funciones que se les encomendó, y la necesidad de capitalización de otras. Es una apuesta a que en el corto plazo solamente existan entidades sólidas, eficientes y transparentes. Consideramos que el Sistema debe contar con entidades públicas y privadas que bajo condiciones estrictas, trabajen por proteger efectivamente a las personas y administren eficiente y eficazmente los recursos”.

Las medidas que se están preparando tienen como finalidad preservar el modelo de aseguramiento, al cual no se desacata efectuar ajustes a algunos procesos, tendientes a unificar tanto entidades aseguradoras como regímenes de operación. En el mediano plazo, se espera tener un solo régimen de aseguramiento y un sólo tipo de EPS que operan regionalmente pero que cumplen con unos



requisitos de carácter legal, administrativo, técnico y financiero muchos más estrictos. No se tiene pensado que el Estado asuma directamente la prestación de los servicios ni que se cree una sola EPS pública generando un monopolio.

5. La Superfinanciera es la entidad que vigila y controla la intermediación de recursos por parte de las EPS, tiene un plan de choque para enfrentar lo que en la opinión pública general y especializada es hoy una crisis real?

Respuesta: A partir de la expedición del Decreto 4185 de 2011, la Superintendencia Financiera de Colombia tiene la facultad de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del riesgo financiero de aquellas EPS que cumplan o lleguen a cumplir con las normas prudenciales que rigen a las entidades aseguradoras, en particular las del régimen previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

6. La tutela, es un mecanismo excepcional para amparar los derechos fundamentales. En el sistema de salud dejó de ser excepcional para ser un trámite común y corriente, sin el cual prácticamente no se obtiene servicio ante enfermedades de consideración. Junto a lo anterior los jueces en el mayor de los porcentajes ampara a los usuarios, puesto que el cubrimiento de la salud debe ser integral y universal. Debe el Congreso de la República y el Gobierno, entrar a legislar al respecto mediante una ley o reforma constitucional que obligue a la prestación de recursos sin necesidad de recurrir a tutela?

Respuesta: En primer lugar, de conformidad con lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y por la Corte Constitucional en la Sentencia T 760 de 2008, se ha dispuesto la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, para el último grupo población faltante, vale decir, el comprendido entre los 18 y 59 años, lo cual se llevó a cabo mediante la expedición del Acuerdo 032 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud, situación que debe traer como consecuencia, una reducción considerable en el número de acciones de tutela interpuestas por los usuarios en el Régimen Subsidiado, ya que el nuevo Plan de Beneficios para esta población contempla servicios, procedimientos y medicamentos a los que no tenían acceso.

En segundo lugar, el Gobierno Nacional mediante Acuerdo efectuó una actualización del Plan de Beneficios sin precedentes, medida que contribuirá a minimizar las reclamaciones de los usuarios vía tutela.

Igualmente, la citada Ley 1438 de 2011 en su artículo 27, modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 019 de 2012, estableció que aquellos servicios no contemplados en el POS y que requiera el usuario, deberá ser puesto a consideración de los Comités Técnicos Científicos o de las Juntas Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor a siete días, previsión con la que se espera continuar en la labor de facilitar el acceso a servicios no incluidos en el POS, lo cual se asume, redundará en una reducción de las acciones de tutela por parte de los usuarios.



Esta misma ley genera una serie de disposiciones tendientes a garantizar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud de la población, tales como: establecer un término mínimo para otorgar citas de medicina general, ajuste al proceso de autorizaciones y entrega de medicamentos, entre otras.

7. La Superintendencia de Salud nunca ha logrado que las EPS-S cumplan sus obligaciones sin llegar a la tutela, en la restructuración de la Superintendencia de salud, se tiene contemplado dar instrumentos para hacer cumplir la ley en salud?

Respuesta: Este ejercicio ha tenido como alcance, además de la incorporación de las nuevas funciones y competencias que le señala la Ley, una revisión integral de su componente orgánico funcional que permiten dar instrumentos para hacer cumplir la Ley.

De esta forma, para el Gobierno Nacional es necesario dar contexto a la necesidad de fortalecer la función de Inspección, Vigilancia y Control IVC en el sector, con un trabajo que comprometa integralmente, además de la Superintendencia Nacional de Salud, a las entidades que dan cuerpo integral a la función de Supervisión en el sector; todo lo cual se debe traducir en una propuesta integral de rediseño institucional que abarca también al conjunto de entidades adscritas al Ministerio que cumplen esta función de IVC en sus respectivos frentes.

En el caso específico de la Superintendencia, el rediseño se orienta al fortalecimiento e implementación de modelos y estrategias eficientes de Inspección, Vigilancia, Control y de los procesos jurisdiccional y de conciliación frente a los riesgos del Sistema General Seguridad Social en Salud. Bajo estos criterios se implementarán las figuras del Defensor del Usuario y de las Juntas Técnico-Científicas, así como una estructura organizacional desconcentrada por regiones, con el siguiente marco técnico: i) Enfoque riesgo: Se privilegiará la acción de la Supersalud hacia un enfoque de Inspección, Vigilancia y Control preventivo, antes que correctivo; Se desarrollarán e implementarán sistemas de administración de riesgo por tipo de sujetos objeto de supervisión y aplicar medidas de IVC, a partir de cada sistema diseñado, soportados en un sistemas de información fortalecidos; ii) Defensor del Usuario: Se implementará la figura del Defensor del Usuario, creada por la Ley 1438 de 2011, con criterio de servicio; iii) Juntas Técnico Científicas: Se implementará la figura creada por la Ley 1438 de 2011; iv) Desconcentración: se implementará un modelo desconcentrado de IVC.

8. El consorcio administrativo del fosyga en cumplimiento de los compromisos adquiridos según contrato de encargo fiduciario, tiene demora en los giros? De presentarse dichas demoras a que se deben? Cuáles son los tiempos en los que transcurren los giros de intermediación entre el Estado, las EPS y IPS? Cuantos recursos maneja el consorcio como administrador de los recursos del fosyga? Cual es el monto actual de dichos recursos? Se podría disponer de los recursos del fosyga para evitar el colapso del sistema?.

Respuesta: El Consorcio SAYP 2011, en el marco del contrato de encargo fiduciario No. 0467 de 2011 suscrito con el entonces Ministerio de la Protección Social y, en desarrollo de la obligación contractual "2.1.19 efectuar los tramites, pagos, giros o transferencias que ordene el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces dentro de las 24 horas al recibo de la ordenación del gasto



del pago, giro o transferencia y emitir los certificados de conformidad con las normas vigentes o cuando los beneficiarios lo soliciten”, ha venido realizando los giros de cada uno de la paquetes por medicamentos y tutelas en los tiempos establecidos, una vez se recibe la ordenación del giro y autorización del gasto por el Ministerio de Salud y Protección Social, e informa a cada uno de los beneficiarios de los giros por concepto y valor.

Para el cumplimiento de los giros de cada uno de la paquetes por medicamentos y tutelas, el Consorcio SAYP 2011, dentro de los tiempos establecidos, y una vez cuenta con la certificación del cierre de la auditoría de la Unión Temporal Nuevo Fosyga y con la certificación de la firma interventora y, previo al recibo de la ordenación del giro y autorización del gasto por el Ministerio de Salud y Protección Social, efectúa el requerimiento a tesorería para la disposición de los recursos y de esta forma garantiza el giro y los tiempos de pago de los paquetes por MYT.

De conformidad con lo anterior, el tiempo con el que cuenta el Consorcio SAYP 2011 para realizar los giros a las Entidades Promotoras de Salud, es de 24 horas una vez recibida la correspondiente ordenación.

Los tiempos de giro entre las EPS y las IPS, están definidos por la relación contractual entre estos actores.

En relación con las inquietudes de manejo y monto de los recursos, es necesario mencionar que para la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, la Ley 100 de 1993, creó el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud hoy de la Protección Social, sin personería jurídica, ni planta de personal propia, compuesta por cuatro Subcuentas independientes, cuyos objetos y funciones se presentan a continuación.

- a) De compensación interna del régimen contributivo.** A través de ésta subcuenta se realiza el proceso de compensación interna entre las EPS y EOC, para reconocer la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y demás recursos a que tienen derecho las EPS y EOC, para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al régimen contributivo y la financiación de los programas de prevención y promoción

Igualmente, se recaudan las cotizaciones al SGSSS que deben aportar aquellos trabajadores que estando en un régimen de excepción tengan otros ingresos, reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de tales personas no afiliadas al SGSSS.

- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud.** Los recursos que administra esta subcuenta tienen por objeto concurrir en la cofinanciación de la afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Adicionalmente, a través de esta subcuenta se reconocen las solicitudes de recobro por el suministro de medicamentos No POS Régimen subsidiado ordenados en fallos de tutela. Igualmente, esta cuenta aporta recursos para el pago de la cartera atrasada de las entidades



territoriales que tienen con las IPS-S por la prestación de los servicios No POS de la población afiliada.

- c) **De promoción de la salud.** Los recursos administrados a través de esta Subcuenta se destinan al pago de las actividades de prevención de enfermedades y programas de salud pública como el Plan Ampliado de Inmunizaciones (vacunas) y campañas nacionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- d) **Del seguro de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.** Tiene como objeto garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, de eventos terroristas, de catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, conforme lo señalan las Leyes 100 de 1993 y Ley 1122 de 2007.
- e) **De garantía en salud.** Hace parte del FOSYGA y está siendo administrada por el Encargo Fiduciario que maneja las demás subcuentas que conforman del Fondo de Solidaridad y Garantías

De acuerdo con los objetos de los recursos administrados por las subcuentas anteriormente relacionadas, tales recursos son de destinación específica, los cuales son ejecutados mensualmente para atender los gastos y destinaciones fijados en la Ley, de manera que la existencia de saldo en tales subcuentas son la garantía para el cumplimiento de los objetos propuestos, y tener, en el tiempo, la garantía para atender oportunamente las obligaciones derivadas de las liquidaciones y giros mensuales de la UPC a las EPS del régimen contributivo y del subsidiado, pagar los recobros por la prestación de servicios No POS y reclamaciones presentadas ante el Fosyga.

Los recursos disponibles a julio de 2012 en las diferentes subcuentas ascienden a \$6.354 mil millones, distribuidos por subcuenta, así: i) Subcuenta de solidaridad \$2.781,2 mil millones, ii) Subcuenta de compensación \$1.633,5 mil millones, iii) Subcuenta ECAT \$1.585,7 mil millones, iv) Subcuenta de promoción \$228,1; y v) subcuenta de Garantías \$125,6 mil millones.



**CUESTIONARIO PRESENTADO POR LA DOCTORA GLORIA STELLA DÍAZ ORTIZ
Representante a la Cámara**

1. ¿Cuáles son las razones estructurales que llevaron al Gobierno Nacional a hacer el anuncio del pasado 19 de julio de 2012 sobre el paquete de medidas en el sector de la salud?

Respuesta: Un análisis de la compleja situación del Sistema de Salud lleva al Gobierno a tomar unas decisiones para enfrentar en primer lugar la problemática de corto plazo, entendiendo que a mediano plazo se hacen necesarios unos cambios de mayor envergadura.

Dentro de esta compleja situación, se encuentra que han venido acumulándose problemas que hoy corresponde enfrentar y que algunos de ellos han venido siendo abordando, tales como:

La **prevención** de la que tanto se habla, no ha sido la prioridad a lo largo de los años y el acceso efectivo a muchos servicios que garanticen una atención segura, con alta calidad y manejo eficiente de los recursos, siguen siendo un objetivo por lograr.

No en vano se califica el **sistema como fragmentado**, lo cual ha llevado a que los resultados en salud sean inferiores a lo esperado, a la vez que se desmotiva el personal de salud, empezando por los médicos, enfermeros y otros profesionales.

La morosidad reiterada en el flujo de recursos en todos los niveles, ha llevado a **problemas de iliquidez** que hoy son muy críticos en todo el sector, especialmente en los hospitales y clínicas como última cadena dentro del Sistema, lo que ha promovido un clima de desconfianza que no facilita la articulación óptima.

Se presenta una marcada debilidad en la supervisión, vigilancia y control de las EPS. Frente a todo lo anterior, se requiere de reglas de juego claras y una vigilancia estricta en un sistema que tiene muchos recursos, gran cantidad de actores y donde está en juego la salud de las personas y donde tener un muy buen sistema de información integrado es fundamental para poder hacerle seguimiento a los recursos, a las enfermedades, a la atención, a la calidad, en fin a los resultados de salud.

La buena información es fundamental para evitar el manejo irresponsable y corrupto de los recursos, como en los casos que se han anunciado y sobre los cuales se ha actuado desde mayo de 2011.

El crecimiento no proyectado del No POS con incentivos inadecuados ha sido una de las principales causas de la problemática que he mencionado. Se requiere de un plan básico en salud con límites y que la racionalización del gasto se promueva por la idoneidad profesional del talento humano en el Sector.



Ante esta situación se tiene que admitir que el sistema actual no está funcionando bien y se debe plantear un modelo con cambios de fondo. Se estudiará con el apoyo de todos los actores la alternativa más adecuada, lo que llevará seguramente a un cambio estructural.

No se trata de acabar el sistema actual y volver al régimen anterior, sino centrar esfuerzos en que los colombianos tengan mejor servicio y que sea eficientes y transparente en el manejo de los recursos públicos. La decisión es hacer política con la salud o trabajar por la salud. El Gobierno ha optado por la segunda opción.

2. **¿Cuál es el reparto regional de los 1.2 billones que a nivel regional se va a distribuir en los próximos 2 meses? ¿Cuáles son los departamentos y entidades priorizadas?**
3. **¿Cuál es la fuente del 1.2 billones prometidos?, ¿es verdad que son recursos que ya existían y estaban destinados para el sector de la salud?**
4. **¿Cuáles son los criterios de priorización para la distribución de los 1.2 billones?**

Respuesta: La distribución regional de los 1.2 billones no está definida con antelación ya que ésta es el resultado de la información que está siendo reportada en este momento al Ministerio y/o las Entidades territoriales por las EPS. El NoPOS se gira a la EPS o directamente a las IPS que éstas autoricen, el giro directo corresponde a lo reportado mensualmente por las EPS de acuerdo con el comportamiento de facturación de la red con quien contrata la prestación del servicio, y el resultado de la aplicación del decreto 1080 corresponde al reporte hecho por las Entidades Territoriales junto con el que hagan las EPS de los pagos realizados. Esto quiere decir, que la regionalización se podrá conocer una vez se reporten los giros realizados.

5. **¿Cuáles son las condiciones principales que se les exigirá a las EPS para permitir su funcionamiento EN TERMINOS DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS?**

Respuesta: Las nuevas reglas de habilitación de EPS crean requisitos de carácter legal, administrativo, técnico y financiero muchos más estrictos, con los cuales se garantice el cumplimiento de sus tres funciones esenciales como son la representación del usuario, la organización y manejo de la prestación de servicios, y la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados.

Además de las normas ya existentes sobre habilitación y sistema de garantía de calidad en las IPS, entre las medidas contempladas para garantizar la calidad, oportunidad e integralidad en la atención a los afiliados tanto en la EPS como en las IPS, se tienen la participación de las asociaciones de usuarios en las juntas directivas de las EPS, un sistema único de solicitud y autorización de servicios entre EPS e IPS, la puesta en marcha de un sistema de gestión integral del riesgo en salud de los afiliados a cargo de la EPS, el ranking público de percepción de usuarios de EPS, la desconcentración de la inspección, vigilancia y control en departamentos y distritos, y la creación de un mecanismo simplificado para el análisis y manejo de quejas por negación del servicio.

6. **Por favor explique detalladamente cuales son las razones para crear el anunciado Fondo de solidaridad y Garantías para el sector salud.**



7. ¿Cómo será el funcionamiento de dicho FONDO?

8. ¿Cuáles son los puntos positivos y cuáles son los riesgos analizados para la creación de dicho Fondo?

Respuesta: La Subcuenta de Garantías tiene como finalidad:

- a) Procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;
- b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;
- c) Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud;
- d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Las fuentes de financiación de la subcuenta son:

- a) Recursos del Presupuesto General de la Nación como aporte inicial;
- b) Aportes de los aseguradores con cargo al porcentaje de administración y los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;
- c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores en salud dentro del año siguiente al recaudo;
- d) Los rendimientos financieros de sus inversiones.

Los recursos disponibles en esta subcuenta ascienden a \$125.7 mil millones, provenientes de saldo de proyectos de inversión financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación no ejecutados al cierre de la vigencia fiscal de 2011.

En este momento el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se encuentra en proceso de formulación del decreto que deberá reglamentar el funcionamiento de la subcuenta.

9. ¿Cuáles son las medidas especiales hasta ahora ejecutadas para garantizar la prestación de servicios de salud de manera integral, para los Departamentos que tienen una situación especial como son los de San Andrés, Vichada, Vaupés, Chocó?

Respuesta: Dentro de las nuevas reglas de habilitación de EPS y de operación del aseguramiento, se tiene contemplado la creación de regiones de aseguramiento dentro de las cuales operen un número limitado de EPS por municipio y región, que cumplan con requisitos de carácter legal, administrativo, técnico y financiero muchos más estrictos. Una de las regiones estará constituida por todos los departamentos que conformaban los antiguos territorios nacionales entre los cuales están Vichada y Vaupés, la cual contará con esquema especial de aseguramiento y de prestación de servicios que facilite suplir las deficiencias estructurales de oferta de servicios mediante diferentes mecanismos como la telemedicina, brigadas especializadas, transporte de pacientes y una UPC



diferencial que cubra los mayores costos del desplazamiento. El departamento de San Andrés estará integrado a la región norte conformada por todos los departamentos de la costa, y el del Chocó a la región centro oriental con Antioquia y el eje cafetero. Ambos departamentos contarán con las mismas medidas descritas para Vichada y Vaupés.

10. ¿Qué otros Departamentos tendrán acompañamiento especial y cuáles son las razones principales de dicho acompañamiento?

Respuesta: Dentro de los departamentos que se considera requieren acompañamiento especial están: Bolívar, Casanare, Cauca y Norte de Santander, principalmente. En la mayoría se presentan condiciones que dificultan el acceso a los servicios de salud por inadecuada gestión administrativa, dificultades en las vías de comunicación, afectación por el fenómeno de emergencia invernacional, necesidad de consolidar la gestión de todo el Gobierno al ser zonas afectadas por el conflicto armado, entre otros. Sin embargo, es necesario precisar que todas las entidades territoriales departamentales y distritales, independiente de su nivel de desarrollo administrativo y de prestación de servicios, son objeto de asistencia técnica y seguimiento permanente por parte del grupo de asesores del Ministerio de Salud y Protección Social.

11. ¿Cuáles son los ámbitos (financieros, sociales, administrativos, etc.) en los cuales se va a hacer énfasis en el anunciado acompañamiento especial a ciertos departamentos como San Andrés y Chocó?

Respuesta:

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

El Ministerio está apoyando la gestión de la Gobernación para la entrega de la operación de prestación de servicios a un operador que garantice la suficiente experiencia tanto en prestación como en la gestión administrativa, con un soporte financiero adecuado. Se ha acompañado además en el diseño de un modelo de atención particular y en la procura de la concertación con diferentes instancias territoriales y nacionales.

Departamento del Vichada

Se partió del reconocimiento de la situación de prestación de servicios de salud para el Municipio de Puerto Carreño, con asistencia técnica a la ESE Hospital San Juan de Dios, en aspectos relacionados con la gestión de prestación de servicios, financiera y administrativa. Para los municipios de La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo, cobijados para la prestación de los servicios por la UBA Nuestra Señora del Carmen, se ha realizado visita a las instalaciones de prestación de servicios de La Primavera, además de acompañamiento en la gestión administrativa y financiera al Agente Interventor.

Adicional a lo anterior, el Ministerio seguirá atento y trabajando con la entidad territorial y la Súper Intendencia para aclarar la situación del aseguramiento, con lo cual se debe mejorar la atención a la comunidad y la situación financiera de la ESE UBA Nuestra Señora del Carmen.



Departamento del Chocó

A nivel institucional se han tomado medidas como la Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de entidades como el Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó, la ESE Hospital San Francisco de Asís de Quibdó y la ESE Hospital Eduardo Santos de Istmina, también la intervención y posterior liquidación de la ESE Salud Chocó con presencia en 25 municipios del Departamento.

Tanto en DASALUD como en las Empresas Sociales del Estado, las medidas se tomaron en momentos en que las citadas entidades se encontraban en graves crisis y no estaba garantizada el cumplimiento de sus funciones o la prestación de servicios de salud.

En la presente vigencia en el Departamento del Chocó se está implementando un plan de acción que incluye las siguientes medidas:

Sector Salud

- Liquidación de DASALUD y creación de la Secretaría de Salud del Departamento. Proceso liderado por la Gobernación y para el cual el Ministerio brinda asistencia técnica y acompañamiento permanente. Se requiere que las funciones de rectoría del sistema de salud en el Departamento sean lideradas de forma adecuada.

Prestación de servicios de mediana complejidad

- La prestación de servicios de mediana complejidad en el Departamento se realiza en la ESE Hospital San Francisco de Asís, intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud desde el año 2007 y operado por CAPRECOM desde Junio de 2008. Después de una mejora sustancial en la prestación de servicios hasta 2010, empezó un continuo deterioro en las condiciones de funcionamiento de la entidad. En la vigencia 2012, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y el Departamento del Chocó, se está en proceso de conseguir un nuevo operador para los servicios de salud que garantice las condiciones de acceso y calidad que requiere la población. Adicionalmente a finales de 2011 a la entidad le fueron asignados recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud FONSAET por valor de \$5.886.263.676, para ser ejecutados en la presente vigencia.

Prestación de servicios de baja complejidad

- La prestación de servicios de baja complejidad se realiza en para cinco municipios a través de cinco ESE municipales, los restantes 25 municipios cuentan con puntos de atención operados por dos EPS.

- El Departamento definió que 14 de los 25 municipios operados por CAPRECOM serían operados por COMFACHOCO, entidad que empezó su operación de forma escalonada a partir de enero de 2012. En la actualidad CAPRECOM anunció su salida de la prestación de servicios de baja complejidad en el Departamento, situación ante la cual el Departamento en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y este Ministerio adelantan en proceso de conseguir un nuevo operador para estos municipios.

Para saldar deudas pendientes de pago del proceso de liquidación de la ESE Salud Chocó fueron asignados a finales de la vigencia 2011 recursos del FONSAET por valor de \$2.443.369.966, recursos que serán ejecutados en la presente vigencia.

- A la ESE de Istmina intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud y operada por COMFACHOCO, le fueron asignados a finales de la vigencia 2011 recursos del FONSAET por valor de \$6.3773844.247, recursos que serán ejecutados en la presente vigencia.
- En abril de 2012, entro en funcionamiento la nueva sede asistencial de la ESE Hospital Roldan Valencia de Quibdó, construida principalmente con recursos de Cooperación de la Republica de Corea del Sur y aportes del Municipio de Quibdó, la ESE y el Ministerio de la Protección Social. El Ministerio de Salud y Acción Social brindaron acompañamiento permanente durante el proceso de formulación diseño y construcción del nuevo edificio. Con esta intervención se mejora de forma importante el acceso a servicios de salud de baja complejidad en el municipio de Quibdó y municipios cercanos.
- Como consecuencia de la Ola invernal se priorizaron en el proyecto del Chocó y están en fase de preinversión y ejecución los siguientes proyectos de adecuación mayor y menor que se vienen ejecutando con recursos de Colombia Humanitaria:

| MUNICIPIO | PROYECTO | ADECUACION MENOR | ADECUACION MAYOR |
|------------|----------------------------------|------------------|------------------|
| ALTO BAUDO | CENTRO DE SALUD PIEDEPATO | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD LAS MERCEDES | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD BARRANCO | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD COMUNIDAD | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD GUADALUPE | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD LATROJE | 1 | |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD PACURITA | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD GUAYABAL | 1 | |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD BOCAS DE TANANDO | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD SANCENO | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD CALAHORRA | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD GUARANDO | | 1 |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD WINANDO | | 1 |

| MUNICIPIO | PROYECTO | ADECUACION MENOR | ADECUACION MAYOR |
|-----------|---------------------------|------------------|------------------|
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD TAGACHI | 1 | |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD NEGUA | 1 | |
| QUIBDO | PUESTO DE SALUD TUTUNENDO | | 1 |

- Complementariamente se priorizaron y están en fase de formulación los siguientes proyectos de reposición a ser ejecutados por el Fondo de Adaptación:

| MUNICIPIO | INSTITUCIÓN | TIPO DE INSTITUCIÓN |
|---------------------|---------------------------------|---------------------|
| RIOSUCIO | HOSPITAL LOCAL DE RIOSUCIO | Hospital Local |
| UNGUIA | HOSPITAL LOCAL DE UNGUIA | Hospital Local |
| MEDIO SAN JUAN | CENTRO DE SALUD DE ANDAGOYA | Centro de Salud |
| RIOSUCIO | CENTRO DE SALUD BELEN DE BAJIRA | Centro de Salud |
| LITORAL DE SAN JUAN | CENTRO DE SALUD DE PALESTINA | Centro de Salud |
| CARMEN DEL DARIEN | CENTRO DE SALUD DE CURBARADO | Centro de Salud |
| MEDIO ATRATO | CENTRO DE SALUD BETE | Centro de Salud |

Aspectos a brindar asistencia técnica:

- Asistencia técnica en el proceso de liquidación de DASALUD y creación de la nueva Secretaria de Salud del Chocó.
- Acompañamiento en la búsqueda de operadores para la ESE San Francisco y los puntos de atención de baja complejidad en municipios.
- Asistencia técnica y acompañamiento en la implementación del programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos que incluye líneas de acción de reorganización institucional, asistencia técnica y capacitación, infraestructura física y equipamiento.
- Asistencia técnica en la implementación de los proyectos de Colombia Humanitaria y Fondo de Adaptación.

Departamento de Vaupés

Como parte de todo el seguimiento a su gestión, se tiene recurso humano direccionado a brindar la asistencia técnica que requiere en aspectos como prestación de servicios y organización de su red, partiendo del diseño de un modelo de prestación de servicios de salud que garantice la atención y el acceso a los servicios de salud de una comunidad con condiciones particulares de dispersión de población y limitantes en la ejecución de un sistema de referencia y contrarreferencia.

En resumen, el Ministerio ha consolidado todo un proceso de acompañamiento a la prestación de los servicios, el cual ha incluido suministro de equipos, asistencia técnica en la gestión de reorganización de la red pública de prestadores de servicios de salud y evaluación del cumplimiento de compromisos del convenio suscrito con el Gobierno Nacional. En este momento se está acompañando al Gobierno

Departamental en la determinación de la mejor alternativa para garantizar la prestación de los servicios. Además de lo anterior, se han garantizado recursos por valor de \$48 mil millones, vía Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET -, para el cubrimiento de las obligaciones y compromisos a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud actualmente intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

12. ¿Qué no está funcionando de la actual Superintendencia de salud? por favor detalle cada uno de los aspectos.

13. ¿Qué hallazgos o irregularidades ha encontrado el Ministerio para que el Presidente afirmara que "a la superintendencia le quedó grande la tarea"?

Respuesta: La respuesta a esta pregunta se soporta en los elementos de diagnóstico que la Superintendencia Nacional de Salud ha venido construyendo en el marco de su proceso de rediseño institucional. De este ejercicio se extraen como relevantes los siguientes aspectos:

- Inadecuado desarrollo del modelo preventivo de IVC por debilidad en el monitoreo, sistema de información y alarmas, control de riesgos y análisis.
- El sistema es débil en materia de información, unificación de fuentes de información y metodologías y de respuesta al ciudadano.
- Universo de vigilados numeroso, disperso en todo el país y heterogéneo en cuanto a su perfil de riesgos.
- Falta de integralidad en IVC que se hace a los vigilados, derivada de la heterogeneidad de los perfiles de riesgos y distintos controladores, especialmente territoriales.
- Debilidad procesal derivada de excesiva normatividad, especialidad en temas, falta de capacitación.
- Asignación de actividades administrativas que distraen los procesos misionales sin enfocarse en el riesgo del sector y sus vigilados.
- Centralización de operaciones en Bogotá y falta de presencia regional.
- Personal y recursos insuficientes para atender el número y heterogeneidad de los vigilados, en todo el país.
- Incumplimiento de estándares de habilitación y condiciones de idoneidad requeridos.
- El sistema de administración de riesgos es débil e insuficientemente desarrollado.
- Desconocimiento de ciudadanos y de los vigilados con respecto a las funciones que ejerce la entidad.

14. ¿Cuál es el fundamento del Gobierno para la eliminación de la CRES?

Respuesta: Las funciones asumidas por la CRES pertenecen al ámbito político y regulatorio de responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. A la luz de la coherencia institucional en la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, se considera esencial que las funciones regulatorias especializadas se encuentren lideradas y coordinadas por la entidad que conduce el sistema de salud.



15. ¿Cuáles son las funciones que asumiría el Ministerio al desaparecer la CRES?

Respuesta: El Ministerio de Salud y Protección Social asumirá integra y totalmente las funciones asignadas por la Ley 1122 y decreto Ley 019 de 2012 a la CRES.

16. ¿Cuáles son las medidas administrativas y operativas que tomará el Ministerio mientras ejerce las funciones de la CRES?

Respuesta: El Ministerio de Salud y Protección Social asumirá integra y totalmente las funciones técnicas que venía realizando la CRES, incorporándolas en su propia estructura orgánica y funcional, de forma tal que no se presente ninguna solución de continuidad o traumatismos en su manejo.

17. ¿Cómo va la reglamentación del funcionamiento del defensor del usuario en salud?

Respuesta: El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud han estado trabajando de manera coordinada para construir una propuesta de reglamentación de la figura del Defensor del Usuario ciñéndose al marco normativo vigente. Este marco normativo está compuesto especialmente por la Ley 1122, que crea la figura, la Ley 1438, que define la fuente de recursos para su financiación, y la sentencia de la Corte Constitucional que modula la figura del Defensor.

Es necesario resaltar el contenido de la sentencia de la Corte en la medida en que allí se perfila claramente el alcance de las competencias del Defensor. Según la sentencia, el Defensor no puede ejercer función de Inspección Vigilancia y Control ni tener atribuciones de instancia decisoria. La función del Defensor no es reemplazar la institucionalidad encargada de la IVC sino fortalecerla sirviendo como un vocero del usuario que no tiene dependencia alguna con las EPS, IPS u otro actor involucrado en la prestación de servicios de salud.

Existen otros lineamientos que se derivan del análisis de la sentencia de la Corte y del resto de la normatividad que deben resaltarse. Por ejemplo, se indica que el Defensor debe ser elegido con garantías electorales mínimas, esto significa que debe existir un mecanismo de elección formal diseñado para garantizar la transparencia y la participación de, por ejemplo, de las asociaciones o ligas de usuarios en el país.

También es importante resaltar el tema de la financiación del Defensor. La Ley 1438 aseguró los recursos para esta figura pero estaba pendiente el diseño del esquema financiación. El marco normativo permite definir un esquema en el que la Superintendencia Nacional de Salud provee los recursos de financiación para el Defensor pero esto no significa que la Superintendencia tenga ascendencia o jerarquía sobre los pronunciamientos y actuaciones del Defensor. En otros términos, el Defensor puede tener una dependencia administrativa y financiera con la Superintendencia pero en ningún caso una dependencia funcional. Este esquema además permitirá que el Defensor se articule mejor en la cadena de los procesos de defensa de los usuarios que realiza la Superintendencia.



Aunque en el país se han implementado figuras como las del defensor del cliente financiero, las disposiciones normativas, como las anotadas anteriormente, hacen del Defensor del Usuario en Salud en una figura nueva en el orden jurídico colombiano. Esta situación y el hecho de que para el Ministerio y la Superintendencia lo más importante es que la figura del Defensor del Usuario debe realmente generar valor para los usuarios y no convertirse en un trámite más, ha hecho exigente el proceso de reglamentación.

En dicho proceso se han revisado experiencias internacionales y nacionales relevantes, fue revisado al detalle el marco normativo, se han escuchado distintas organizaciones y asociaciones de usuarios, se han hecho acercamiento a la Corte Constitucional para definir mejor las implicaciones de la sentencia y se han realizado trabajos técnicos para tener una aproximación de los costos que tendrá la operación de la figura que necesitan ser profundizados. Con estos insumos, el Ministerio y la Superintendencia esperan tener muy pronto una versión ajustada de la reglamentación para la discusión con todos actores. Esta reglamentación tiene como objetivo, tal y como se anotó, que el Defensor del Usuario genere valor para el usuario en el proceso de defensa de sus derechos dentro del sector salud y de manera articulada con el esquema institucional de IVC y de protección al usuario.

18. ¿Qué diferencia existirá entre el anunciado Fondo de solidaridad y garantía anunciado por el Gobierno y el FOSYGA? ¿Cuál será la función de este nuevo fondo?

Respuesta: La Subcuenta de Garantías para la Salud fue creada mediante el Decreto 4107 de 2011, como una nueva subcuenta al interior del Fondo de Garantías, cuya finalidad es:

- e) Procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;
- f) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;
- g) Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud;
- h) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud.



**CUESTIONARIO PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PRESENTADO
POR EL DOCTOR BUENAVENTURA LEÓN LEÓN
Representante a la Cámara**

1. Informar sobre la ejecución presupuestal del ministerio de salud durante las vigencias fiscales 2009, 2010, 2011 y lo transcurrido del 2012 discriminando inversión y funcionamiento?

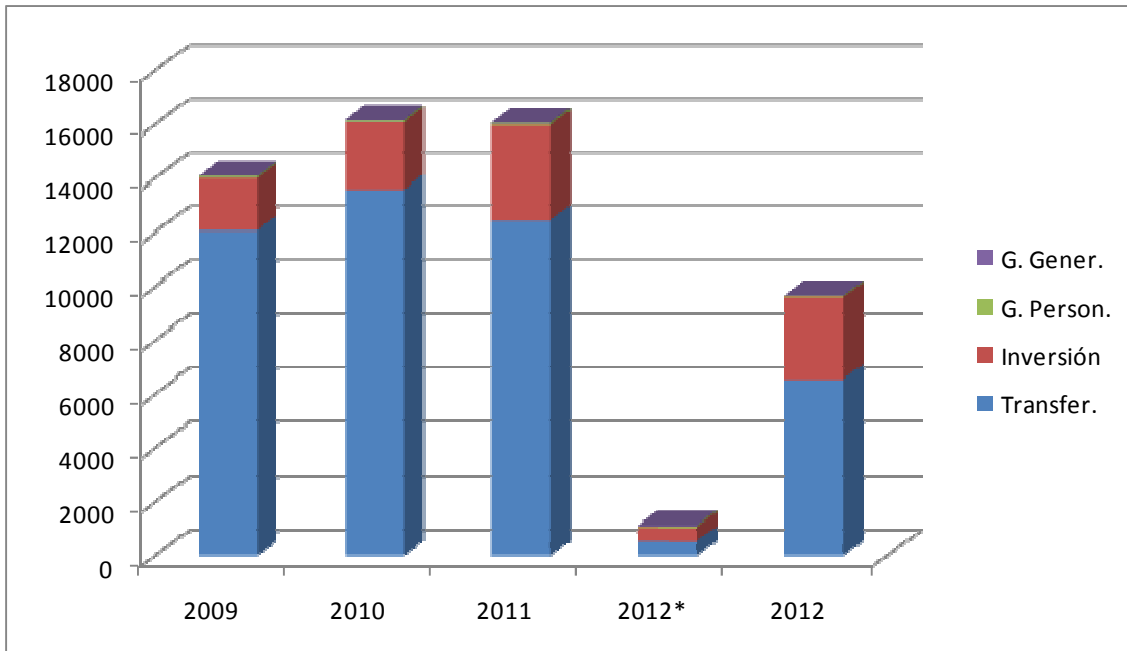
Respuesta: En 2009, el presupuesto del Ministerio de la Protección Social, fue de \$14.067.865'054.994, de los cuales, el 86.3% (\$12.133.613'018.469), correspondía a Gastos de Funcionamiento y el restante 13.7% (\$1.934.252'036.525), fue Inversión.

En 2010, el presupuesto se incrementó en el 14.8%, llegando a \$16.157.351'697.394, de los cuales, el 84.5% (\$13.658.794'2157.522), correspondió a los Gastos de Funcionamiento, mientras que el 15.5% (\$2.498.557'539.872), fue Inversión.

2011 muestra un descenso del 0.56%, en el global del presupuesto, con una apropiación definitiva de \$16.066.285'639.860; el 78% (\$12.527.195'087.098), fue de Gastos de Funcionamiento y el 22% (3.539.090'552.762), correspondió a la cuota de Inversión.

Para el 2012, la situación presupuestal del Ministerio cambia ostensiblemente luego del proceso de escisión, disminuyendo la apropiación en un 39.87%, al pasar de \$16.066.285'639.860 en 2011, a \$9.661.920'555.777 en 2012; los recursos se distribuyen entre el Ministerio de Salud (Unidad 190101), con \$1.115.475'889.883 (11.5%) y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, con \$8.546.444'665.894 (88.5%).

Serie presupuestal
2009 - 2012



* Presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social
2012 Presupuesto Total Ministerio y Dirección de Administración de Fondos

En los siguientes cuadros se ilustra, en millones de pesos, el valor en términos absolutos de la apropiación vigente y al frente el porcentaje, con respecto del total del Presupuesto. En la columna Obligación, aparece en términos absolutos el valor obligado y al frente el porcentaje de ejecución con respecto del total apropiado para cada ítem.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2009

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|---------------|-------|
| G. PERSONAL | 59.350,69 | 0,4% | 58.607,29 | 98,7% |
| G. GENERALES | 14.883,29 | 0,1% | 13.861,47 | 93,1% |
| TRANSFERENCIAS | 12.059.379,02 | 85,7% | 11.827.725,57 | 98,1% |
| INVERSIÓN | 1.934.252,03 | 13,7% | 1.819.891,49 | 94,1% |

Cifras en Millones de Pesos

La ejecución promedio, en 2009 fue del 97.5%.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2010

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|---------------|-------|
| G. PERSONAL | 68.083,23 | 0,4% | 64.016,65 | 94,0% |
| G. GENERALES | 15.259,90 | 0,1% | 14.543,14 | 95,3% |
| TRANSFERENCIAS | 13.575.451,01 | 84,0% | 12.786.438,89 | 94,2% |
| INVERSIÓN | 2.498.557,53 | 15,5% | 2.100.902,49 | 84,1% |

Cifras en Millones de Pesos

En 2010, se presentó un descenso en el promedio de ejecución, al ubicarse en el 92.6%.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2011

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|---------------|-------|
| G. PERSONAL | 77.024,22 | 0,5% | 70.423,25 | 91,4% |
| G. GENERALES | 24.489,90 | 0,2% | 18.489,40 | 75,5% |
| TRANSFERENCIAS | 12.425.680,95 | 77,3% | 12.332.985,76 | 99,3% |
| INVERSIÓN | 3.539.090,55 | 22,0% | 3.314.945,75 | 97,9% |

Cifras en Millones de Pesos

Para 2011, se incrementó el promedio de ejecución, al llegar al 97.9%.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2012 Ministerio de Salud y Protección Social

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|------------|-------|
| G. PERSONAL | 50.948,15 | 4,6% | 12.660,16 | 24,8% |
| G. GENERALES | 10.022,00 | 0,9% | 3.364,22 | 33,6% |
| TRANSFERENCIAS | 535.505,22 | 48,0% | 82.153,90 | 15,3% |
| INVERSIÓN | 519.000,51 | 46,5% | 92.880,64 | 17,9% |

Cifras en Millones de Pesos

Con corte a Junio de 2012, la ejecución promedio se encuentra en el 17.1%.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2012 Dirección de Administración de Fondos de la P. S.

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|--------------|-------|
| TRANSFERENCIAS | 5.995.319,41 | 70,1% | 2.932.064,34 | 48,9% |
| INVERSIÓN | 2.551.125,24 | 29,9% | 779.393,63 | 30,6% |

Cifras en Millones de Pesos

Con corte a Junio de 2012, la ejecución promedio se encuentra en el 43.4%.

Estructura, Composición y Ejecución Presupuestal 2012
Ministerio de Salud y Dirección de Administración de Fondos

| | Apropiación Vigente | | Obligación | |
|-----------------------|---------------------|-------|--------------|-------|
| G. PERSONAL | 50.948,15 | 0,5% | 12.660,16 | 24,8% |
| G. GENERALES | 10.022,00 | 0,1% | 3.364,22 | 33,6% |
| TRANSFERENCIAS | 6.530.824,63 | 67,6% | 3.014.218,24 | 46,2% |
| INVERSIÓN | 3.070.125,76 | 31,8% | 872.274,27 | 28,4% |

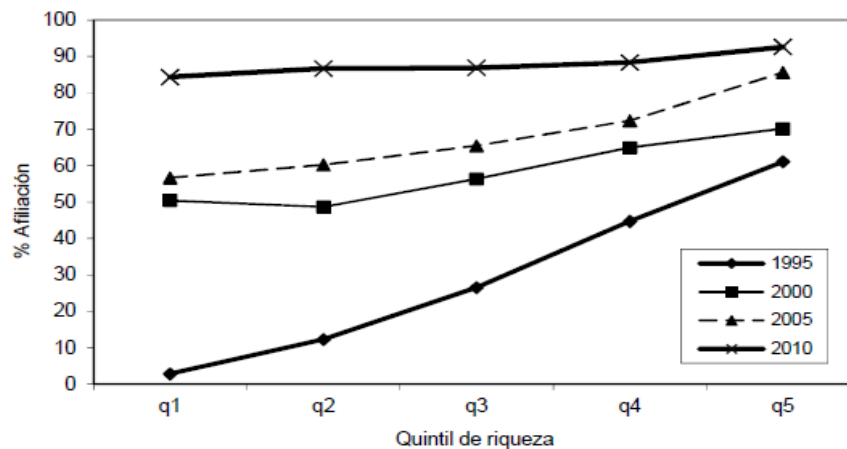
Cifras en Millones de Pesos

Con corte a Junio de 2012, la ejecución promedio se encuentra en el 40.4%.

2. Cómo ha sido la evolución de la salud pública antes y después de la ley 100 de 1993?

Respuesta: A partir de la entrada en vigencia de la ley 100 en 1993, Colombia ha tenido un rápido e importante crecimiento en la afiliación al sistema de salud, en 1990 tan sólo el 20% de la población se encontraba afiliada, hoy en día esta cifra llega casi al 90%. Es importante destacar que se han cerrado las brechas de inequidad por quintil de riqueza en afiliación al sistema de salud. Como se puede observar en el Grafico 1, los principales beneficiados han sido los quintiles más bajos de la población, los cuales presentaban una afiliación muy baja a principios de la década de los noventa y actualmente cuentan con una afiliación más cercana a la de los quintiles más altos. Este patrón de cierre en brechas de inequidad en la afiliación al sistema de salud es mucho más marcado si se analiza en áreas rurales, en 1990 el cubrimiento era de 38.8% y 8.6% en áreas urbana y rural respectivamente, hoy en día la afiliación es de 88.1% y 86.9% respectivamente.¹⁰

Grafico 1. Afiliación por quintil de riqueza



Fuente: Camacho A. Florez C. Diagnóstico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010. con base en DHS 1995-2010

¹⁰ Camacho A. Florez C. Diagnóstico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010. En: Bernal O. Gutierrez C, editores. La Salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Ed. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012. p. 47



El sistema de salud antes de la reforma de 1993¹¹

Antes de los cambios introducidos por las reformas de descentralización financiera y de salud en 1993, el sistema de salud en Colombia se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, baja eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad.

Estos factores afectaban a los pobres de manera desproporcionada: más de la mitad del quintil inferior de ingresos no podía acceder a atención médica cuando lo necesitaba porque no podía pagarlo. Una cuarta parte de la población total carecía de acceso a una atención médica eficaz debido a la falta de infraestructura, recursos humanos, medicina y bienes médicos (Barón, 2007). Aunque teóricamente los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin seguro médico, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondían a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debían afrontar costos directos. El régimen de subsidio público beneficiaba a pacientes en mejor situación económica: casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de ingreso medio y alto de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes hospitalizados de más recursos realizaban desembolsos directos (Molina, Rueda, Alviar, *et.al.* 1993).

El financiamiento de la salud pública se canalizaba hacia hospitales públicos, instalaciones de atención primaria, programas de salud pública, actividades de vigilancia de enfermedades, y los gastos administrativos de las funciones centrales y descentralizadas del Ministerio de Salud con base en sus presupuestos históricos, sin relación con el nivel de las prestaciones proporcionadas, las necesidades de atención de la población, o los resultados en materia de salud. Fuera de los programas centralizados de salud pública, no se asignaban partidas de recursos por separado para prevención de enfermedades, promoción de la salud o actividades de salud comunitaria. Los hospitales públicos no tenían incentivos para ser eficientes, mejorar la calidad de la atención, o adecuar sus carteras de servicios a las necesidades de la población. De hecho, muchos hospitales públicos habitualmente sufrían crisis financieras hacia mediados de año y recurrían a rescates del gobierno para sobrevivir.

El 72% del financiamiento de la salud se destinaba a servicios de atención curativa que beneficiaban de manera desproporcionada a los pacientes con mejor situación económica (análisis basado en datos de las Cuentas Nacionales de Salud elaboradas por el Departamento Nacional de Planeación). El financiamiento público para los programas de salud pública como vacunación y planificación familiar era complementado por recursos de donantes internacionales como la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Tono *et al.*, 2002). Las intervenciones de la salud pública también estaban a cargo del Instituto de Seguridad Social, un régimen de seguro social para los trabajadores con empleo formal (que excluía a las personas a su cargo), y eran financiados por impuestos a la nómina salarial. Los servicios eran prestados por las instalaciones de propiedad del instituto.

¹¹ BID. De pocos a muchos Diez años de Seguro de Salud La expansión en Colombia. Bogotá; 2007.



Reformas de 1993

Entre 1990 y 1993, los mandatos legislativos introdujeron nuevas funciones y responsabilidades subnacionales, y definieron nuevas fuentes de financiamiento para la prestación de servicios de salud y las fórmulas de distribución de estos recursos. Se establecieron procedimientos administrativos destinados a certificar el grado de descentralización de los gobiernos locales. Se trasladó la responsabilidad y el control presupuestal de estos recursos a departamentos y municipios certificados. Se crearon las direcciones locales de salud que debían asumir responsabilidades en el área de salud pública, entre otros.

Así pues, se combinaron las reformas de descentralización y de política sanitaria para repartir las responsabilidades de la salud pública.

La descentralización tuvo una evolución heterogénea ya que los territorios acometieron los procesos necesarios para asumir las funciones de salud pública que exigía la ley con distinto grado de profundidad y a distinto ritmo. Las reformas de descentralización y del sector de salud aumentaron los recursos para la salud pública, para intervenciones colectivas.

En síntesis, antes de la reforma el gasto en salud se concentraba en atención curativa, y los niveles de financiamiento de la salud pública eran bajos e imprevisibles. A partir de 1993, los recursos disponibles para la salud pública aumentaron y los niveles mínimos están garantizados. No obstante, una importante porción de los fondos sigue destinándose a intervenciones individuales, y los recursos se fragmentan entre los distintos organismos y niveles de gobierno.

Resultados

Es necesario entonces notar que la cobertura universal en salud, de conformidad con el mandato legal establecido en la Ley 100 de 1993, se entiende como la vinculación al Sistema a través de la afiliación, tal como lo señala el artículo 157:

“(...) todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.”

Lo anterior teniendo en cuenta que la afiliación al Sistema de Salud, tiene una estrecha relación con el acceso a la prestación de los servicios básicos, tratamiento a las enfermedades crónicas y suministro de medicamentos de acuerdo a los contenidos del Plan Obligatorio de Beneficios.

De otra parte, la vinculación al Sistema de Salud mediante el aseguramiento brinda una inclusión a la sociedad en el caso de la población pobre, dada la posibilidad de acceder a los servicios de salud y una importante protección financiera para los hogares, pues tal como lo ha señalado la Organización



Mundial de Salud, tener que pagar de su bolsillo el costo de los servicios de salud en el momento de requerir un tratamiento, se convierte en una restricción sobre el acceso de los servicios de salud.

Un estudio adelantado por el BID y The Brookings Institution en el año 2010, el cual tiene como objetivo entre otros, determinar el impacto del seguro de salud subsidiado sobre el estado de salud, y sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios concluye:

“(...) Los estudios anteriores documentaron la expansión sin precedentes de la cobertura del seguro de salud, como consecuencia de las reformas de 1993 del sector salud de Colombia. Este trabajo demuestra que la implementación de las reformas fomentó más el uso de los servicios de salud y mejoró el acceso entre quienes estaban en condiciones de inscribirse. Esta conclusión es robusta, como lo demuestra nuestro análisis, en el que se emplea una variedad de medidas de uso y acceso a los servicios de salud, junto con distintos métodos para controlar otros factores que pueden influir en estos resultados.

Una implicancia clave de este resultado es que todo esfuerzo por cambiar el sistema actual debería incluir recaudos para evitar que se pierdan estos importantes logros.

Las nuevas políticas deberían demostrar que pueden fomentar el uso adecuado de los servicios de salud, al menos en la misma medida en que lo hace el sistema actual. Esto no significa que el sistema actual sea perfecto, sino que se han hecho importantes avances que deben reconocerse y afianzarse.”

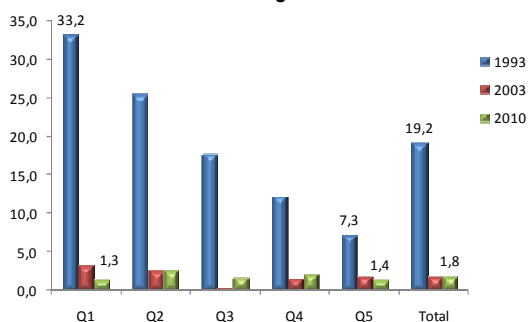
Teniendo en cuenta estas premisas se considera que el acceso a la prestación de los servicios de salud debe estar ligado a la afiliación al Sistema; por lo tanto la cobertura universal en salud atañe lo relacionado con el aseguramiento, la capacidad administrativa y financiera del Estado para coordinar y garantizar las fuentes de financiación que permitan hacer sostenible el seguro y la determinación del conjunto de servicios esenciales requeridos para atender con eficacia las necesidades de salud de la población.

La cobertura del SGSSS ha ido aumentando a través del tiempo como se ha mostrado en el texto anterior. Para este momento la cobertura está en el 96% y ahora se enfrenta el reto de que esta cobertura del aseguramiento se traduzca en un acceso real a los servicios de salud. Se han buscado formas objetivas de evaluar el acceso a los servicios. La Encuesta de Calidad de Vida permite hacer una aproximación más objetiva y menos mediática para mostrar que también ha habido una mejora real en el acceso a los servicios de salud. La estandarización de las encuestas de los últimos años muestran el avance en el acceso a los servicios de salud, en especial en los grupos de menores ingresos, consideran los más vulnerables.

En la pregunta que indaga acerca de 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 (quintil de menor ingreso) la caída fue de 33,2% a 1,3% en el mismo periodo (Ver gráfica). Para algunos servicios específicos, se observa por ejemplo

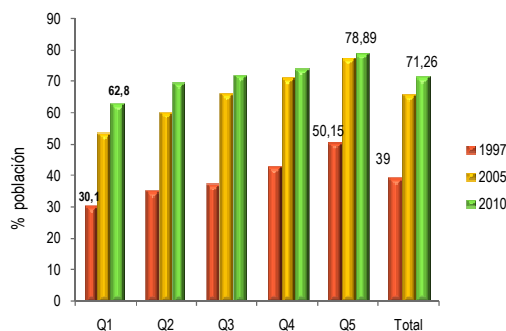
que la consulta en servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud creció en promedio un 83% entre 1997 y 2010. Este crecimiento se explica especialmente por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población (Ver gráfica).

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



Fuente: ECV, cálculos MPS

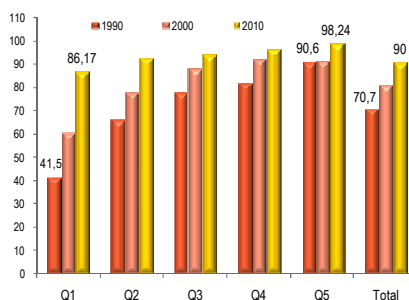
Consulta de prevención por nivel de ingreso



Fuente: ECV, cálculos MPS

También hay un mayor uso de los servicios relacionados con salud sexual y reproductiva (aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo y el parto). El porcentaje de mujeres con al menos cuatro consultas de control prenatal 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 periodo. El mayor acceso a controles prenatales ha sido claramente progresivo.

Porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales discriminado por nivel de ingreso



Fuente: ENDS, cálculos MPS

El acceso a una atención médica en el parto también ha aumentado de manera considerable. Un 30% a nivel nacional y un 116% entre las mujeres del quintil más bajo de ingresos entre 1993 y 2010. La atención del parto en instituciones de salud (parto institucional) alcanzó el 98,4% en 2009(Cálculos propios del MSPS con base en ECV).



Las cifras anteriores son una muestra clara de los avances que se ha tenido en mejorar el acceso a los servicios de salud. Se aprecia que en promedio toda la población se ha visto beneficiada y en especial los grupos más pobres. A su vez estos resultados contrastan con otros resultados en salud como una mortalidad materna que aunque ha disminuido, no lo ha hecho a la velocidad esperada.

Para el año 2000 la razón de mortalidad materna se encontraba por encima de 100 casos por cada 100 mil nacidos vivos mientras que para el 2009 había descendido a cerca de 70 casos por cada 100 mil nacidos vivos (Fuente DANE). Si bien es un descenso del 30% se requieren mayores esfuerzos para llegar a la meta del Milenio que se encuentra en 45 casos por cada 100 mil nacidos vivos. A su vez han sido los departamentos más alejados donde el descenso ha sido menor, permaneciendo estas regiones con mortalidades por encima de 100 casos por cada 100 mil nacidos vivos (Fuente DANE).

Si bien el número de controles pre natales que recibe en promedio cada una de las mujeres en estado de gestación es el considerado adecuado por la Organización Mundial de la Salud, esto no corresponde al resultado en salud visto desde el punto de vista de la mortalidad materna y el bajo peso al nacer. Este segundo indicador ha tenido una tendencia estable o ligeramente creciente en la primera década del siglo XXI. De aquí vale la pena destacar que en ciudades como Bogotá donde para el año 2009 se encontraba una elevada tasa de recién nacidos con bajo peso al nacer. Esto sugiere que el problema no es sólo de acceso ya que en Bogotá, esta es una barrera menor que en otros lugares del país. Sería en este caso la calidad en la atención la que podría tener una mayor relación con el resultado. La explicación a esta divergencia puede tener muchas explicaciones, pero la calidad en la atención a las gestantes es necesariamente una de las dimensiones a tener en cuenta para establecer la causa de estos resultados.

Otro ejemplo la progresión de la enfermedad renal crónica asociada a enfermedades precursoras como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. A pesar de existir un mejor acceso a servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud el número de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estado terminal, requiriendo terapia de remplazo renal – diálisis o trasplante – ha ido en un constante aumento. Esto sugiere también que aunque hay que continuar trabajando en mejorar el acceso – sólo el 62% de las personas accedieron a servicios de promoción y prevención- también es necesario mejorar la calidad de los servicios de modo que se logre el mejor resultado posible.

Para lograr una mejoría de la calidad se hace necesario hacer las mediciones correspondientes que permitan dirigir las acciones. Lo que no se mide no mejora y este es un axioma que se ve reflejado en la ley de reforma del sistema de salud – Ley 1438 de 2011. Se trabaja en el establecimiento de un Sistema de Evaluación de Actores que permita presentar los avances que tiene el sistema. Este sistema se viene formando de manera organizada y estructurada, y contará con la participación de la academia, sociedad civil organizada y actores importantes del sistema.

Existen además otros frentes de trabajo para el mejoramiento de la calidad. La calidad en la prestación de servicios de salud es un eje central de las acciones del Ministerio. Para esto ha trabajado durante varios meses con diferentes actores del sistema en hacer una revisión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de manera que haya una orientación clara hacia lograr mejores



resultados en salud. Esto implica mejorar la resolutividad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en especial los que atienden la baja complejidad.

Es un interés del Ministerio aparte de tener unos altos estándares de habilitación, siendo estos un mínimo de calidad, lograr que una mayor número de prestadores con niveles superiores de calidad, es decir Acreditados. Para esto se preparó y publicó una versión nueva de los estándares de acreditación, trabaja en el establecimiento de incentivos para que las instituciones decidan acreditarse. Es un reto establecer los incentivos precisos que no se conviertan en mayores costos para el sistema.

La mejora en la calidad de la atención por parte de las EPS también debe poder observarse a través de la nueva normatividad de habilitación de las EPS. No sólo los recursos financieros para poder operar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud es una condición, sino la gestión del riesgo en salud, la calidad de la atención y resultados en salud obtenidos por el asegurador serán condiciones para lograr la habilitación o permanecer habilitados.

En un trabajo articulado con el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias- se encuentran en proceso de desarrollo y cerca de su culminación de las Guías de Atención Integral en Salud. Estas guías se han desarrollado con los mejores estándares que hay a nivel mundial y se convierten en una herramienta fundamental para el personal de salud que trata los pacientes con enfermedades o condiciones que son objeto de estas guías. Existe una tendencia mundial a desarrollar guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible y así, se pueda tomar la mejor decisión en cuanto al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de condiciones clínicas particulares. Vale la pena aclarar que las Guía de Atención Integral son herramientas de calidad y no reemplazan la autonomía médica.

La evidencia muestra que el Sistema General de Seguridad Social ha sido efectivo en mejorar la cobertura en cuanto a personas aseguradas y que ese aseguramiento se convierta en acceso a los servicios de salud. Esto ha sido más marcado en los grupos de población más pobres. Pero los resultados en salud muestran que aunque se ha logrado mejorar el acceso, aun este no es suficiente y que la calidad de la prestación de los servicios debe mejorarse para lograr mejores resultados en salud para toda la población. Para lograr este objetivo hay varias múltiples acciones desde el Ministerio como ente rector para lograr mejorar la calidad. Guías de atención para apoyar el personal de salud en tomar las mejores decisiones posibles, normas de habilitación superiores e incentivos a la acreditación para lograr estándares superiores de calidad son las más visibles en el momento. Esto se suma al fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control que ha sido anunciada.

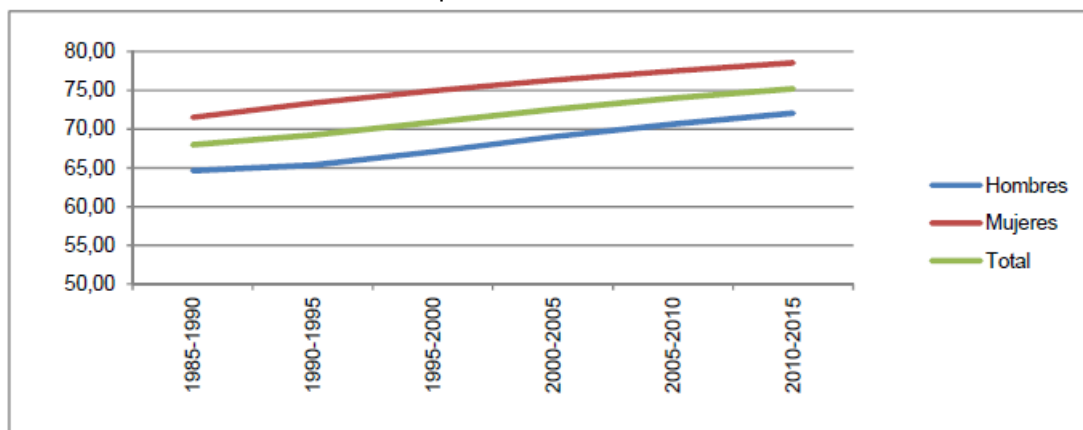
3. ¿Cuál ha sido el impacto de la Ley 100 de 1993 en el mejoramiento de la morbilidad y mortalidad?

Respuesta: Colombia inició un proceso de transición demográfica a partir de 1960, con un marcado avance hacia el envejecimiento poblacional.

Las variables que influyeron en este fenómeno incluyen la fecundidad, mortalidad, cambio epidemiológico y cobertura en salud, cambios en los patrones de edad y los flujos migratorios. Igualmente, se encuentra una reducción de la tasa de fecundidad en 65% en tan sólo 50 años (1951-2005).

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) ha presentado en el país una tendencia a aumentar en las últimas décadas, tanto la del total de la población como por sexo, siendo mayor en mujeres que en hombres en 6,47 años en el quinquenio entre 2010 y 2015; lo anterior, es resultado de mejores condiciones de salud en las que ahora nace y vive la población y de la reducción del 68% de la tasa de mortalidad general resultado del cambio epidemiológico y la cobertura en salud que han producido un cambio en la mortalidad por edades en la población. (Ver grafico)

Grafico. Tendencia de la Esperanza de Vida al Nacer, Colombia 1985 -2015



Fuente: Latorre ML, Barbosa S. Avances y Retrocesos en la Salud de los Colombianos en las Últimas Décadas. En: Bernal O, Gutierrez C, editores. La Salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Ed. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012. p.5

Igualmente, la tasa de mortalidad infantil (cantidad de muertes de niños menores de un año cada 1.000 niños nacidos vivos) es un barómetro comúnmente utilizado de la salud y bienestar de la población, y mide la desigualdad en el acceso al sistema de atención de la salud pública. La tasa de mortalidad infantil en Colombia descendió de 56,7 por 1.000 en 1975-80 a 18,7 por 1.000 en 2000-05 (Florez, 2000; Profamilia, 2005).

Sin embargo, aún persisten las disparidades geográficas y económicas. Como cabe esperar, la mortalidad infantil en Colombia tiende a ser mayor en las áreas rurales, en los departamentos con menor nivel de desarrollo, y en los sectores pobres. Esta realidad obedece, en parte, a los factores determinantes de la morbilidad, entre ellos, las diferencias de acceso a los servicios de salud, infraestructura, servicios básicos, calidad de la vivienda, y educación.

De igual manera, se ha registrado una continua disminución de la fecundidad, en este sentido, la tasa total de fecundidad para 2010 fue de 2.1 hijos por mujer, cuando en 2005 era de 2.4. La tasa bruta de natalidad pasó de 28,8 nacimientos por 1.000 Hab. en el quinquenio 1985-1990 a 18,8 en el quinquenio 2010-2015.



También se presentó un descenso en la tasa de fecundidad deseada, la cual se ubicó en 1.6 hijos por mujer, mientras que en 2005 era de 1.8. Cada vez es más cercana la tasa de fecundidad deseada a la tasa de fecundidad observada

Por su parte, la mortalidad por Agresiones (homicidios) disminuyó también en los últimos años. De una tasa de 76,96 por 100.000 habitantes en el 2002 (31.807 homicidios) bajó a una tasa de 44 por 100.000 habitantes en el 2005 (18.875 homicidios).

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM), la Falla Cardíaca (FC), la Hipertensión Arterial (HTA) y los Accidentes Cerebro vasculares (ACV) han estado dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en Colombia en los años revisados. El IAM es actualmente la primera causa de muerte, pero este lugar fue ocupado por los homicidios en la década del 90 al 2000. Es indudable el impacto que ha tenido la violencia en Colombia.

La mortalidad por Accidente Cerebrovascular se ha mantenido en el tercer lugar y la Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica en el cuarto. La Diabetes Mellitus aparece entre las 10 primeras causas de mortalidad a mediados de los años 90, con tendencia al aumento.

Las infecciones intestinales en 1980 ocupaban el tercer lugar, bajaron a noveno lugar y a partir de 1990 dejan de aparecer entre las 10 primeras causas de mortalidad en los últimos años comienzan a aparecer las neoplasias malignas entre las 10 primeras causas de mortalidad, como son el Cáncer de estómago y posteriormente el Cáncer de pulmón¹².

De acuerdo a lo anterior, las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, el cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de morbilidad y discapacidad, y en la actualidad causan más del 60% de las defunciones mundiales, el 80% de los cuales ocurre en países en desarrollo. Para el 2030, se estima que las ENT serán responsables del 75% de las defunciones mundiales.

Actualmente, estas enfermedades tienen un impacto significativo en todos los niveles de los servicios de salud, los costos de salud, y el personal sanitario, así como en la productividad nacional, tanto economías emergentes como establecidas.

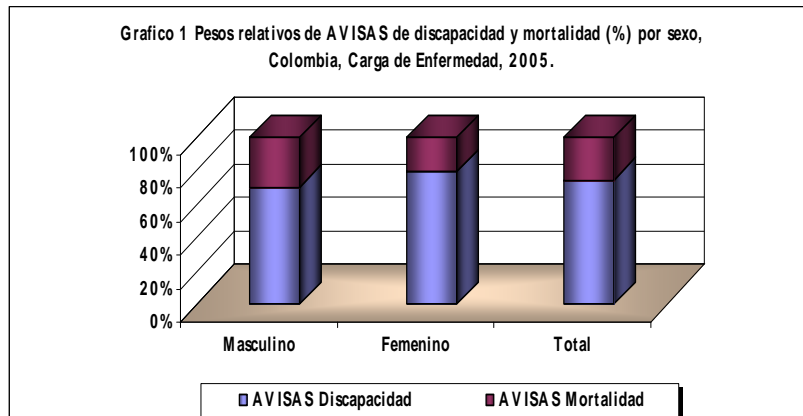
Según el estudio de carga global de enfermedad se estimó para Colombia en el año 2005 en 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 atribuibles a AVISAS de discapacidad y 73 por mil personas a AVISAS de mortalidad.

En la gráfica 1 se pueden observar los pesos relativos que en la carga global tienen los AVISAS con discapacidad y los AVISAS perdidos por mortalidad prematura. Los AVD superan ampliamente, 74%

¹² Latorre ML, Barbosa S. Avances y Retrocesos en la Salud de los Colombianos en las Últimas Décadas. En: Bernal O, Gutierrez C, editores. La Salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Ed. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012. p. 14

versus 26%, a los APMP. Por sexo, entre las mujeres la diferencia es aún más marcada pues el 79% de los AVISAS totales corresponden a AVD, mientras que en hombres esta proporción desciende hasta 70%.

Gráfica. Pesos relativos de AVISAS de discapacidad y mortalidad (%) por sexo, Carga de Enfermedad Colombia 2005.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción Y Prevención con datos de encuesta de carga de Enfermedad 2005

La mayoría de la carga de enfermedad según AVISAS corresponde a problemas definidos como pertenecientes al grupo II o grupo de enfermedades crónicas, no transmisibles (76%), 81% en mujeres y 72% en hombres.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con La Universidad de Antioquia a través de la facultad de Salud Pública realizó en el año 2009 un “Análisis a profundidad de la situación de salud Colombia 2002-2007”, en su capítulo de estudio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, muestra aspectos interesantes de ésta condición en salud que es importante considerar para Colombia:

- El acelerado envejecimiento de la población colombiana, con respecto al observado en países del primer mundo, ya que la población colombiana pasó de 23,2 años en 1938 a 29,1 años en el 2005, aumentando 6 años, y la edad mediana pasó de 18,9 años a 25,6 años con un aumento de 7 años. El índice de envejecimiento del país es de 20,5 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años.
- Según la ENS 2007 las condiciones crónicas observadas con mayor frecuencia en ambos sexos, correspondieron en su orden a alergias, **hipertensión arterial**, úlcera digestiva, asma, colon irritable, **otras enfermedades crónicas que no se curan, alguna enfermedad del corazón, diabetes** y epilepsia, **otra enfermedad pulmonar como enfisema, cáncer**, tuberculosis e infección por VIH o SIDA.
- El estudio de la distribución porcentual de la mortalidad en Colombia, muestra que las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en el país con 31% del total de las causas. Las muertes por causas externas, neoplasias y enfermedades transmisibles

ocupan lugares secundarios con 19, 18 y 8% respectivamente.¹³ Se considera que el 30% de los cánceres son prevenibles

- La proporción de muertes por cáncer que puede atribuirse a factores de riesgo conocidos, muestra un mayor peso para el tabaco y la dieta, donde se estima que cada uno de ellos aportan un 30% respectivamente (Plan Nacional de Cáncer).
- En adultos, las principales localizaciones de cáncer en hombres son el cáncer de estómago, pulmón, próstata, y colon y recto mientras que en mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón.
- La mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general muestra una tendencia al incremento a través de los años. En un período reciente de 25 años, el número absoluto de muertes por esta causa prácticamente se duplica, pasando de 30000 muertes en 1980 a 55000 en el año 2004, lo cual establece la magnitud de la gran carga sobre el sistema de salud que imponen estas enfermedades, de por sí consideradas como de alta complejidad técnica y de alto costo. Este incremento es más notable para las enfermedades isquémicas, para las cerebrovasculares y para las hipertensivas.
- De igual manera se observa un incremento del 30% para el grupo de las enfermedades de vías respiratorias, seguido por el grupo de tumores con un 19%, el de diabetes mellitus con 13% y por último el grupo de las enfermedades cardio vasculares con un 10%.

Morbilidad más frecuente¹⁴

La composición porcentual de la causalidad mostró una variación importante de acuerdo al grupo de edad a lo largo del periodo 2004-2008. Los grupos de edad inferiores muestran un predominio de patologías infecciosas, con un 65,8% de los eventos en menores de 5 años, en el grupo entre 5 y 14 años se observó un importante aumento en patologías no transmisibles (45,2%) y 17,9% de externalidades, cifra tres veces superior a la encontrada para el grupo de edad anterior. Este segmento poblacional fue el que más diagnósticos de este grupo registró.

En el grupo de 15 a 44 años se encontró un leve aumento de las patologías infecciosas (38,8%) con respecto al grupo anterior, sin embargo, las patologías no transmisibles fueron porcentualmente mayores con un 48,3% de los eventos registrados. Las externalidades representaron un 12,9% de los diagnósticos. Al hacer un análisis de la morbilidad por grupo de edad se encontraron diferencias importantes. En los menores de 5 años fueron especialmente relevantes las infecciones de vías respiratorias superiores; entre los 5 y los 14 años, apendicitis fue uno de los diagnósticos más frecuentes. Los trastornos hipertensivos representaron un grupo importante de diagnósticos a partir de los 15 años y entre los 15 y 44 años el hipotiroidismo fue un diagnóstico frecuente. En los grupos de edad avanzados se encontraron patologías crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, tumores malignos de la próstata y eventos cerebro-vasculares.

¹³ Op Cit. BID

¹⁴ Op.Cit. Latorre ML. Barbosa S. 2012. p. 14.



4. Por qué se pretende por parte del ministerio de trabajo aumentar la nomina de la planta de personal con cargos misionales, siendo que incrementa los gastos de operación de los hospitales haciéndolos menos viables económica y financieramente?

Respuesta: Este Ministerio ha venido trabajando con el Ministerio del Trabajo en lo relacionado con el talento humano en salud, razón por la cual, el pasado 22 de marzo de 2012 se dirigió un comunicado a los Gobernadores, Alcaldes y Gerentes de Empresas Sociales del Estado, en donde se plantea que hay consciencia de la necesidad de asegurar los derechos laborales de los trabajadores, pero además de la importancia que reviste el sector salud, en la garantía de los derechos fundamentales de los ciudadanos y que por tanto, es necesario garantizar tales derechos en su conjunto.

Es claro que la garantía del derecho a la salud debe ser un principio orientador de la prestación de servicios de salud y la plena garantía del goce efectivo de aquel derecho fundamental impone una diversidad de obligaciones por parte del Estado y la Sociedad en general, supeditadas en gran parte, a los recursos materiales e institucionales disponibles.

En tal sentido, ambos Ministerios hemos encontrado que las relaciones laborales en el Sector Salud revisten de especial tratamiento, por lo que se hace necesario adelantar los estudios y análisis pertinentes que permitan dar alternativas a las entidades del sector para que operen de manera eficiente y oportuna.

Hasta tanto se realicen los estudios y análisis mencionados y se adelante su implementación progresiva, en aras de garantizar la prestación del servicio de salud a la población, las mencionadas entidades deben evaluar las necesidades para la gestión del Talento Humano y adoptar las medidas transitorias correspondientes, sin desconocer los lineamientos de la sentencia C-614 de 2009.

5. Por qué no se ha definido por parte del ministerio de salud un piso tarifario que regule las tarifas por prestación de servicios de salud y sean las mínimas que se pacten entre los prestadores, los entes aseguradores y entes territoriales?

Respuesta: La principal dificultad que enfrenta el Ministerio de Salud y Protección Social para poder contar con estudios integrales y representativos de tarifas y estructuras de costos en la prestación de servicios, radica fundamentalmente en la carencia de información completa y periódica, que no solo permita construir una bases sólidas de comparación sino que además faciliten su monitoreo y evaluación permanente. En la actualidad no existe una normatividad que obligue a las IPS a suministrar de manera regular y periódica información administrativa y financiera, ni tampoco el suministro oportuno y completo de datos sobre procedimientos y diagnósticos, con los cuales se puedan diseñar y poner en marcha sistemas modernos de gestión clínica y costos de atención de pacientes.

6. Por qué a pesar de contarse con normatividad que busca agilizar el flujo de recursos en favor de los prestadores, actualmente se cuenta con cifras elevadas de cartera y de alta



morosidad, sin que haya una sanción por parte de los entes de control a las entidades aseguradoras y entes territoriales?

Respuesta: Como se señaló anteriormente, el impacto de las medidas para agilizar el flujo de recursos se refleja en la disminución de cartera de los prestadores. Sin embargo, es importante señalar que dentro del sistema existe la necesidad de depurar las cifras de cartera y cuentas por pagar, tanto de las EPS como de los prestadores de servicios de salud, para que se refleje la realidad financiera de estas entidades.

Sobre las sanciones y medidas a adoptar, la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias atenderá los requerimientos de la H. Cámara de Representantes.

7. Qué porcentaje de la UPC- subsidiada y contributiva se gasta en cada nivel de complejidad?

Respuesta: No existe un dato único para el país de la UPC subsidiada y contributiva que se gasta en cada nivel de complejidad, debido a que la heterogeneidad de las condiciones socio-económicas y demográficas de la población, la zona geográfica en la cual se opera, la oferta de servicios disponibles y contratados, el modelo de atención propuesto, a las condiciones de contratación de la red prestadora de servicios no permiten definir un porcentaje unificado para todo el país.

8. Cuál ha sido el porcentaje de gasto del alto costo frente al total del gasto?

Respuesta: El término alto costo no deviene de un concepto derivado de la prestación de servicios de salud, sino de una clasificación económica para describir un grupo de patologías consideradas ruinosas dado su impacto en el total del gasto. No es posible discriminar del gasto total en salud un porcentaje para el alto costo, teniendo en cuenta que para el tratamiento y rehabilitación de una enfermedad de este tipo, se tienen asociados procedimientos y medicamentos no considerados de alto costo.

9. Cuál ha sido el monto de los gastos de administración del aseguramiento en salud tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo en los últimos tres (3) años?

Respuesta: Los gastos de administración en el Régimen Subsidiado fueron reglamentados mediante el Acuerdo 415 de 2009 emanado del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el 8% del total de los ingresos operacionales. Actualmente el porcentaje de gasto de administración para el régimen contributivo está en el 12% de conformidad con lo señalado en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES. Sin embargo, en el artículo 23 de la Ley 1438, se determinó que los Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud no podrán superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación a más tardar el 01 de enero del año 2013. El monto al que ascienden estos gastos es reportado por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud.



10. Con base en que estudios se ha definido el valor de la UPC-s y UPC-c, y si en estos estudios se ha tenido en cuenta factores como la distancia, dispersión de la población, frecuencia de uso, perfil epidemiológico, demanda de servicios y características regionales?

Respuesta: Los cálculos de UPC se realizan con base en la información de frecuencia de uso de servicios, por tipo y por costo efectivamente pagado por las EPS. Para ello se utilizaron en el año 2012 alrededor de 400 millones de registros, los cuales son sometidos a un estricto protocolo de mallas de validación para determinar su consistencia y validez, luego de lo cual son agrupados y analizados por conjuntos de tecnologías utilizando diversas técnicas estadísticas con las cuales se llega a un valor promedio de UPC para todo el país, y al ajuste de esta mediante los ponderadores por edad, sexo, dispersión geográfica y conurbación

11. Por qué al igualar los pos del subsidiado con el contributivo, se le asigna un menor valor a la UPC del régimen subsidiado frente a la UPC del régimen contributivo?

Respuesta: El cálculo de la UPC de igualación de planes de beneficios se realizó tomando como base la información aportada por las experiencias piloto de Cartagena y Barranquilla, la cual demostró ser suficiente para financiar el POS unificado. Luego se realizaron comparaciones estadísticas que permitieran sustentar su aplicación al resto del país, como fueron las estructuras de población, las estructuras de gastos de las EPS que operaban allí pero también en el resto del país y la comparación de los costos de los conjuntos de tecnologías entre estas dos ciudades y el resto del país, las cuales arrojaron como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas dos ciudades y el resto del país.

12. Qué tipo de seguimiento se le hace a los entes aseguradores, frente al uso de los recursos destinados a la salud y cuál ha sido su resultado?

Respuesta: En el marco de la Ley 1122 de 2007, se creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrolla, además de los señalados en otras disposiciones, entre otros los siguientes objetivos:

a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

- c) *Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;*
- d) *Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;*
- e) *Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;*
- f) **Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; (Subrayado fuera de texto)**
- g) *Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;*
- h) *Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema” Subrayado negrilla nuestra.*

Con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales de la Superintendencia Nacional de Salud, se expidió la Circular Única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

- Recopilar, modificar y actualizar todas las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia.
- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia

Con la frecuencia determinada en la Circular Única las EPS reportan información a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se analiza y se publica en la Pagina WEB de dicha Entidad la situación financiera de las EPS. Dicha publicación contiene el Análisis de Ingresos, Costos y Gastos, Activos y Pasivo, Capital de Trabajo y Liquidez, Patrimonio y Flujo de Recursos de las EPS.



Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud, adelanta visitas integrales a las EPS, para revisar la situación financiera, el flujo de recursos y prestación de servicios, entre otros, y se construye los respectivos informes, los cuales son remitidos a los vigilados.

Con base en la información recaudada a través de la Circular Unica y los informes de visita, la Superintendencia Nacional de Salud toma las medidas a que haya lugar, tales como intervenciones, liquidaciones o medidas especiales.

13. Qué pasa con los recursos contratados en la modalidad de capitación, que las EPS-s no pagan a los prestadores de salud cuando se glosan por el cumplimiento parcial de metas de protección específica y detección temprana y estos no son devueltos a los entes territoriales por parte del ente asegurador?

Respuesta: Las Entidades Promotoras de Salud tienen la obligación de cumplir las metas programadas para las actividades de protección específica y detección temprana, en tal sentido la entidad territorial en el marco de sus competencias y a través de la interventoría (hoy auditoría) del régimen subsidiado deben ejercer el control y vigilancia, por tal razón no debe haber lugar a devoluciones de recursos de la UPC-S con cargo a este componente sino la exigencia de que esta obligación se cumpla por parte de las EPS.

14. Por qué razón las acciones de protección específica y detección temprana no han sido efectivas frente a los objetivos que persigue, observándose crecimiento en el embarazo en las adolescentes, maltrato infantil, altos índices de muerte materna y prenatal, la desnutrición y en general en las patologías de prevención y detección temprana?

Respuesta: Las acciones de protección específica son definidas por la Resolución 0412/2000 como “(...) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (...)” mientras las acciones de detección temprana se definen como “(...) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte(...)”.

En este sentido, la Resolución 0412/2000 definió acciones de protección específica, tendientes a evitar o reducir las enfermedades inmunoprevenibles; la caries y enfermedad periodontal; la mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el embarazo, la mortalidad perinatal y la reducción de la fecundidad a través de la planificación familiar, a través de la implementación de:

- a) Programa Ampliado de Inmunizaciones
- b) Atención Preventiva en salud bucal
- c) Atención del parto
- d) Atención del recién nacido
- e) Atención en Planificación Familiar

En este sentido, la afirmación “(...) **las acciones de protección específica y detección temprana no han sido efectivas frente a los objetivos que persigue observándose crecimiento en las patologías de prevención y detección temprana (...) sic**” no es coherente con los indicadores, toda vez que, se han alcanzado los siguientes logros a través de los programas antes descritos y que a continuación se relacionan:

a) Programa Ampliado de Inmunizaciones

Las enfermedades inmunoprevenibles no han aumentado principalmente por el mantenimiento de las coberturas de vacunación que han logrado reducir o incluso detener la trasmisión de muchas enfermedades, tal como se describe a continuación:

- a) **Poliomielitis salvaje:** erradicada en Colombia. Último caso registrado en 1991.
- b) **Rubéola:** en proceso de eliminación en Colombia. Último caso confirmado por laboratorio en niños menores de cinco años fue en 2009, sin establecer cadenas de transmisión.
- c) **Rubeola congénita:** en proceso de eliminación en Colombia. Desde 2005 no se reportan casos de rubéola congénita en Colombia
- d) **Tétanos neonatal:** Se ha mantenido la incidencia global por debajo de 1 caso por cada 100.000 nacidos vivos durante los últimos 4 años.
- e) **Haemophilus influenzae b:** Se ha logrado una importante disminución de la morbimortalidad infantil por neumonía y meningitis causada por esa bacteria.
- f) **Fiebre amarilla:** En las zonas de riesgo, la cobertura de vacunación es superior al 95%, Como resultado los casos de fiebre amarilla reportados en los últimos 3 años correspondieron a Colonos que ingresaron a zonas endémicas sin estar vacunados o que rehusaron la vacunación. En 2009 se reportaron 4 casos de fiebre amarilla.
- g) **Sarampión:** El último caso reportado en Colombia fue en el 2011, pero corresponde a un caso importado, como resultado, se realizó campaña de vacunación Sarampión Rubeola dirigida a la población entre 10 y 20 años de edad para el fortalecimiento de la estrategia de erradicación del sarampión y como parte del plan de contingencia diseñado para dar respuesta a la atención de los casos de sarampión presentados en el Departamento del Atlántico en dicho año.
- h) En el 2010, se logró la meta de vacunación de población de 14 a 39 años con Sarampión Rubéola. (Casi 18 millones de personas con una inversión de 12.5 millones de dólares)
- i) **Neumococo:** Según el DANE, en 2005 fallecieron en Colombia 11.456 menores de un año. 14% de ellos por infecciones respiratorias. Según el estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia, la vacunación contra neumococo en grupos de mayor riesgo (enfermedad pulmonar, inmunosuprimidos y de bajo peso) es una estrategia altamente costoefectiva, que evitará por lo menos 532 muertes por enfermedad neumocócica invasiva/año en estos grupos de edad.
- j) **Rotavirus:** Si bien la mortalidad por enfermedad diarréica aguda en menores de un año ha disminuido en la última década, la EDA sigue siendo una causa relevante de morbilidad y aportan un número importante de muertes evitables a la mortalidad infantil y en la niñez. La vacunación universal contra rotavirus, causante de la diarrea grave, evitará al país la ocurrencia de cerca de 300.000 casos de diarrea; 82.000 consultas por de EDA moderada o severa; 25.000 hospitalizaciones por complicaciones de EDA; 420 muertes anuales en



menores de un año y un Gasto cercano a \$7 millones de dólares / año en prestación de servicios de salud.

De otra parte, el esquema de vacunación se ha venido actualizando a fin de incluir nuevas vacunas que buscan reducir los casos de otras enfermedades inmunoprevenibles; es así como el esquema nacional de vacunación del PAI, contiene 14 tipos diferentes de vacunas, las cuales protegen contra las siguientes enfermedades: polio; tuberculosis; difteria; tosferina; tétanos; neumonías y meningitis por Haemophilus influenza tipo b; Hepatitis B; influenza estacional; neumonías y meningitis por neumococo; diarrea por rotavirus; sarampión, rubéola, paperas y fiebre amarilla.

Adicionalmente, se realizó el estudio de costo efectividad para la inclusión de las vacunas contra la Hepatitis A y contra el VPH (causa necesaria del cáncer de cuello uterino), en el esquema nacional, los cuales aportaron evidencia necesaria para justificar su inclusión en el esquema nacional de vacunación para todos los niños de 1 año (Hepatitis A) y para las niñas de cuarto año de primaria (VPH), las cuales se realizarán en el segundo semestre del 2012.

b) Atención Preventiva en salud bucal

Las acciones preventivas en Salud bucal incluyen las acciones de control y remoción de placa dental, aplicación de sellantes y flúor en gel, y detartraje supra gingival, como acciones de obligatorio cumplimiento en edades establecidas, y con metas definidas por la resolución 3384 de 2000 de 80% para el régimen subsidiado y de 20% para el contributivo.

En lo relacionado con la salud bucal, no es posible señalar de forma categórica que a la fecha las medidas de protección específicas no han sido efectivas, entre otras, por las siguientes razones:

- Las acciones no estaban encaminadas a toda la población sino a algunos grupos en particular como población infantil para reducir su presencia y en algunos adultos para reducir su severidad.
- Las metas establecidas por la resolución 3384 de 2000, dirigida a las EPS no cubren al 100% de la población.
- Las acciones de protección específica no son las únicas necesarias para la reducción de las condiciones, dado que estas se asocian con determinantes como el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos para proveerse de aditamentos de higiene bucal, el acceso a servicios públicos, y a condiciones socioeconómicas favorables.

Sin embargo, el Ministerio y las Entidades Territoriales departamentales y municipales, han realizado acciones para favorecer el mejoramiento de las condiciones a través de:

- Inclusión dentro de los planes territoriales, de acciones de promoción integral de la salud que incluyen la salud bucal (como es el caso de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI)
- Inclusión de acciones de promoción específica (incluyendo la promoción de hábitos de cuidado bucal, el reconocimiento de derechos para hacer efectivo el requerimiento de las personas en los servicios).

- Conformación de alianzas para canalizar a la población de mayor riesgo, a fin de que sean atendidos por las respectivas EAPB. (estrategia escuelas saludables)
- Adicionalmente, en salud bucal se avanza en la realización de un estudio de morbilidad, sin el cual no es posible en este momento dar cuenta del avance o retrocesos en el perfil de las condiciones que afectan la salud bucal en el territorio nacional.

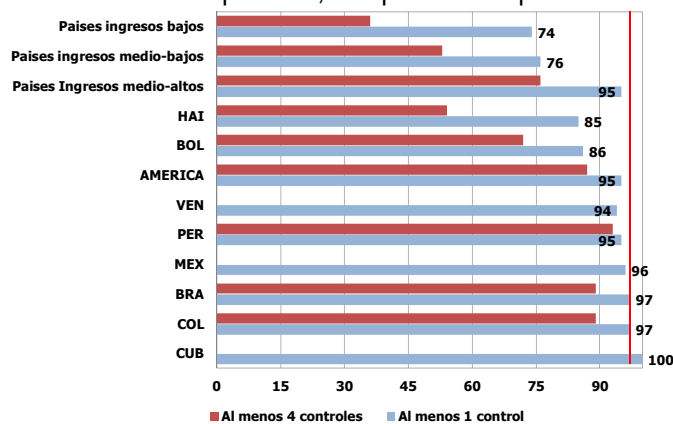
Para el caso de la detección precoz de alteraciones de la agudeza salud visual, las edades también son específicas. Adicionalmente, no se cuenta en todo el país con recurso humano de optometría y la inducción a la demanda es limitada. A pesar de esto se han venido realizando acciones de forma intersectorial en el marco de escuelas saludables y de la estrategia AIEPI, fortaleciendo en menores de 5 años la detección de alteraciones visuales también con otros profesionales y con otros sectores como el educativo.

c) Atención del parto

En los indicadores de atención prenatal y atención médica en el parto se observa una notoria tendencia al alza. Hoy en día, 90.2% de las mujeres reportan una atención prenatal adecuada, definida como 4 o más citas prenatales, comparado con un 70.7% reportado en 1990. En este caso, persisten las inequidades por quintil de riqueza, pero se han cerrado brechas de inequidad por zona rural y urbana y en diferentes regiones del país. La tendencia y magnitudes son muy similares en cuanto a la atención médica al parto. (Camacho A. Florez C 2012)

En este aspecto, Colombia presenta una de las más altas coberturas en la región, siendo superado sólo por Cuba y en el mismo nivel que Brasil. (Grafico)

Grafico. Cobertura de Control prenatal, comparativo de países americanos. 2011



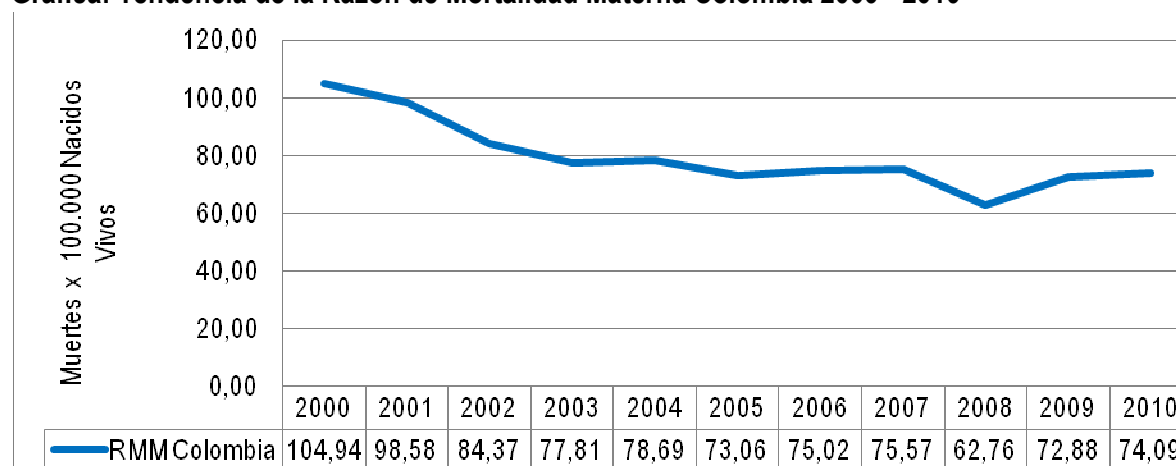
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social/Dirección de Promoción y Prevención con datos del World Health Statistics 2012 de la Organización Mundial de la Salud

Con respecto a la asistencia al control prenatal, es importante señalar que la misma está determinada por múltiples factores como la cultura, la dispersión geográfica, la percepción del riesgo, le educación, el acceso a la comunicación, la credibilidad de las personas en torno a los servicios médicos, entre otros; resultado de ello, son los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, que reflejan que quienes no han tenido atención prenatal son, básicamente, mujeres menores

de 20 años y mayores de 34 años, con más de 3 hijos, de la zona rural, sin educación y con el índice de riqueza más bajo; la atención prenatal es más baja en Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía, departamentos que concentran población indígena y presentan dispersión de población.

Entre el 2002 y el 2010, la mortalidad materna se ha reducido en 12%, pasando de 84 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2002 a 74. No obstante, todavía el país se encuentra lejos de la meta establecida para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Gráfica: Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna Colombia 2000 - 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social/Dirección de Promoción y Prevención con datos DANE.

Los programas para garantizar la Maternidad Segura incluyen diversas estrategias para mejorar la gestión de los actores responsables de la prestación de servicios y reducir los efectos de algunos determinantes sociales y culturales asociados a la mortalidad materna. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social en el último año, ha avanzado en la prevención de mortalidad materna a través de:

- Entrega al 50% de los municipios del país y 36 entidades territoriales de 664 Kits para el manejo de la Emergencias Obstétricas para atender oportunamente las principales complicaciones obstétricas.
- Capacitación y entrega de 576 funcionarios de salud 152 municipios y 27 departamentos, capacitados en cómo atender las emergencias obstétricas.
- Vigilancia estricta de las mujeres gestantes con enfermedades que pueden afectar su vida o la del bebé en los municipios de: San Juan del Cesar (Guajira), El Carmen de Bolívar (Bolívar), Cauca (Antioquia), Barrancabermeja (Santander), La Dorada (Caldas), Paipa (Boyacá); Cúcuta (Norte de Santander); El Espinal (Tolima), Buenaventura (Valle del Cauca), El Bordo (Cauca), Cartago (Valle del Cauca) y el Yopal (Casanare). En total se capacitan 315 funcionarios/as de los municipios aledaños al municipio sede, 49 de EPS, 125 de direcciones territoriales de salud y 141 de prestadoras de servicios de salud

- Capacitación al 90% de los departamentos en la aplicación de metodologías virtuales en la formación de profesionales sobre Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema y la Atención Segura del Binomio Madre/Hijo.
- Seguimiento y evaluación a la capacidad de respuesta de los equipos de salud en la detección precoz y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas, en los departamentos de: La Guajira, Magdalena, Bolívar, Sucre, Atlántico Córdoba, Chocó y Valle del Cauca.
- Identificación de barreras en la atención con grupos de mujeres y mujeres gestantes en 8 municipios de 8 departamentos (La Guajira-San Juan del Cesar, Magdalena-El Banco, Bolívar-Mompox, Sucre- San Marcos, Atlántico-Sabanalarga, Córdoba-Tierra Alta, Chocó Istmina y Valle del Cauca-Palmira), mayormente afectado por la Ola Invernal.
- Implementación del Modelo de Seguridad del paciente para la atención de la emergencia obstétrica en EPS como Coomeva y SaludCoop.
- El Ministerio publicó hace un mes los primeros indicadores de resultados en salud por EPS. De los 50 indicadores, 17 permiten evaluar la salud de las mujeres en edad fértil, las gestantes y los niños en primera infancia. En marzo del año entrante entregaremos los resultados de la primera evaluación a nivel nacional que incluirá además a IPS y Entidades Territoriales

d) Atención del recién nacido

Quizá el mejor indicador para evaluar la evolución y resultados de la atención de la gestante y el recién nacido es la mortalidad perinatal, en este sentido, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDNS) de 2010 señala que las muertes en el periodo perinatal (entre la semana 22 de gestación y los primeros 28 días de nacimiento), pasó de 24 muertes por mil nacidos vivos en el 2000 a 17 por mil en el 2005 y a 14 por mil en el 2010; lo cual refleja un descenso de 42% entre el 2000 y el 2010.

En relación a la afiliación al régimen de seguridad social, el 89% tienen algún tipo de afiliación; el 57% del total de muertes se encuentra afiliado al régimen subsidiado (4732 casos) y el 30% al contributivo (2501 casos), 10% de los casos notificados no estaban afiliados.

Como se observa a continuación, el 65,4% de las muertes perinatales ocurridas en el año 2011 no son atribuibles a la prestación de los servicios de salud.

| Condiciones asociadas a la mortalidad perinatal | Tasa de mortalidad | Porcentaje de aporte |
|---|--------------------|----------------------|
| Muertes perinatales asociadas a condiciones maternas pregestacionales | 6 | 50,9 |
| Muertes perinatales relacionadas con las actividades de cuidado neonatal e infantil en casa post-parto | 1,71 | 14,5 |
| SUBTOTAL MUERTES PERINATALES NO ATRIBUIBLES A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | | 65,4% |
| Muertes perinatales relacionadas con problemas de salud materna susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal | 2,95 | 25,0 |
| Muertes perinatales relacionadas con el acceso a la atención de parto institucional en condiciones seguras y calidad de servicios | | |
| Muertes perinatales relacionadas con problemas de adaptación neonatal temprana y del acceso a las unidades especiales de cuidado neonatal y capacidad de respuesta de los servicios ante condiciones neonatales específicas | 0,74 | 6,3 |
| TASA TOTAL DE MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2011 | 0,38 | 3,2 |
| | 11,78 | 100 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social con datos tomados de Zuñiga M. Informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2011. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

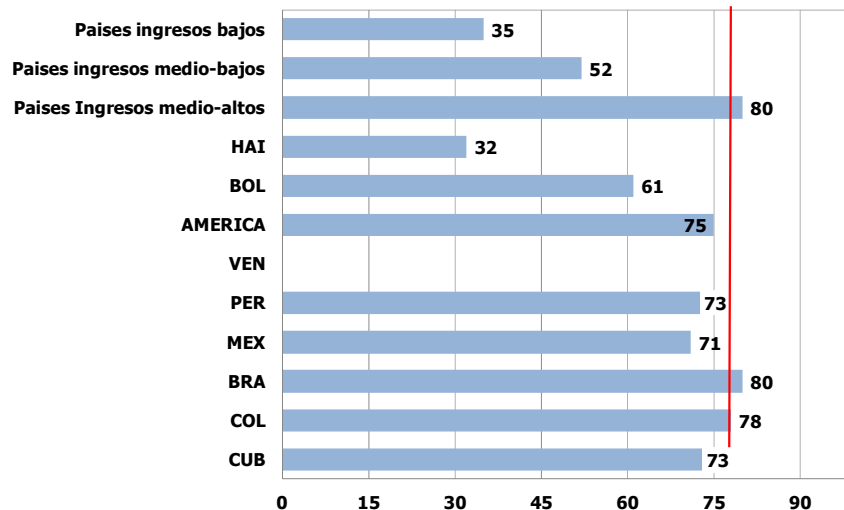
e) Atención en Planificación Familiar

La Tasa Global de Fecundidad, es decir el número de hijos por mujer en Colombia, ha venido presentando un descenso constante desde 1985, pasando de 3,2 a 2,1 en el 2010, es decir una reducción de 34%. En parte, este resultado se debe al compromiso asumido por el país frente a la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva formulada en el año 2003 y en particular frente al aumento de la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa.

Entre todas las mujeres entrevistadas en la ENDS y que estaban entre 15 y 49 años de edad, el uso actual de métodos de planificación familiar se incrementó de 56% en el 2005 a 61% en el 2010.

En este aspecto, Colombia es frente a Latinoamérica y el mundo, uno de los países con mayor progreso en regulación de la fecundidad, siendo el segundo país después de Brasil con mejores tasas reportadas de uso de métodos anticonceptivos. (Ver grafico)

Grafico. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, comparativo de países. 2011



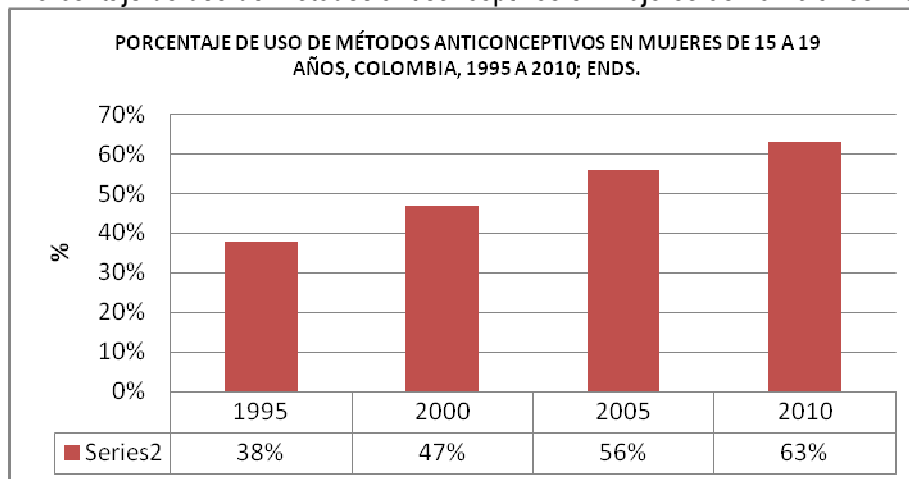
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social/Dirección de Promoción y Prevención con datos del World Health Statistics 2012 de la Organización Mundial de la Salud.

Se resalta de manera especial, la inclusión en el año 2008 de la Vasectomía en el POS del Régimen Subsidiado y los medicamentos anticonceptivos hormonales orales e inyectables, el condón masculino, y los procedimientos médicos o quirúrgicos de esterilización en el POS del Régimen Contributivo y Subsidiado; (Res. 769 y 1973 de 2008) y ratificados por la Comisión de Regulación en Salud CRES en Acuerdos posteriores, incluyendo la anticoncepción de emergencia.

En atención en planificación familiar se encuentran reportadas a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS un total de 1.519.451 de atenciones realizadas en el país, en el año 2011

Es de destacar que los mayores crecimientos se presentan en los primeros grupos de edad, lo que podría ser relevante para el cumplimiento de la meta en la población entre 15 a 19 años. El uso de métodos anticonceptivos en el grupo de adolescentes unidas llega a 60,5% en 2010, y en las no unidas pero sexualmente activas es de 79%.

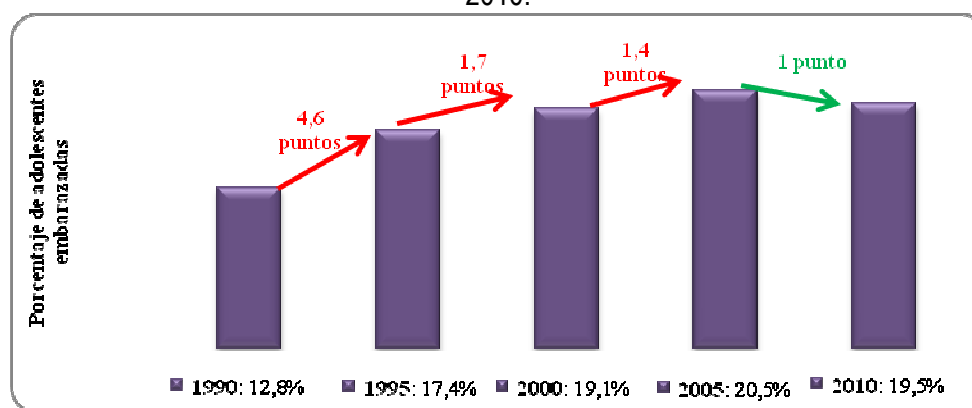
Gráfico. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15-19 años. 1995-2010.



Fuente: Profamilia. Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1995, 2000, 2005 y 2010.

En este sentido, se logró quebrar la tendencia al aumento que venía presentando el embarazo adolescente (entre 15 y 19 años) el cual paso de 20,5% a 19,5% entre el 2005 y el 2010.

Gráfico. Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que han sido madres o están embarazadas. 1990-2010.



Fuente: Profamilia. Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.

¿Por qué solo las acciones de Protección Específica y Detección Temprana no son efectivas para afrontar esta problemática?



Sin embargo, es importante resaltar que la fecundidad adolescente está determinada por diversos factores biológicos, del comportamiento, culturales, entre otros; a través de los cuales, cualquier factor social, económico o ambiental influye en el nivel de la fecundidad. La iniciación sexual y la nupcialidad temprana, así como el uso eficaz de la anticoncepción, son determinantes próximos del embarazo adolescente directamente asociados a otros determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales, las relaciones de dominación y subordinación de género y la violencia.

Existen adicionalmente, otros factores dístales de la fecundidad, que incluyen factores interpersonales como el nivel socioeconómico, la familia, los pares, y las redes sociales; factores interpersonales como la edad, educación, escolaridad, percepciones, actitudes, creencias; y factores contextuales como son los factores institucionales, las políticas, y los factores comunitarios, entre otros.

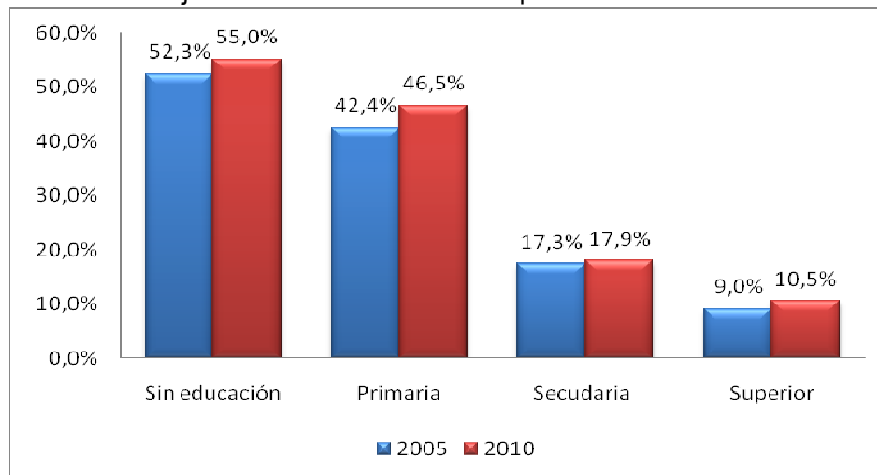
Así, los programas que se desarrollen no solo deberán tener en cuenta el enfoque de riesgo y las acciones de prevención y atención que este enfoque conlleva, sino también incluir el desarrollo de competencias tales como el bienestar social, físico y cívico, y las habilidades vocacionales que permitan a los jóvenes afirmarse como individuos, facilitar escenarios en donde se propicien relaciones significativas, ser queridos y comprometidos, tener un fuerte sentido de seguridad y estructura, un sentido de pertenencia, además de un sentido de propósito, de responsabilidad y de ser valiosos.

Lo anterior, evidencia que **la prevención del embarazo adolescente y las acciones que posibiliten que los adolescentes posterguen la maternidad / paternidad, superan la competencia del sector salud y depende de la respuesta de diferentes sectores, que incluye entre otras el aumento de la cobertura y la calidad de la educación superior, la superación de barreras para acceder a los servicios, la inserción en el mercado laboral y el mejoramiento de espacios para la cultura y el uso del tiempo libre.**

Prueba de lo anterior, es que la proporción de adolescentes madres o embarazadas es casi 3 veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo (29,5%) que entre aquellas de quintil más alto (7,4%) (ENDS 2010). La proporción de adolescentes madres sin educación es casi 6 veces mayor a la de las adolescentes con algún año de educación superior¹⁵.

¹⁵ ENDS 1995 2010 Profamilia USAID Ministerio de Protección Social

Gráfico. Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2005-2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Promoción y Prevención con datos de la ENDS 2005 y 2010

Dada la gravedad de la problemática descrita, es preciso promover acciones de trabajo conjunto con las familias, las comunidades y los diferentes sectores, garantizando el compromiso político que facilite el desarrollo de intervenciones transversales sostenidas, involucrando y articulando a todos los actores sociales. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido liderando el desarrollo de acciones articuladas en el marco de la Comisión Intersectorial de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Adicionalmente, se logró que el 31 de enero de 2012 se aprobara el documento CONPES Social 147 que da los **“Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”**¹⁶, propuesto por los siguientes sectores: Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Cultura, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia y del Derecho, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Colombia Joven, Colciencias, Coldeportes, DANE y DNP.

La estrategia central del Ministerio de Salud y Protección Social para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública consiste en la implementación del **modelo de Servicios Amigables en Salud para Jóvenes y Adolescentes** con el cual se busca reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y Salud Sexual y Reproductiva a este grupo poblacional; a través de un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y el fortalecimiento de

¹⁶ Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=BSINpiuEDQ0%3D&tabid=1473->

la capacidad institucional y de los actores del SGSSS y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual ajustados a sus necesidades.

En el sexto año (2011) de implementación del **modelo de Servicios Amigables en Salud para Jóvenes y Adolescentes**, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el UNFPA han realizado más de 55 talleres regionales de formación, seguimiento, evaluación del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, capacitando a 3.836 profesionales de la salud y las ciencias sociales, que realizan atención diferenciada a adolescentes y jóvenes.

Producto de estos procesos, actualmente están funcionando 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en 695 municipios que representan el 61,03% de las cabeceras municipales del país, en 33 de las 36 direcciones territoriales de salud

Las cifras obtenidas en la ENDS 2010 muestran claramente los resultados de los esfuerzos que se han hecho en Colombia, por parte del Ministerio de la Protección Social, para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y también para disminuir las desigualdades existentes entre los diferentes grupos poblacionales; al respecto, se resalta que la ENDS señala que se redujo la diferencia entre el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres del área rural y urbana.

De otra parte, la Resolución 0412 del 2000 estableció las normas Técnicas de obligatorio cumplimiento para la detección precoz de:

- a) Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- b) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- c) Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- d) Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- e) Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- f) Detección temprana del cáncer de seno;
- g) Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Con respecto a estos procesos se anota:

- I. **La detección temprana de alteraciones del desarrollo en menor de 1 año se enfoca en diversos procesos:**
 - a) La Atención Individual o consulta de detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo
 - b). El fortalecimiento del talento humano que realiza la atención.
 - c). La atención en prevención primaria, secundaria y rehabilitación específica en situaciones de discapacidad tanto a nivel individual como colectivo
- a) **La Atención Individual o consulta de detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo:** El volumen de atenciones individuales de detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo registradas en Colombia a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios para los últimos tres años fue de 10.794.965, de ellas 3.274.197 corresponden a atenciones específicas en esta consulta de niño sano realizadas en 2011.

- b) ***El fortalecimiento del talento humano que realiza detección temprana y protección específica en menores de 10 años:*** En cuanto a fortalecimiento del talento humano la implementación y despliegue nacional de estrategia AIEPI, en cuyos módulos de aprendizaje se encuentra un contenido específico de crecimiento y desarrollo ha favorecido este proceso a través de la capacitación directa a 5000 profesionales, y acompaña procesos de capacitación liderados por la academia y entidades territoriales; actualmente se proyecta en el marco del convenio Ministerio de Salud OPS desarrollar Mesas de trabajo para identificación de mínimos y construcción de historia clínica unificada en salud infantil para el país, la asistencia técnica a los municipios priorizados por la estrategia de cero a siempre, incorporación en los programas educativos del SENA el componente comunitario de la estrategia AIEPI y la incorporación en un número importante de universidades y sus facultades de medicina y enfermería en la estrategia AIEPI. Adicionalmente el país trabaja en la Comisión intersectorial de para atención integral de la primera infancia en la actualización de la guía de evaluación de desarrollo
- c) ***La atención en prevención primaria, secundaria y rehabilitación específica en situaciones de discapacidad tanto a nivel individual como colectivo:*** El Marco de Protección Social Básica se centra en los requerimientos básicos de la persona con discapacidad (se busca que la persona *tenga* y *esté* en condiciones mínimamente dignas de *subsistencia, protección* y *afecto*). Incluye, entre otros, el goce efectivo del derecho a la vida; un nivel de vida adecuado y de protección social: a los servicios de Salud; a la Protección contra la tortura, exclusión y tratos crueles e inhumanos; al Igual reconocimiento ante la ley; la Protección contra la explotación, la violencia y el abuso; la Habilidadación y Rehabilitación y la Movilidad Personal.
- II. **Con respecto al maltrato infantil al igual que con el embarazo adolescente, se trata de un fenómeno multicausal cuyo control no radica en los servicios de salud.**

La detección temprana de los casos potenciales y la notificación, así como la articulación en Red con otras entidades como Policía, ICBF, fiscalía, han ido en aumento en el Sector Salud como puede constatarse en el Sistema de vigilancia en salud pública, SIVIGILA y no puede de ninguna manera decirse que las actividades de protección específica y detección temprana no han sido efectivas porque existe maltrato infantil.

Es importante resaltar que el mejoramiento de la información, objetivo específico del Ministerio de Salud, genera mayor información y descenso del subregistro, situación que si no se revisa de manera contextualizada y por expertos, podría llevar a afirmar que hay un aumento real de casos (en este y en otros temas) y no al conocimiento de situaciones que antes estaban ocultas o subestimadas.

Entre las causas principales que generan el maltrato a menores, se pueden mencionar las siguientes:

- a. Personalidad o modelo psiquiátrico/psicológico de los padres: Estudios que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía, así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres, entre otras características

y rasgos de personalidad como el alcoholismo y la drogadicción. De acuerdo con múltiples estudios, es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia. Además, en la mayoría de estos casos, los progenitores no reciben instrucción alguna acerca de la forma de tratar a sus hijos y aunque la recibieran, sin una intervención psicológica adecuada caerían de nuevo en la misma forma de tratar a sus hijos; a esto se le llama transmisión intergeneracional, malas experiencias en la niñez, etc. (modelo psiquiátrico/psicológico).

- b. Económicas. Dificultades económicas y desempleo trae consigo que los padres que se encuentran en esta situación desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos,
- c. Culturales. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar al resto de los miembros, en esta concepción, el castigo se impone como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, además no se prevén otros medios de disciplina y educación de los hijos.
- d. Biológicas. Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los relegan o aceptan con lástima.

Por lo anterior, para la lograr la disminución del maltrato infantil se requieren acciones coordinadas entre Educación, Justicia, Cultura, Comunicaciones, Trabajo y la sociedad civil, entre otros. El fortalecimiento de las penas, así como la identificación en ambientes laborales de agresores en maltrato infantil y de género con la correspondiente intervención, la escuela de padres en todas las instituciones educativas y la valoración psicológica de estos sumado lo que hacen los servicios de salud, podrá modificar de manera positiva el maltrato infantil en Colombia.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza concurrencia de la Nación para la gestión en discapacidad a las entidades territoriales, así:

Entre los años 2007 y 2011 se han girado a 32 departamentos y 1 distrito, la suma de \$14.907.600.000 (Catorce mil novecientos siete millones, seiscientos mil pesos), con el propósito de cofinanciar los proyectos departamentales de discapacidad diseñados por las Secretarías de Salud. Recursos orientados durante los años 2003 a 2006, en primera instancia, a ampliar la cobertura del Registro y caracterización de la población con discapacidad acorde a los lineamientos establecidos por el departamento nacional de estadística, DANE; implementar metodologías de prevención, rehabilitación, accesibilidad e integración social; apoyar la autonomía funcional, la autodeterminación y la calidad de vida de las personas con discapacidad; mejorar la estrategia de rehabilitación institucional y comunitaria; fortalecer los Comités Técnicos Territoriales de Discapacidad y el Sistema Nacional de Discapacidad; promover el empleo y la productividad

A partir del año 2007, los lineamientos emitidos por el Ministerio de la Protección Social, determinaron como actividades a cofinanciar la adquisición y entrega de ayudas técnicas a niños, niñas y adolescentes con discapacidad, en lo no cubierto por el POS, en el marco de la rehabilitación integral; priorizando población en situación de desplazamiento y/o pobreza extrema. Durante los años 2007 a 2009, 5103 niños, niñas y adolescentes fueron beneficiarios directos de la entrega de ayudas técnicas. Así mismo, 5900 personas, incluidos representantes institucionales participaron en el desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad – RBC

Estos recursos se transfieren directamente a las distintas Gobernaciones a la cuenta “Otros gastos en salud”, y por lo tanto su ejecución es potestad del ordenador del gasto correspondiente. Los resultados de cada gestión pueden encontrarse en las respectivas rendiciones de cuentas de los Gobiernos departamentales.

La información sobre los beneficiarios de la ejecución de los recursos de la vigencia 2009 están siendo validados para su reporte oficial.

Los recursos correspondientes a las vigencias 2010 y 2011 se encuentran en ejecución, razón por la cual no se cuenta con reporte final de beneficiarios y participantes a la fecha.

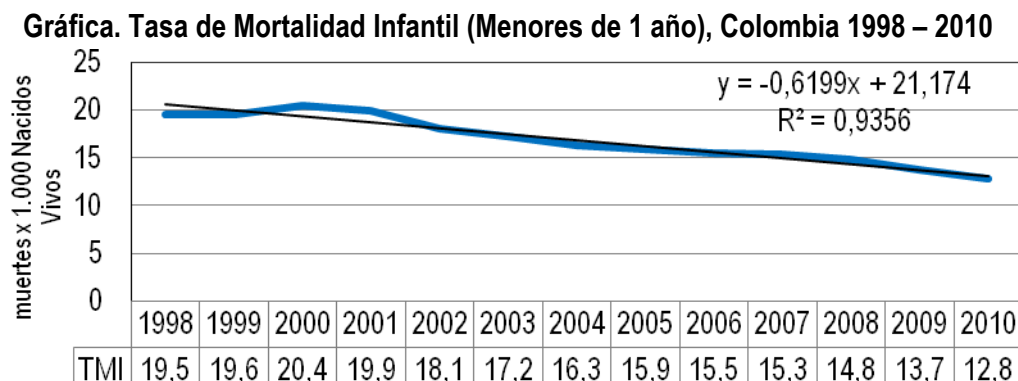
| RECURSOS TRANSFERIDOS PARA DISCAPACIDAD 2007-2011 | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| DEPARTAMENTO | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| AMAZONAS | | \$ 110.368.999 | | \$ 39.225.000 | \$ 346.166.000 |
| ANTIOQUIA | | \$ 632.107.973 | \$ 483.542.000 | | |
| ARAUCA | \$ 93.167.013 | | \$ 28.856.000 | | \$ 40.833.000 |
| ATLANTICO | \$ 249.642.452 | | \$ 144.399.000 | | \$ 172.664.000 |
| BOGOTÁ | | | \$ 409.482.000 | | |
| BOLIVAR | \$ 270.242.008 | | \$ 174.766.000 | | \$ 96.250.000 |
| BOYACA | \$ 169.880.140 | | \$ 97.067.000 | | \$ 195.784.000 |
| CALDAS | \$ 118.753.293 | | \$ 73.675.000 | | \$ 69.481.000 |
| CAQUETÁ | | \$ 158.673.044 | \$ 64.525.000 | | \$ 55.098.000 |
| CASANARE | \$ 95.952.802 | | \$ 28.126.000 | | \$ 73.175.000 |
| CAUCA | \$ 208.685.649 | | \$ 137.147.000 | | \$ 218.495.000 |
| CESAR | \$ 177.216.347 | | \$ 102.586.000 | | \$ 184.156.000 |
| CHOCÓ | | \$ 253.429.215 | | \$ 219.204.000 | |
| CORDOBA | \$ 261.285.233 | | \$ 131.314.000 | | \$ 235.861.000 |
| CUNDINAMARCA | \$ 248.614.614 | | \$ 164.455.000 | | \$ 234.274.000 |
| GUAINÍA | | \$ 146.321.616 | | \$ 15.155.000 | |
| GUAJIRA | \$ 195.189.798 | | \$ 50.689.000 | | \$ 41.418.000 |
| GUAVIARE | | \$ 103.398.642 | | \$ 51.263.000 | |
| HUILA | \$ 156.207.623 | | \$ 108.333.000 | | \$ 165.495.000 |
| MAGDALENA | | \$ 255.841.620 | | \$ 492.590.000 | |
| META | | \$ 149.502.811 | | \$ 292.110.000 | |
| NARIÑO | \$ 227.032.343 | | \$ 172.890.000 | | \$ 253.418.000 |
| NORTE DE STDER | | \$ 216.915.727 | | \$ 450.646.000 | |
| PUTUMAYO | | \$ 118.743.067 | | \$ 182.053.000 | |
| QUINDÍO | | \$ 103.303.881 | | \$ 189.708.000 | |
| RISARALDA | | \$ 132.132.289 | | \$ 281.942.000 | |
| SAN ANDRÉS | | \$ 104.199.173 | | \$ 28.911.000 | |
| SANTANDER | | \$ 237.296.217 | | \$ 623.037.000 | |
| SUCRE | \$ 185.752.987 | | \$ 96.221.000 | | \$ 176.658.000 |
| TOLIMA | \$ 182.748.938 | | \$ 123.382.000 | | \$ 252.469.000 |
| VALLE | \$ 217.228.760 | | \$ 308.545.000 | | \$ 188.305.000 |
| VAUPES | | \$ 139.704.570 | | \$ 14.877.000 | |
| VICHADA | | \$ 188.061.156 | | \$ 19.279.000 | |
| TOTALES | \$ 3.057.600.000 | \$ 3.050.000.000 | \$ 2.900.000.000 | \$ 2.900.000.000 | \$ 3.000.000.000 |
| | | GRAN TOTAL | \$ 14.907.600.000 | | |

Durante las vigencias 2009 y 2010, se han transferido a las entidades territoriales recursos por valor de \$5.800.000.000 orientados a apoyar los planes territoriales de atención a la discapacidad, priorizando la situación de desplazamiento y pobreza extrema; los recursos se han orientado a apoyar la atención integral a la discapacidad, bajo el lineamientos de entrega de ayudas técnicas especializadas en lo no cubierto por el POS, y fortalecimiento de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC; como insumos fundamentales para contribuir a la inclusión social en el ámbito educativo, social y productivo.

Con el fin de trabajar en la promoción del buen trato y prevención de la violencia contra las personas con discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social destinó recursos provenientes del Impuesto Social a Municiones y Explosivos para desarrollar proyectos de “Promoción de trato digno y prevención de violencia intrafamiliar y comunitaria hacia las personas con discapacidad en situación de desplazamiento forzado a causa del conflicto armado y población receptora vulnerable”. Se asignaron recursos por valor de \$650'000.000 a 5 entidades territoriales (Nariño, Quindío, Santander, Cundinamarca y Casanare), mediante Resolución N° 2749 del 21 de julio de 2010) y se asignaron recursos de la vigencia 2011, por valor de \$1.400'000.000 a 10 entidades territoriales (Amazonas, Atlántico, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Guajira y Norte de Santander). Estos 10 proyectos se ejecutan en el presente año 2012, a través de la Resolución N° 5237 del 2 de noviembre de 2011.

III. Algunos resultados de avances en la detección temprana de alteraciones en el menor

Finalmente, quizá uno de los mejores indicadores para monitorear los avances en cuanto a la mejora de la salud infantil y la detección temprana de alteraciones en el menor de 10 años es la reducción en la mortalidad en menores de 1 año y en menores de 5 años; al respecto, se resalta que la mortalidad infantil se redujo 34,6% entre 1998 y el 2010, tendencia que de mantenerse permitirá alcanzar las metas del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

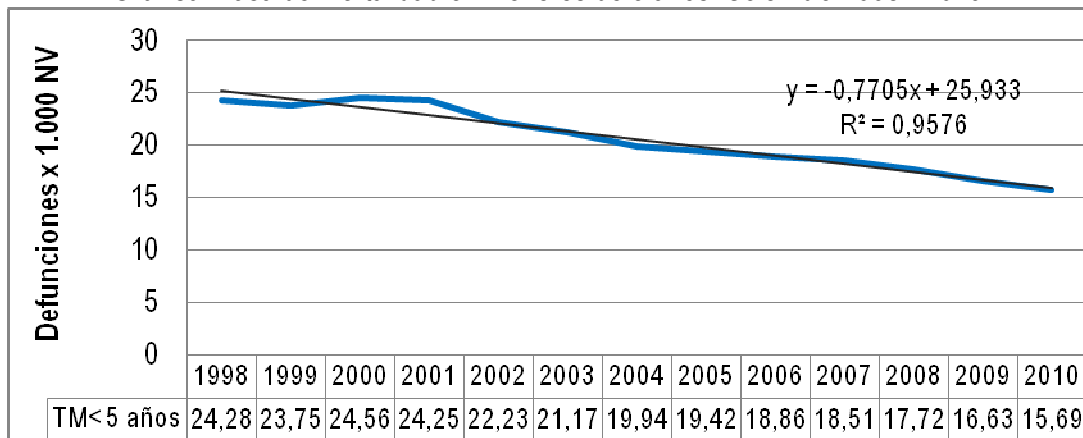


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social –Dir.de Promoción y Prevención con datos DANE, Estadísticas Vitales. Publicado en 2012

En cuanto a la meta del Milenio de reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 18,98¹ muertes por 1000 nacidos vivos, también se evidencian una tendencia decreciente con una tasa de mortalidad de mortalidad en la infancia de 15,69 por mil nacidos vivos en el 2010.

Estas muertes han disminuido en el territorio nacional a partir de la implementación nacional de estrategias puntuales, entre las cuales se resalta la vacunación y la implementación de la estrategia Atención Integrada en las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI que se han sumado a avances importantes en los sistemas de acueducto y alcantarillado, determinante clave de la salud infantil.

Gráfica. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años. Colombia 1998 - 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social –Dirección de Promoción y Prevención con datos DANE, Estadísticas Vitales. Publicado en 2012

Entre los aspectos que han incidido en la reducción de este tipo de mortalidad, se resalta la disminución de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en el último decenio; las muertes por esta causa disminuyeron 78% entre 1998 y 2009 al pasar de 33,8 muertes por 100.000 Hab. a 7,34 por 100.000 Hab. en el 2009; tendencia que se espera se mantenga toda vez que aún no se observan el impacto de la introducción de la vacuna contra el Rotavirus que ocurrió en el 2010.

- IV. El Congreso menciona que la desnutrición es prueba del fracaso de las acciones de detección temprana y protección específica. Al respecto, es importante señalar que la situación nutricional de la población depende más que del sector salud de condiciones que competen a otros sectores como son el acceso a alimentos; el consumo; el aprovechamiento Biológico; la disponibilidad y la calidad e Inocuidad de los alimentos.**

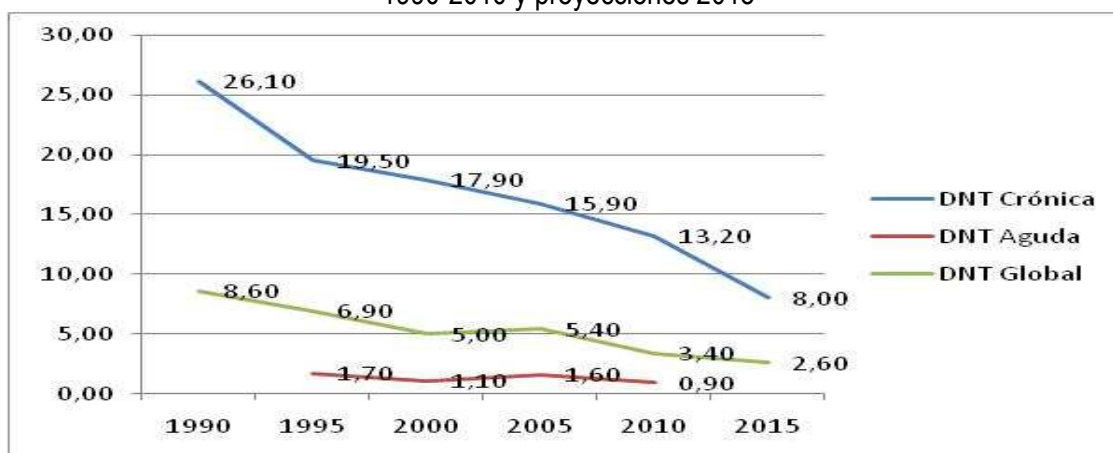
En el contexto de las competencias de este Ministerio, se adoptaron en el 2010 a nivel nacional, los nuevos patrones de crecimiento; desarrollo del manual técnico del sistema de información para el seguimiento y evaluación de los planes territoriales de seguridad alimentaria y nutricional (SAN); diseño e implementación del plan decenal de Lactancia Materna 2010 -2020; proceso de sensibilización para implementación de bancos de leche humana en Instituciones Prestadoras de Servicios; adicionalmente, el Ministerio ejerce la Secretaria Técnica de la Comisión intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CISAN; acompaña el proceso de formulación del Plan Nacional y territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional; la reglamentación e la Ley de Obesidad; el apoyo Nutricional y de Orientación Juvenil a la Niñez y Adolescencia a Nivel Nacional a través del ICBF, la

intervención alimentaria al adulto mayor Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta, entre otros.

De igual forma, los indicadores de la situación nutricional contrario a lo planteado, presentan mejoras significativas y avances constantes hacia el logro de las metas del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Es así como, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN, la desnutrición global en Colombia (peso para la edad), en niños menores de 5 años, descendió en 2 puntos al pasar de 5.4% a 3.4% en 2010, según los patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la desnutrición crónica (retraso en crecimiento) en menores de 5 años, evidenció una reducción de 2.7% al pasar de 15.9% en 2005 al 13.2% en 2010, según los patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Grafico. Cifras de Desnutrición Aguda, Crónica y Global en niños menores de cinco años. Colombia 1990-2010 y proyecciones 2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social –Dirección de Promoción y Prevención con datos Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN).

De igual forma la inclusión de Suplementos nutricionales descritos en el acuerdo 31 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud aportaran ostensiblemente en el mejoramiento de las condiciones nutricionales de niños, niñas y gestantes en el país

Para finalizar, el Ministerio de Salud en el marco del convenio con al OPS y el Programa Mundial de alimentos para 2011 y 2012 ha prestado asistencia técnica en AIEPI y Seguridad Alimentaria a todos los departamentos del territorio nacional y ha fortalecido los procesos de atención integral a madres, gestantes, niños y niñas en EPS IPS y actores sociales a través de:

- a) Formación a través de herramientas virtuales en la estrategias de ATENCION INTEGRAL CON CALIDAD MATERNOINFANTIL (AIEPI), dirigido a 5000 profesionales de la salud y análisis de indicadores trazadores de habilidades y competencias adquiridas



- b) Diseño y reproducción de materiales de AIEPI: Se tiene listo el nuevo libro para profesionales de salud para la ATENCION INTEGRAL A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA y todos sus anexos.
- c) Gestión para la implantación efectiva de la estrategia AIEPI, componente clínico, en EPS del orden nacional seleccionadas. Los logros del proceso de gestión de la estrategia a través del acompañamiento a las EPS ha generado un proceso de reflexión muy fuerte sobre la importancia de continuar fortaleciéndolo, por supuesto sin desconocer el rol del departamento. Para esto en el 2012 se ha previsto fortalecer aún más este componente con el seguimiento y acompañamiento técnico permanente a todas las EPS del territorio nacional. En el proceso de asistencia técnica y seguimiento a la implantación de AIEPI a las Empresas promotoras de salud y cajas de compensación, se han elaborado una serie de formatos para diagnóstico de la situación de la estrategia, capacitación del recurso humano diagnóstico de demanda y oferta y perfil de morbilidad y mortalidad de madres y de menores de cinco años.

V. Finalmente, tampoco es cierta la afirmación que se hace de que, en general se observa crecimiento en las patologías objeto de prevención y detección temprana, porque las acciones de protección específica y detección temprana no han sido efectivas. Adicionalmente hay que tener en cuenta que en esta afirmación se atribuyen algunas situaciones epidemiologías de la población del país a un factor equivocado.

Debido a la transición demográfica, la población envejece paulatinamente y gracias a la tecnología disponible presenta mayor supervivencia aumentando la expectativa de vida.

A medida que continúe este proceso de transición, la existencia de mayor población en los rangos de edad superiores incrementará la carga de morbilidad total, dado que esta población tiene mayor proclividad a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles de modo que, aunque las personas viven más tiempo, la morbilidad y discapacidad hacen que se requiera atención paliativa y curativa de alto costo que generará, un incremento exponencial en el gasto.

Ante esta situación se requieren mayores acciones fuera de los servicios de salud, con trabajo transectorial que logre modificar determinantes fundamentales de la vida como el medio ambiente, el consumo de tabaco, la dieta, entre otros.

Los servicios de salud simultáneamente han reforzado la captación de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas para estudiarlos y garantizarles el manejo médico que evite su progresión, (con excepciones por fallas de entidades específicas no del modelo). Como puede observarse en la captación de pacientes con HTA y DM y estudio para Enfermedad Renal Crónica, así como en sobrevida para pacientes con trasplante renal, por EPS.

Al mismo tiempo, aunque las tasas de natalidad han disminuido de forma constante, no ha sido de forma suficiente para eliminar el riesgo de las enfermedades asociadas con el embarazo y la infancia temprana y transmisibles, por lo que los servicios de salud hoy mejor que antes detectan y tratan estas enfermedades. Las mejores técnicas diagnósticas han incrementado los casos (en forma relativa, porque antes parecían menos debido al sub diagnóstico) y así mismo han disminuido la



mortalidad, como puede evidenciarse en los índices de mortalidad de casi todas las patologías de interés en salud pública, los cuales han disminuido en los últimos dos años. (ver sección sobre mortalidad infantil, perinatal y materna).

Finalmente, se resalta la disminución continua de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, que en parte, es resultado del tamizaje y detección temprana. En Colombia, según la ENDS un 90 por ciento de las mujeres entre 18 y 69 años se ha realizado alguna vez la citología vaginal. Entre quienes reclamaron el resultado (91.5 por ciento), un 4 por ciento tuvo resultado anormal. 10 por ciento nunca se ha hecho la citología

15. Por qué razón las enfermedades de salud pública tales como la leishmaniasis, el dengue, la tuberculosis, etc. han crecido después del nuevo modelo de atención en salud pública?

Respuesta: El mundo entero se encuentra inmerso en el fenómeno de Re-emergencia, es decir la reaparición o fortalecimiento de la presencia de antiguas enfermedades infecciosas. Este fenómeno mundial se debe a la presencia del virus de VIH que puso a re-circular antiguos patógenos, el incremento de los medios de transporte alrededor del mundo y la urbanización que concentro las poblaciones en núcleos urbanos aumentando la interacción entre los individuos y la mutación de virus y bacterias y el paso de enfermedades que antes eran exclusivas de los animales silvestres, al hombre o a animales domésticos.

Es por esto, que patologías como la Tuberculosis están de nuevo presente en Canadá y Europa. Sin embargo, a pesar de esto y teniéndolo muy en cuenta en Colombia, **no es cierto** que estas enfermedades hayan crecido en nuestro país y menos que esto pueda atribuirse al “nuevo modelo de atención en salud pública”. A pesar de que Colombia por el conflicto armado tiene población militar y de grupos al margen de la ley permanentemente expuesta en zona endémicas de Leishmaniasis y Malaria.

En este sentido, el BID concluyó que “el conflicto armado permanente y la recesión de fines de los años noventa han tenido incidencia importante al tratar de explicar los resultados que se observan en los programas de salud pública; el estudio de Urdinola (2004) sobre el impacto de la violencia en determinados municipios como factor determinante significativo del ritmo con que ha descendido la tasa de mortalidad infantil también ejemplifica el alcance, en ocasiones limitado, de las intervenciones en el sector de salud. El mal funcionamiento de los programas de vacunación y paludismo en determinados municipios muy vulnerables por razones de seguridad también limita el impacto de los programas”.¹⁷

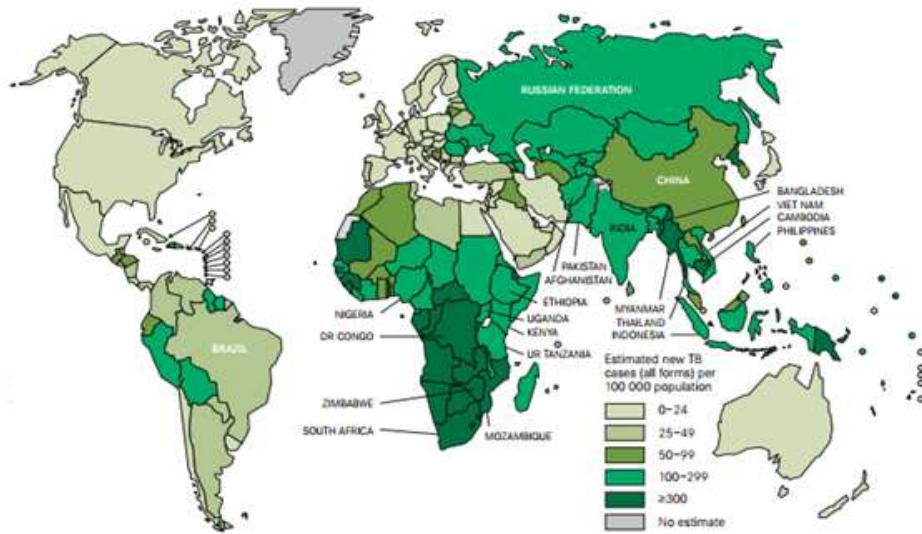
A pesar de lo anterior, se observan reducciones importantes y avances significativos en la tendencia de la Tuberculosis, la fiebre amarilla, la leishmaniasis, la malaria y el dengue; así como en la organización y gestión programática para el control de estas enfermedades.

a) Tuberculosis

¹⁷ Glassman A. Pinto D, Stone L, Lopez JG. Capitulo Instituciones, gasto, programas y salud pública. BID, 2008

A nivel mundial, en 2010 cerca de 9 millones de casos nuevos de tuberculosis fueron reportados, más de 1 millón de personas murieron a causa de la enfermedad y otras 350.000 muertes se presentaron por tuberculosis asociada con infección por el VIH. Durante el 2010 la estimación de incidencia mundial fue de 128 casos por 100.000 habitantes, la mayor proporción se registra en Asia y África.

Figura 1 Tasa estimada de 2010

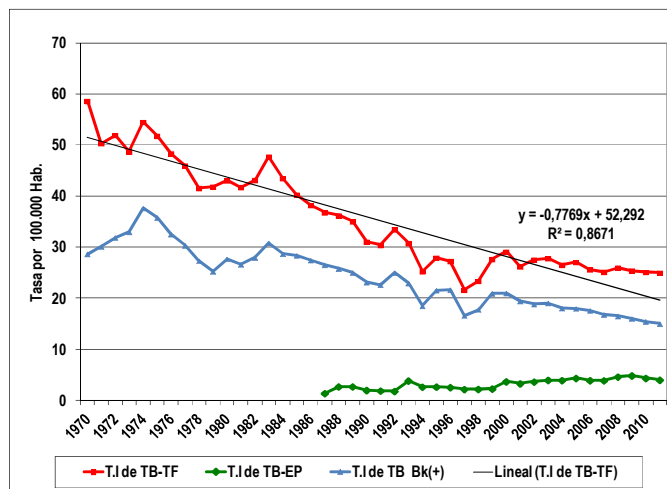


Fuente: OMS reporte mundial 2011

En Colombia, la incidencia de tuberculosis en todas las formas (TBTF) se redujo 19% entre 1993 y el 2011, al pasar de 31 casos por 100.000 habitantes a 25 casos por 100.000 habitantes; la reducción con respecto a 1980 cuando la incidencia era de 43 casos por 100.000 habitantes es de 42%.

En el año 2011, se notificaron 12.701 casos de tuberculosis, 11.142 fueron casos nuevos (8.867 pulmonares y 2.275 extrapulmonares) y 842 fueron previamente tratados (381 recaídas, 75 fracasos y 386 abandonos recuperados). Para el mismo período la incidencia de tuberculosis en Colombia fue de 25 casos por 100.000 habitantes.

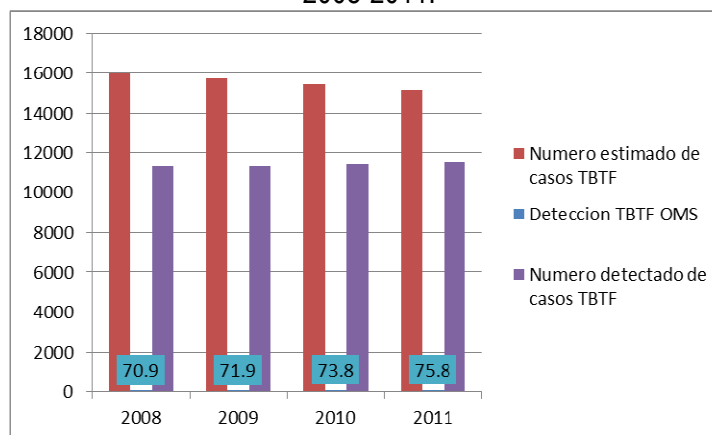
Gráfica 1. Incidencia de tuberculosis según datos reportados en Colombia 1970-2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción y Prevención. Actualizado Junio de 2012

De igual forma, la brecha entre la incidencia estimada por la Organización Mundial de la Salud y la reportada es cada vez menor; la brecha en 1990 entre casos estimados y los reportados era de 43% (54 vs. 31) y en el 2010 dicha brecha fue de 26,5% (34 Vs. 25)¹⁸. Lo anterior, es evidencia de que contrario a lo afirmado por el Congreso, las acciones de detección temprana han mejorado desde la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Gráfica 1. Comparación de casos estimado versus detectados y porcentaje de detección, Colombia 2008-2011.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción y Prevención con base en reportes de OMS.

En relación con población vulnerable y teniendo presente los datos reportados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se observó que en el nivel nacional el 11% de los casos de

¹⁸ OMS. Global Tuberculosis control Report 2011.

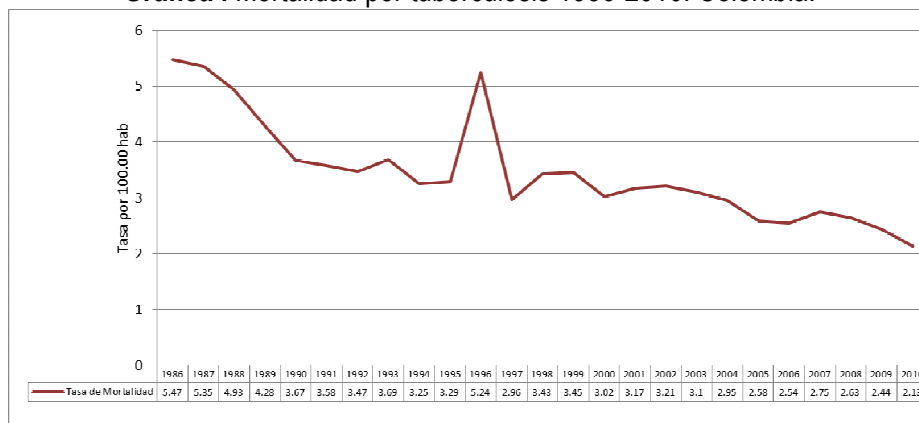
TB presentaron coinfección con VIH; el 9,5% de los casos fueron detectados en población afrodescendiente; el 5,4% en población indígena; el 1,6% en Población Privada de la Libertad (PPL) y el 1,2% en habitantes de calle.

La tuberculosis multi-drogo-resistente -TB MDR- representa un riesgo para la población del país; en Colombia, los casos se concentran principalmente en los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia, en donde también existen ya reportes de casos de tuberculosis extremadamente resistente -TB XDR. En general, cada año se reportan aproximadamente 100 casos nuevos de TB MDR en el país. A fin de hacer frente a este flagelo y garantizar el mayor control sobre el tratamiento, el Ministerio de Salud y Protección Social, en los últimos años ha realizado compras centralizadas de medicamentos de primera (para tratamiento de casos nuevos) y segunda línea (para tratamiento de casos con resistencia a medicamentos) con inversiones superiores los \$2.200 millones de pesos anuales.

Relacionado con el aseguramiento en salud, el 50% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el régimen contributivo con más del 35,4%; los no afiliados correspondieron al 14.6 % del total de casos de 2011; lo cual evidencia la relación entre tuberculosis y pobreza.

De otra parte, no sólo ha mejorado la detección de casos, sino la curación y por consecuencia la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó cerca del 40%, pasando de 3,45 casos por 100 mil habitantes en 1999 a 2,1 en 2010.

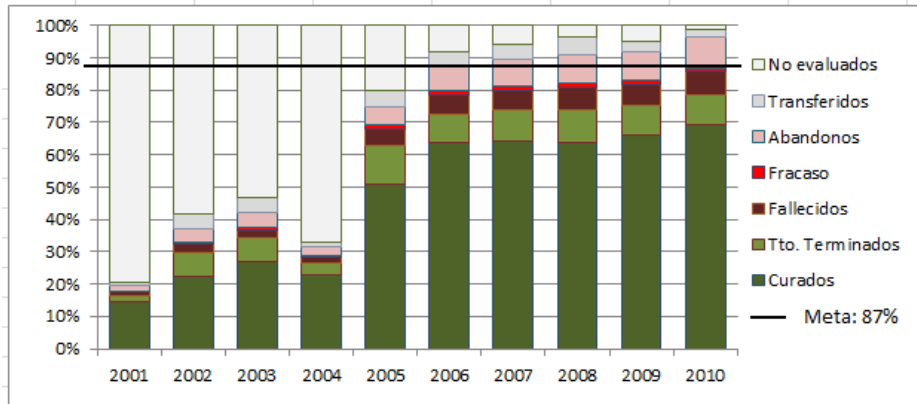
Gráfica . Mortalidad por tuberculosis 1986-2010. Colombia.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción y Prevención con datos DANE. Consultado 14 de julio de 2012

La reducción de la incidencia y la mortalidad es consecuencia de la detección temprana y principalmente del mayor seguimiento y curación de pacientes con tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (casos que transmiten la enfermedad); al respecto se resalta que mientras en el 2001 el 82% de los casos no tenían seguimiento al tratamiento, en el 2010 dicha proporción fue del 3%. De los casos seguidos, en el 2001 sólo el 14% se curaban mientras que en el 2010 el éxito terapéutico fue del 78%.

Gráfica 1. Resultados de tratamiento de la cohorte de pacientes detectados con Baciloscopia positiva. Colombia 2001-2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción y Prevención. junio de 2012

Teniendo en cuenta la alta incidencia de tuberculosis en indígenas el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Canadiense para el Desarrollo inició en el año 2002 un proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la tuberculosis en pueblos indígenas de siete departamentos y un distrito, alcanzando logros importantes en materia de detección y tratamiento con estrategias adaptadas a la cultura de los pueblos indígenas. A partir del año 2009 y al finalizar el proyecto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dado continuidad aumentando la cobertura de la estrategia a más departamentos; así:

| Año | No. de pueblos indígenas | No. de municipios |
|------|--------------------------|-------------------|
| 2009 | 17 | 15 |
| 2010 | 20 | 29 |
| 2011 | 28 | 34 |

Para lo anterior, el Ministerio invierte anualmente cerca de \$500 millones de pesos anuales, los cuales se ejecutan a través del convenio de cooperación técnica suscrito con la OPS/OMS.

El anterior trabajo, ha permitido generar rutas de atención que articulan el conocimiento y prácticas ancestrales indígenas y el tratamiento occidental; mejorar la detección temprana de casos y la curación; esta última pasó de 78% en el 2008 a 87% en el 2010.

Recursos destinados para el control de la tuberculosis a nivel nacional y territorial

Los anteriores logros en materia de detección temprana y tratamiento de la tuberculosis, son reflejo de la inversión sostenida del Gobierno Nacional. Es así como, en el 2012 se destinaron cerca de \$10.000 millones de pesos distribuidos así:

| Concepto de inversión | Monto invertido 2012 |
|--|----------------------|
| Gestión para el desarrollo de los componentes del plan estratégico Colombia Libre de Tuberculosis implementados y evaluados en las DTS, EPS e IPS. | 1.672.773.404 |
| Adquisición y distribución de medicamentos antituberculosos | 2.244.392.800 |
| Trasferencias nacionales a entidades territoriales para el apoyo a la gestión del programa de control de tuberculosis | 6.080.142.000 |
| TOTAL | 9.997.308.204 |

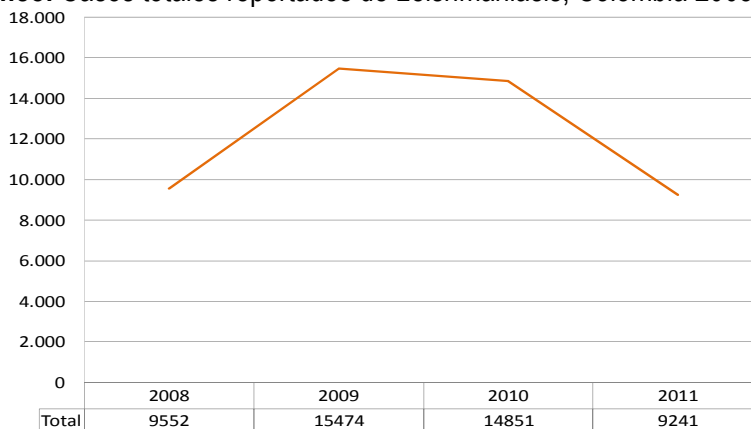
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención 2012

b) Leishmaniasis

En la década de los años 90 el número de casos de *L. cutánea* aumentó por el desplazamiento de grupos humanos a los focos enzoóticos silvestres, la creciente domiciliación y la urbanización del ciclo de transmisión del vector. El Ministerio de Salud y Protección Social estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo

La tasa de incidencia para el año 2011 en Colombia fue de 88,7 casos por 100.000 habitantes observándose un descenso con respecto al año anterior; la forma cutánea es la más frecuente y los departamentos que registran el mayor número de casos, son: Antioquia; Guaviare; Meta; Nariño; Caquetá; Santander; Tolima; Vaupés; Putumayo y Chocó, los cuales concentran el 75,8% de los casos reportados; el mayor riesgo de enfermar ocurre en los departamentos de Vaupes y Guaviare. Los municipios que presentan la mayor cantidad de casos corresponden a Tumaco en Nariño con 340 casos; San José del Guaviare 230 casos; La Macarena en el departamento del Meta con 261 casos

Gráfico. Casos totales reportados de Leishmaniasis, Colombia 2008-2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención 2012

Es importante destacar que la transmisión de esta enfermedad se da principalmente en áreas rurales; afectando principalmente a hombres (85%) campesinos que trabajan en área rural y principalmente a las Fuerzas Armadas (48% de los casos).



De otra parte, se resalta que el 98,4% (8.923) de los pacientes con Leishmaniosis cutánea recibieron tratamiento; sólo 34 (0,38%) no recibieron medicamento; 2 eran mujeres embarazadas y en el restante porcentaje no hay dato con respecto al tratamiento. Lo anterior, denota un acceso casi universal al tratamiento pese a que muchos casos se presentan en zonas rurales y de difícil acceso.

c) Dengue

Desde principios de la década del 2000, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud y las Entidades Territoriales de Salud, ha venido unificando esfuerzos en torno a las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, frente al posicionamiento de la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis en la agenda política del país, generando espacios para la articulación intersectorial y la creación de una estrategia participativa para reducir la carga de enfermedad generada por las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV.

Las ETV representan un problema de salud pública, y producen una elevada carga social y económica en la población colombiana a riesgo. El riesgo de transmisión se encuentra relacionado con determinantes dinámicos, que han aumentado en los últimos años, como la intensificación de la migración interna, conflicto armado, cultivos ilícitos, violencia, pobreza en zonas rurales, crecimiento desordenado de los núcleos urbanos, la explotación de los bosques y metales preciosos (uso del suelo), las secuelas ambientales de proyectos estatales y privados, una deficiente gestión del ambiente, además del pobre liderazgo de las entidades territoriales de salud, para identificar e intervenir oportunamente los brotes de cada enfermedad (Larsen, 2004) (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En la Región de las Américas, el número de casos de dengue ha aumentado sostenidamente durante los últimos 25 años (Gubler & Clark, 1995). La subregión compuesta por los países andinos aportó el 19% de los casos de dengue de las Américas desde el año 2001 hasta el 2007. Esta subregión es la que durante el periodo de tiempo mencionado tuvo el mayor número de casos de dengue grave (58% de todos los casos) (Nathan, Dayal-Drager, & Guzman, 2009).

Colombia y Venezuela aportan el mayor número de casos al área Andina (81%) y nuestro país el que reporta el más alto número de muertes por esta causa (73%) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En la última década, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Salud, la tasa de incidencia mediana de dengue para el periodo 1999 – 2010 fue de 110 por 100.000 habitantes, con tasas que oscilaron entre 56 y 538 casos por 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Salud, 2011). Igualmente, los casos de dengue grave (shock por dengue, hemorragias severas o daño de órgano) se han incrementado de 5.2 casos x 100.000 habitantes en 1999 a 18.1 casos x 100.000 habitantes en 2010.

La tendencia ascendente del dengue se explica por la conjunción de varios factores: la circulación permanente de los cuatro serotipos virales; la presencia del vector en el 90% del territorio nacional que está bajo los 2.200 metros sobre el nivel del mar, por lo que potencialmente 25 millones de habitantes estarían expuestos a la enfermedad y por el mejoramiento de la notificación



epidemiológica a nivel nacional, pero ante todo por el calentamiento global y los subsecuentes fenómenos de El niño y de La niña, que han generado un recrudecimiento de esta patología a nivel global. Esto ha redundado en la aparición de picos epidémicos cada vez más frecuentes y la aparición de un mayor número de casos de formas graves de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En el año 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social invirtió \$63.690,4 millones de pesos⁴ que equivalen a un 22% más con respecto a lo invertido en el año 2010 (\$52.185 millones); de dichos recursos \$37.637 millones se transfirieron a las entidades territoriales y \$22.065 millones se destinaron a adquisición de medicamentos e insumos para el control de la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis

d) VIH

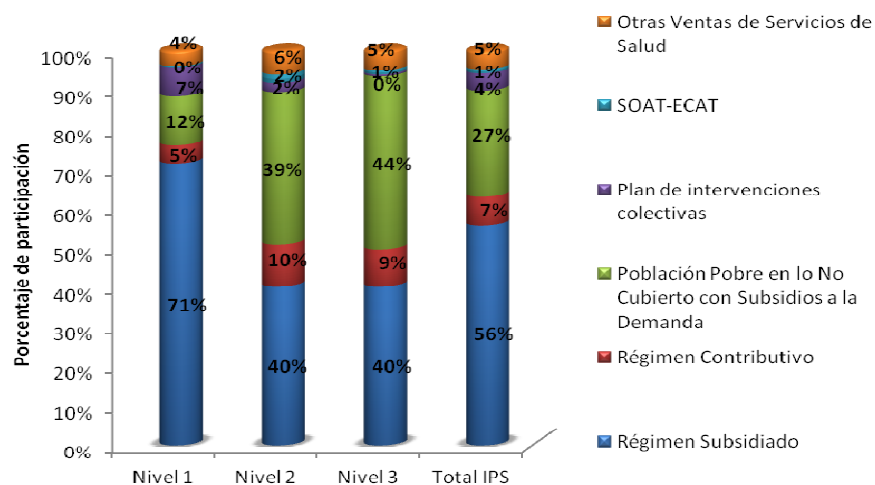
Con corte al 31 de diciembre de 2011, en Colombia se ha reportado un total de casos acumulados desde 1983 de 86.990 personas entre casos de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos. La prevalencia de VIH estimada para el país es de 0,57%, equivalente a 144.290 personas entre 15 y 49 años con VIH o sida en el país, prevalencia que se mantiene por debajo de la meta planteada en los Objetivos del Milenio (1%). De acuerdo con los casos notificados en el 2011, el grupo de edad más afectado, fue el de 25 a 29 años con 1.437 personas reportadas (17,98% del total), seguido por las personas entre 30 y 34 años con 1.315 personas reportadas (16,5%). Igualmente, a través del SIVIGILA, en el año 2011 se notificaron 7.991 personas con VIH/sida o muerte, de los cuales 5.685 fueron hombres (71,1%).

En materia de detección temprana y prevención se resalta la implementación de la **Estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita**, a través de la cual se tamizaron a 607.682 gestantes en el 2011, alcanzando una cobertura del 66% de las gestantes estimadas (915.835). No obstante, esta cifra puede deberse más a fallas en el reporte de los exámenes realizados que a una real falta de acceso a la prueba. **Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el Porcentaje de mujeres gestantes que se le ofreció y aceptó hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83,5%.**

16. En, que porcentaje contratan los entes aseguradores con los prestadores públicos y con los prestadores privados?

Respuesta: Los contratos por ventas de servicios de salud de las IPS públicas en 2011 ascendieron a \$6.2 billones, donde el 56% corresponde a contratos con el régimen subsidiado, el 27% con los Departamentos, Distritos y Municipios certificados para la atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el 7% con el régimen contributivo, el 4% con los municipios, departamentos y distritos por plan de intervenciones colectivas de salud pública, el 1% por SOAT-ECAT y el 4% con otros pagadores. En la gráfica 2, se puede observar la participación porcentual de los contratos por ventas de servicios de salud de las IPS públicas por nivel de atención en la vigencia 2011.

Gráfica: 2. Participación porcentual por pagador de los contratos de ventas de servicios de salud de las IPS públicas por nivel de atención. Año 2011.



17. Por qué con el nuevo modelo de atención en salud, se perdió la oportunidad para acceder a los servicios de salud?

Respuesta: El desarrollo de lo ordenado por la Ley 1438 del 2011, que se encuentra en pleno proceso de determinación de política y reglamentación, va orientado justamente a facilitar el acceso efectivo a los servicios de salud. Por lo tanto, el modelo de salud, basado en la modificación positiva de los determinantes de la salud y con enfoque de Atención Primaria en Salud, lo que ofrece es justamente la oportunidad para que los colombianos en todo el territorio nacional no solo gocen de esa garantía constitucional y legal de acceder a servicios de salud, sino que se debe modificar los determinantes de la salud, para propiciar condiciones favorables de desarrollo que permitirán disminuir la exposición a riesgos y con ello, avanzar en mejores resultados de salud.

18. Por qué se sigue sosteniendo y defendiendo la intermediación en salud, si se tiene conocimiento que genera un costo administrativo oneroso y no cumple con las funciones que le corresponden?

Respuesta: Vale la pena señalar que se debe diferenciar entre aseguramiento y aseguradoras, de estas últimas entidades algunos consideran que su única función es pagar la prestación de servicios, y de ahí el calificativo de “intermediarios”. Desde este razonamiento no tendría mayor razón su existencia de un intermediario que se dedique solo a pagar, lo que bien podría hacer es Estado directamente mediante mecanismos como el que se utiliza actualmente de giro directo. El hecho de que algunas EPS no cumplan con sus funciones que van más allá de ser solo pagadoras de servicios, no significa que deba acabarse el aseguramiento, ni mucho menos que pueda generalizarse el incumplimiento de obligaciones por parte de todas la EPS.



Las EPS deben cumplir con tres funciones esenciales como son: la representación del usuario, la organización y manejo de la prestación de servicios, y la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados, que son mucho más que la simple intermediación financiera en el pago a las IPS. Lo anterior, sin perjuicio de que el Gobierno no considere necesario escuchar y analizar propuestas de ajuste con el propósito de mejorar los servicios de salud y el acceso a los servicios de salud de toda la población del país en igualdad de condiciones.

19. Por qué dentro del esquema del nuevo modelo de atención en salud y las modificaciones generadas, no se ha considerado el fortalecimiento y salvamento de los hospitales públicos a sabiendas que son los que garantizan la atención de las poblaciones dispersa y menos favorecidas?

Respuesta: Como se mencionó anteriormente, dentro del diseño del Programa de Fortalecimiento Hospitalario determinado por la Ley 1438 de 2011, se ha planteado como un pilar básico el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud soportada en el mejoramiento de la capacidad de resolución de la problemática de salud en el nivel básico de atención, es decir, de la baja complejidad de los servicios. Este mejoramiento de la capacidad resolutoria se plantea ejecutar desde el suministro de equipos biomédicos, incluyendo los requeridos para ejecutar el programa de telemedicina, la adecuación de su infraestructura física y el diseño de un programa de fortalecimiento de su capacidad financiera y de gestión administrativa. Todo este programa se Direccionalará con énfasis en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas ubicadas en las regiones más distantes del País, donde además se presentan dificultades en la referencia de los usuarios.

20. Por qué no se tiene en cuenta la rentabilidad social que generan los hospitales públicos, antes de decidir su liquidación, transformación y su desaparición del mercado?

21. Por qué no se tiene en cuenta la rentabilidad social para el fortalecimiento y la sostenibilidad de los prestadores públicos?.

Respuesta: Es necesario partir del hecho de que los hospitales públicos son instituciones adscritas a las diferentes entidades territoriales, por ello, la determinación del inicio de un proceso liquidatorio es competencia de las mismas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en muchas ocasiones, la gestión administrativa de los hospitales públicos ha sido inadecuada, con una estructura del gasto superior a la mejor posibilidad de sus ingresos, con un valor tal de pasivos que imposibilita que se garanticen servicios en condiciones de mínimo riesgo, con un portafolio de servicios no adecuado ni acorde a las necesidades de los usuarios, con lo cual no se espera contar con rentabilidad social, por lo que se deben plantear soluciones de fondo a esta problemática, como puede haberse dado en la liquidación de algunos hospitales públicos que no garantizan condiciones de atención adecuadas. En resumen, se plantea apoyo a la gestión institucional de los hospitales públicos, en las condiciones en que mejor determinen que los mismos sean prestados por las entidades territoriales departamentales, contando en todos los municipios del País con la infraestructura hospitalaria suficiente para garantizar la atención en condiciones de calidad y oportunidad a todos sus habitantes

Efectivamente se tiene y tendrá en cuenta la rentabilidad social de los hospitales públicos. Sin embargo, para tener en cuenta este aspecto se debe partir del necesario manejo eficiente de los recursos, ya que estos son finitos. Es decir, para garantizar la prestación de los servicios a la comunidad se requiere contar con instituciones prestadoras de servicios de salud eficientes, con manejo transparente de los recursos, de forma tal que se pueda tener clara la situación particular de algunas de ellas en las cuales se incrementa el gasto de la atención por su distancia de los grandes centros urbanos. En el desarrollo del Programa de Fortalecimiento Hospitalario se tendrán en cuenta todos los hospitales públicos, pero se hará énfasis en aquellos que prestan servicios básicos con el fin de mejorar su capacidad de prestar servicios a los habitantes de sitios distantes.

22.Cuál es el costo administrativo del sistema de salud, en el aseguramiento y en la prestación?

Respuesta: En el Sistema de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento incluye la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de 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, en consecuencia es claro que las Entidades Promotoras de Salud, responsables de las funciones indelegables del aseguramiento, incorporan en el concepto de gasto en salud el gasto correspondiente a la prestación de los servicios, por tanto no es dable diferenciar un costo administrativo entre aseguramiento y prestación.

23.Cuál es el costo asistencial del nuevo modelo de atención en salud?

Respuesta: El nuevo modelo de atención en salud está soportado en el desarrollo y aplicación de la estrategia de atención primaria en salud, con base en las redes integradas de servicios de salud.

Para calcular el costo de la implementación del nuevo modelo de atención se parte de:

1. Cálculo del costo de los equipos básicos de atención destinados al proceso de caracterización de la población y de la atención en salud propiamente dicha.
2. Cálculo del costo del mejoramiento de la capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de servicios de salud, entendiendo esta capacidad resolutive como el mejoramiento de las condiciones de infraestructura física, el equipamiento biomédico y la suficiencia del recurso humano.
3. Cálculo del costo del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
4. Cálculo de los costos generados en aspectos administrativos como el transporte de los integrantes de los equipos, los insumos y elementos necesarios para garantizar la atención.
5. Cálculo del costo de la implementación de un sistema de información, que facilite la toma de decisiones, a partir de la caracterización de la población beneficiaria y la atención clínica posterior.
6. Cálculo del costo de las medidas que apoyan la resolutive, como la implementación de la modalidad de atención de telemedicina, tanto en equipos como en el traslado de la información.

No debe dejarse de mencionar que si bien los anteriormente mencionados aspectos corresponden al cálculo del costo asistencial, también se requiere tener en cuenta el costo del personal vinculado al área administrativa, por ejemplo, el relacionado con el proceso de facturación, de manejo y operación del sistema de referencia y contrarreferencia y del personal relacionado con el cumplimiento del proceso de intersectorialidad y transectorialidad.

24. Por qué no se han hecho cumplir las disposiciones legales que ordenan que al paciente se le deben suministrar los servicios de salud cerca a su hábitat y el derecho de la libre elección tanto del profesional como de la institución prestadora?

25. Por qué no se ha ejercido control frente a la inoportunidad de aceptación de los pacientes objetos de remisión a niveles de complejidad superior?

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud, en el ámbito de sus competencias ha ejercido las acciones de vigilancia y control correspondientes al seguimiento sobre la prestación de los servicios de salud, en virtud de las exigencias legales que deben cumplir las aseguradoras, por lo tanto es esta entidad quien debe dar cuenta de dichas acciones.

26. Por qué no se ha ejercido control frente a la negación de servicios de ayudas diagnósticas y terapéuticas y de medicina especializada?

Respuesta: El Gobierno Nacional sí ha ejercido control frente a eventos en que se presenten dificultades en la atención de pacientes en los diferentes niveles de complejidad, además en la negación de procedimientos de diagnóstico de enfermedades y de procedimientos terapéuticos y de medicina especializada. Estas acciones se han realizado mediante el desarrollo de normatividad que ajuste los plazos de tiempo y requerimientos administrativos para la atención a los usuarios dados en el Decreto 4747 de 2007 y su reglamentación posterior. Ahora, si en alguna oportunidad no se cumplen estos plazos y condiciones, se tiene como opción recurrir a la Superintendencia Nacional de Salud, Instancia a cargo del desarrollo del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De todas formas, dentro de poco tiempo se contará con la expedición de normatividad que establezca los plazos mínimos para la atención de los usuarios cuando se requiera atención de mayor complejidad o especializada. Para su diseño se debe tener en cuenta las condiciones particulares de salud del usuario, al igual que el perfil epidemiológico, la oferta de los médicos especialistas de la región, entre otros aspectos.

27. Qué indican las estadísticas frente a la muerte intrahospitalaria?

Respuesta: El Sistema de Información para la Calidad (SIC) fue establecido con el propósito de hacer seguimiento a la calidad de los servicios, incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y



datos y orientar a la población en la selección de Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y de Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS)¹⁹

Los indicadores del nivel de monitoría²⁰ del sistema del Sistema de Información para la Calidad fueron definidos como de obligatorio reporte²¹ por la Resolución 1446 de 2006 en los dominios de “calidad técnica”, “gerencia del riesgo”, “oportunidad/accesibilidad” y “satisfacción/lealtad” con el doble propósito de:

- Obtener información que sirviera de trazadora de los resultados de la calidad de la atención en salud en el sistema y,
- Promover la introducción de la cultura de la medición de la calidad en las instituciones.

Las definiciones, fuentes y métodos de recolección fue estandarizada a través de las fichas técnicas contenidas en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 y posteriormente extendida a los niveles de monitoria externa e interna a través de la sala temática “Indicadores de calidad”²² del Observatorio de Calidad.

Consultado el Sistema de Información para la calidad, se muestra en la siguiente gráfica el consolidado del indicador “Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas. La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención.

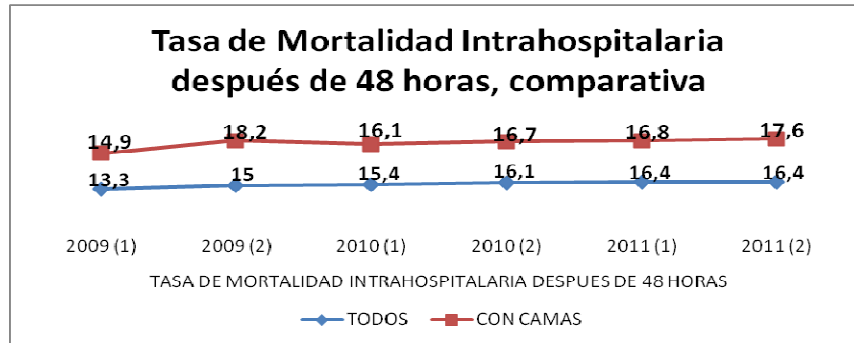
Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles. Dado que éste es un indicador que debe ajustarse por riesgo y nivel de complejidad de cada uno de los prestadores de servicios de salud, se presenta en la gráfica un diferencial entre el total de las IPS que reportaron el indicador, por periodos y el indicador en aquellas IPS con camas en UCI y con camas hospitalarias, tratando de lograr un dato más específico para el indicador en comento:

¹⁹ Decreto 1011 de 2006, Artículos 45 Y 46

²⁰ <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%201446%20DE%202006.%20ANEXO%20TÉCNICO.pdf>

²¹ Numeral 1º del artículo 2º de la Resolución 1446 de 2006, Artículos 2 y 3

²² http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx



Fuente: Observatorio de Calidad MinSalud y Protección Social

Como se observa en la gráfica la tendencia de la mortalidad intrahospitalaria se ha mantenido a través del tiempo. Igualmente se aprecia que es mayor la mortalidad intrahospitalaria cuando aplicamos el indicador en las IPS que tienen camas, si lo comparamos con el indicador promedio general.

La mortalidad intrahospitalaria no representa un detrimento en la calidad de la atención en salud ya que el resultado está directamente relacionado con factores como:

- Grado de complejidad de las IPS
- Patologías que se atienden
- Funcionamiento del proceso de referencia y contrarreferencia
- Especialidad de la IPS
- Factores del paciente

28. Cómo pretende el gobierno nacional hacer de los hospitales públicos, unos prestadores competitivos frente a los privados, cuando deben asumir mayores gastos de funcionamiento en talento humano e insumos, a raíz de la legislación que los rige, la cual es más flexible en el sector privado?.

Respuesta: El Gobierno Nacional, a través del Programa de Fortalecimiento Hospitalario, pretende adecuar las condiciones de los hospitales públicos a las necesidades de la comunidad, en aspectos como el mejoramiento de las condiciones de infraestructura física y de equipamiento, la mejoría de la gestión administrativa y financiera, de tal forma que se mejore su capacidad resolutoria y posibilidad de competir con las instituciones privadas. En lo relacionado con el manejo del recurso humano y su normatividad, se está desarrollando un proyecto de norma que permita que los hospitales públicos puedan adecuar su estructura organizacional a las condiciones del mercado, sin afectar las condiciones de estabilidad laboral de las personas que laboran en este tipo de instituciones.

29. Qué política de salvamento tiene definida el gobierno nacional para los hospitales públicos que tienen dificultades financieras gracias al nuevo modelo de atención en salud?

Respuesta: el Gobierno Nacional se ha centrado en varias acciones:

- i) Asignación de recursos para la cancelación de pasivos de aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentran intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud (FONSAET),
- ii) En virtud del desarrollo del Programa de Fortalecimiento Hospitalario, asignar recursos para el mejoramiento de la capacidad resolutive de todos los hospitales públicos, con énfasis en aquellos que prestan servicios básicos o de baja complejidad, especialmente direccionados al suministro de equipamiento biomédico, adecuación de su infraestructura física y mejoramiento de sus procesos de gestión de prestación de servicios, administrativos, financieros y cumplimiento de estándares de calidad,
- iii) Determinación de aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que requieran subsidio a la oferta para su operación, es decir, que no son sostenibles a partir de su ejercicio financiero y que se encuentren ubicadas en zonas de dispersión poblacional,
- iv) Determinación de un modelo de operación del recurso humano soportado en el manejo eficiente de los recursos pero con garantía completa de cumplimiento de la normatividad laboral, entre otros.

30. Qué política tiene definida el gobierno nacional a fin de mejorar la oportunidad, calidad de la atención y ampliación de cobertura?

Respuesta: La cobertura universal del aseguramiento es una meta del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el avance en esta meta ha sido constante hasta llegar a un 96% actualmente. Esto marca la consolidación del aseguramiento como mecanismo para mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud.

| AÑO | Régimen Contributivo | Régimen Subsidiado * | Regímenes de Excepción ** | Total General | DANE (Estimación y Proyección) | COBERTURA |
|------|----------------------|----------------------|---------------------------|---------------|--------------------------------|-----------|
| 2004 | 11.199.073 | 15.553.474 | 2.160.012 | 28.912.559 | 42.368.489 | 68,24% |
| 2005 | 14.270.698 | 18.438.013 | 2.186.528 | 34.895.239 | 42.888.592 | 81,36% |
| 2006 | 17.996.635 | 20.125.263 | 2.212.904 | 40.334.802 | 43.405.956 | 92,92% |
| 2007 | 17.423.153 | 21.606.812 | 2.239.464 | 41.269.429 | 43.926.929 | 93,95% |
| 2008 | 18.405.579 | 23.601.000 | 2.266.189 | 44.272.768 | 44.451.147 | 99,60% |
| 2009 | 18.046.744 | 23.373.913 | 2.293.091 | 43.713.748 | 44.978.832 | 97,19% |
| 2010 | 18.462.916 | 21.840.891 | 2.320.150 | 42.623.957 | 45.509.584 | 93,66% |
| 2011 | 19.620.393 | 22.295.140 | 2.347.426 | 44.262.959 | 46.044.601 | 96,13% |

Fuente: BDUA Régimen Contributivo - Oficina TIC Ministerio de Salud y Protección Social

* Régimen Subsidiado años 2004-2010 -Cupos contratos Régimen Subsidiado-Consortio Fosyga

* Régimen Subsidiado año 2011- Afiliados cargados en BDUA- Consortio SAYP

** Estimado de población afiliada a los Regímenes de Excepción con base a encuestas realizadas por Centros de Investigación del país.

De otra parte, la política del Gobierno Nacional, en lo relacionado con prestación de servicios de salud (instituciones prestadoras de servicios de salud), está direccionada al mejoramiento de las condiciones de atención de los usuarios, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus cuatro componentes.



1. **Sistema Único de Habilitación:** la estrategia está enfocada en la actualización de los estándares de habilitación, con énfasis en la baja complejidad y zonas dispersas. Este aspecto se relaciona con las condiciones mínimas que deben tener los prestadores para atender a sus usuarios con el menor riesgo posibles.
2. **Sistema Único de Acreditación:** la política se direcciona a la acreditación de las IPS con un enfoque de seguridad del paciente y mejoramiento continuo, quedando pendiente por analizar el sistema de incentivos y su aplicabilidad. Este aspecto tiene que ver con estándares máximos de calidad en los prestadores, de forma tal que se garanticen condiciones óptimas para su atención y con reconocimiento por todas las instancias.
3. **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad:** relacionado con el proceso que se debe generar al interior de la institución prestadora de servicios de salud para mejorar en forma continua y consistente su proceso de atención al usuario, partiendo de un completo análisis de su realidad institucional y realizando un plan que permita cumplir con los estándares máximos de calidad.
4. **Sistema de Información para la Calidad:** la gestión del Gobierno Central se ha enfocado en una política del mejoramiento de las condiciones de diligenciamiento de la información y su comparación con otras instancias semejantes. Además de lo anterior, se buscará integrar la información solicitada por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generando un solo reporte, que sea útil para todos los sectores, incluyendo posiblemente las entidades de control.

En lo que tiene que ver con el mejoramiento en la oportunidad de la atención, en virtud de lo determinado por el Decreto Ley 019 de 2012, se procedió a analizar la situación real evidenciada en las entidades territoriales, a expensas del conocimiento de la oferta de profesionales especializados y la oportunidad actual. Con base en la anterior información, se emitirá acto administrativo en el cual se determinen los aspectos a tener en cuenta para el establecimiento de los tiempos de espera para acceder a consulta de medicina general y especializada.

31. **Cuál es la propuesta de mejora frente a la crisis actual del sistema de salud?**
43. **Cuáles son las propuestas de modificación estructural del sistema por parte del gobierno nacional**

Respuesta: Como se mencionó en respuesta anterior, existen problemas que ameritan acciones de corto, mediano y largo plazo, que permitan mantener los logros en equidad, solidaridad y protección financiera de las familias alcanzados hasta hoy. Estas acciones están encaminadas a generar liquidez en el sistema, reorganización de la institucionalidad y calidad de los servicios.

En liquidez y saneamiento financiero, en los próximos dos meses los hospitales y clínicas contarán con recursos para regularizar su situación de cartera por el orden de 1.2 billones de pesos. Así mismo, el giro directo se mantendrá como mínimo en los niveles alcanzados para el Régimen Subsidiado, de tal forma que represente cerca del 65% de los recursos transferidos.

Adicional a estos recursos que recibirán los hospitales y clínicas, se desarrollara un acompañamiento intensivo por parte del Gobierno Nacional, el cual incluirá: (a) inicio del saneamiento fiscal; (b)



acuerdos de desempeño en términos de calidad, prontitud, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios y (c) desarrollo de redes de prestadores de servicios integradas. Se priorizarán los hospitales de acuerdo con su ubicación, condición y cobertura. Este es el caso de los departamentos como Vaupés, Vichada, Guanía, Chocó, y San Andrés, que presentan problemas serios y ameritan atención especial.

En la reorganización de la institucionalidad y calidad de los servicios; se realizará un ajuste estructural al sistema de de inspección, vigilancia y control que articule las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA, el INS y las entidades territoriales.

La especialización de competencias de la Superintendencia de Salud en su función de protección a los usuarios y la Superintendencia Financiera en la definición de las condiciones financieras y de operación para las EPS con requisitos más estrictos para su operación y permanencia.

La liquidación de la Comisión de Regulación en Salud –CRES-, permitirá que el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector asuma las funciones que hoy tiene la CRES, de tal manera que se logre una articulación en la definición de los componentes de regulación para la adecuada operación del sistema en aspectos esenciales como la definición del plan de beneficios, la unidad de pago por capitación, tarifas y condiciones de operación de los actores.

Igualmente se rediseñara y poner en marcha medidas para cerrar las brechas en el acceso a la prestación de servicios entre las zonas urbanas y rurales, que van desde los incentivos para invertir en estas últimas hasta el diseño de nuevas modalidades de formación y distribución del recurso humano calificado.

El Gobierno está abierto a las propuestas para revisar lo que sea pertinente, con el claro propósito de mejorar la calidad de los servicios y bajo la premisa de realizar ajustes en el funcionamiento de los diferentes actores del sistema, de tal manera que se aclaren los roles, se establezcan reglas claras y los controles necesarios.

32. Qué se tiene proyectado frente a la necesidad del fortalecimiento de la vigilancia y control del sistema a nivel nacional, departamental y municipal?

Respuesta: El ajuste al modelo de inspección, vigilancia y control tiene como objetivo integrar de manera articulada a los diferentes responsables de funciones de vigilancia y control tanto nacionales como territoriales, con el fin de establecer reglas de juego claras y coherentes para todos los actores en beneficio de los ciudadanos, bajo el liderazgo de una renovada Superintendencia Nacional de Salud.

33. Qué propuesta tiene el gobierno nacional frente al mejoramiento del flujo de recursos, sobre la base de que la actual legislación no ha generado un efecto positivo?

Respuesta: Adicionalmente a la continuidad de la medida de giro directo, el Gobierno ha adelantado otras medidas tales como reglamentación del procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado, pago de deudas de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidiados a la demanda con recursos disponibles en las cuentas maestras del régimen subsidiado, entre otras. Adicionalmente existen otras medidas enfocadas a la aclaración de cuentas, al saneamiento de cartera y al establecimiento de controles, las cuales contribuirán en el mejoramiento del flujo de recursos. Se mencionan algunas:

1. Conciliación contable entre actores del SGSSS. Esto implica un saneamiento de la cartera de las Entidades Promotoras de Salud con sus distintos pagadores incluyendo el FOSYGA y el saneamiento de la cuenta de pasivos con sus distintos proveedores particularmente prestadores de servicios de salud. Esto por cuanto los Estados Financieros deben reflejar la realidad económica de las Empresas.
Esto requiere la obligación y compromiso de todos los actores de participar en este proceso de saneamiento, incluyendo al FOSYGA y de ser necesario el establecimiento de una metodología de conciliación que refleje en los estados financieros los recursos que por distintas vías están fluyendo en el Sistema. Definitivamente es necesario avanzar en la utilización de mejores prácticas contables en el sector y que todas las operaciones se vean reflejadas recíprocamente entre los pagadores y los acreedores.
2. Ajuste contable. Es necesario que los distintos planes de cuentas se homologuen y que los registros contables de las principales operaciones se analicen para que el registro permita no sólo ejercer el control si no también reflejar en los estados financieros la operación real de las Entidades con el nivel de desagregación requerido. Esta acción se debe dar concomitantemente con la aplicación de las nuevas reglas de solvencia patrimonial que serán vigiladas en el marco del Decreto Ley 4185, por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. Implementación a partir del 1 de julio del artículo 112 del Decreto Ley 019 de 2012, que modifica el proceso de reconocimiento de los recursos por atención en salud a los prestadores de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, con el propósito de que la aseguradora efectúe el reconocimiento de estos recursos, sin fraccionar la facturación. Esto permitirá mejorar el flujo de recursos y ahorra trámites al prestador reclamante.
4. Pago de recursos de recobros por medicamentos no Pos y Fallos de tutela, que irán directamente a los prestadores de servicios de salud, que tuvieran como única glosa la de extemporaneidad. Esto generará un flujo de recursos importante al Sistema y contribuirá en el saneamiento de la cartera de las instituciones del sector (EPS e IPS).
5. Establecimiento de controles en los recursos que se reconocen al régimen contributivo de salud. Por ejemplo, en el régimen contributivo, se implementará la cuenta maestra tanto de recaudo de cotizaciones como de pagos.

34. Qué propuesta se tiene para eliminar las barreras creadas por los entes aseguradores y territoriales (glosas, objeciones), que afectan el flujo de recursos haciendo crítica la liquidez de los prestadores?

Repuesta: Todas las medidas mencionadas en el preste texto tienen como principal objetivo mejorar el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud. No obstante, se observa que existen



algunos problemas de gestión en los procesos de facturación y aclaración de glosas por parte de los prestadores de servicios, aspecto frente a los cuales dentro de la política de fortalecimiento de estas instituciones se tendrá en cuenta.

35. Por qué no se realiza y se implementa un estudio técnico de tarifas, acorde a los costos reales que asumen los prestadores, diferenciándolos por su ubicación geográfica, acceso, características de la población, perfil epidemiológico, orden público, dispersión, accidentabilidad, medio ambiente y demás características que lo diferencien?

Respuesta: La dificultad principal que enfrenta el Ministerio de Salud y Protección Social contar para poder contar con estudios integrales y representativos de tarifas y estructuras de costos en la prestación de servicios, radica fundamentalmente en la carencia de información completa y periódica, que no solo permita construir una bases sólidas de comparación sino que además faciliten su monitoreo y evaluación permanente. En la actualidad, no existe una normatividad que obligue a las IPS a suministrar de manera regular y periódica información administrativa y financiera en la cual sustentar esta actividad, ni tampoco el suministro oportuno y completo de datos sobre procedimientos y diagnósticos, con los cuales se puedan diseñar y poner en marcha sistemas modernos de gestión clínica y costos de atención de pacientes. La información que hoy se obtiene es indirecta y parcial a través de las EPS.

36. Qué alternativas propone el gobierno nacional a fin de cubrir la falta de profesionales de salud, ya que se observa déficit de los mismos, especialmente en la provincia, por la desmotivación a ser profesionales asistenciales en el sector?

37. Que ha hecho el ministerio para contrarrestar la baja oferta de médicos generales y médicos especialistas?

Respuesta: Con se mencionó en la primera respuesta de este documento, respecto a la suficiencia de la oferta de talento humano para atender la demanda de servicios de salud incrementada por factores como la cobertura universal del aseguramiento y la unificación de planes de beneficios, es importante hacer las siguientes consideraciones:

- e) Efectivamente, hay evidencia de las dificultades que enfrentan algunas instituciones de salud para conseguir y retener profesionales de la salud, particularmente médicos especialistas en algunas regiones y especialidades.
- f) Esta situación no se puede generalizar para todo el país y para todas las profesiones de la salud. La oferta de médicos generales viene aumentando progresivamente, con un ingreso anual de cerca de 3.700 nuevos médicos y 2.700 nuevas enfermeras y existe un número adecuado de odontólogos, terapeutas y nutricionistas para atender las necesidades de la población.

Para el año 2011, se estima que en Colombia había 77.473 médicos y 42.295 enfermeras. Con esta disponibilidad de profesionales de la salud, el indicador de densidad de recursos humano de la salud, es decir el número de médicos y enfermeras por cada diez mil

habitantes, se ubicaba en 26.01, una cifra ligeramente superior al mínimo de 25 recomendado por la Organización Mundial de la Salud, superior al de países de la región como Chile, Ecuador, Perú y Brasil.

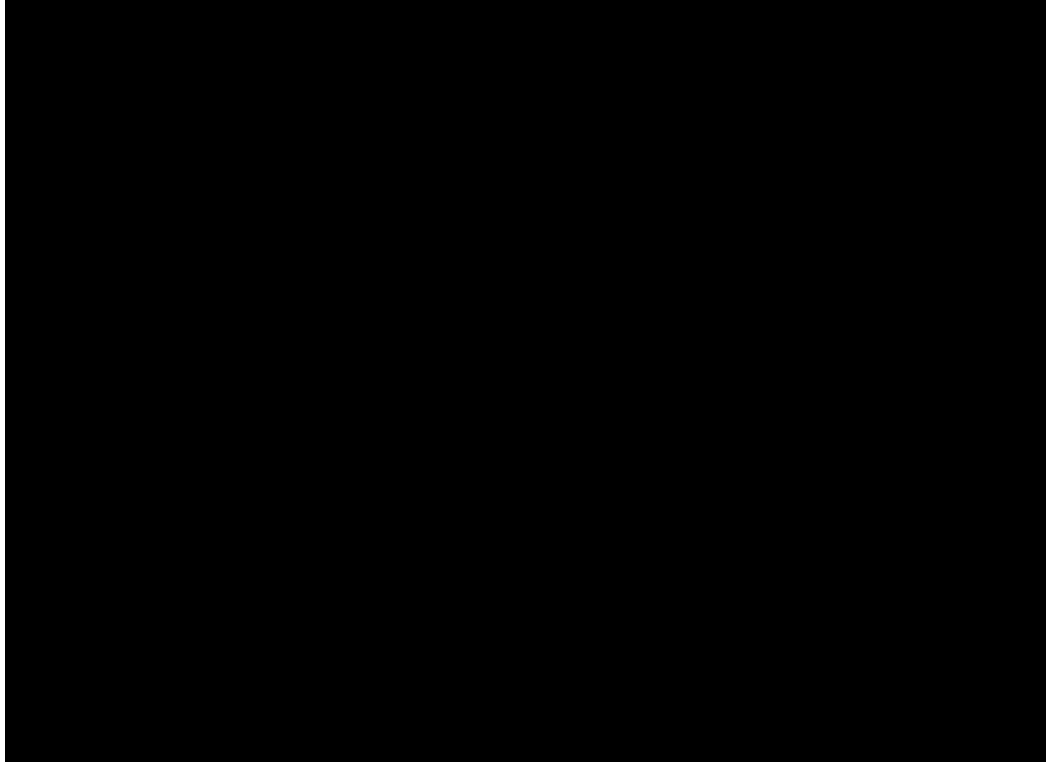
DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN COLOMBIA
Número de profesionales / 10 mil habitantes

| Año | Población Colombiana ¹ | Medicos ² | Enfermeros ² | Razón Enfermeras / Médicos | Densidad Medicos | Densidad Enfermeros | Densidad Med + Enf |
|------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | (3/2) | ((2/1)*10,000) | ((3/1)*10,000) | ((2+3/1)*10,000) |
| 1990 | 34.124.535 | 26.171 | 10.810 | 0,41 | 7,67 | 3,17 | 10,84 |
| 1995 | 37.489.666 | 37.743 | 14.545 | 0,39 | 10,07 | 3,88 | 13,95 |
| 2000 | 40.282.217 | 49.406 | 19.690 | 0,40 | 12,26 | 4,89 | 17,15 |
| 2005 | 42.888.592 | 62.703 | 28.966 | 0,46 | 14,62 | 6,75 | 21,37 |
| 2006 | 43.405.387 | 65.150 | 31.228 | 0,48 | 15,01 | 7,19 | 22,20 |
| 2007 | 43.926.034 | 67.614 | 33.404 | 0,49 | 15,39 | 7,60 | 23,00 |
| 2008 | 44.450.260 | 70.079 | 35.627 | 0,51 | 15,77 | 8,02 | 23,78 |
| 2009 | 44.977.758 | 72.544 | 37.849 | 0,52 | 16,13 | 8,42 | 24,54 |
| 2010 | 45.508.205 | 75.008 | 40.072 | 0,53 | 16,48 | 8,81 | 25,29 |
| 2011 | 46.043.696 | 77.473 | 42.295 | 0,55 | 16,83 | 9,19 | 26,01 |

¹ Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 DANE.

² Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Tercera Edición. CENDEX

- g) El incremento de la oferta de médicos especialistas, vía aumento de la oferta educativa, ha sido lento en los últimos 10 años (Tabla 2). Sin embargo se observa una buena dinámica en las matrículas de las especialidades, con un aumento del 38% entre 2001 y 2010. El aumento de la oferta de especialistas es un objetivo que involucra un proceso complejo donde participan Universidades, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Sociedades Científicas y al Gobierno Nacional, cuyos resultados se concretan, en forma progresiva, en el mediano y largo plazo. Para esto, se están gestionando recursos para la cofinanciación de empleos temporales para los residentes (profesionales que están formándose en especialidades clínicas) y se están optimizando los procesos de aprobación y renovación de programas de especialización y aumento de cupos de los mismos.



- h) La adecuación de la oferta de talento humano en salud a las necesidades del sistema de salud, no solo se ve afectada por la oferta educativa. También intervienen factores como los flujos migratorios internos y externos, las estrategias y modelos de prestación de servicios, los perfiles demográficos y epidemiológicos de las poblaciones, la disponibilidad y acceso a la tecnología, la resolutividad y productividad de los profesionales y las instituciones de salud, entre otros.

Por las razones expuestas, la propuesta de política descrita inicialmente, configura una carta de navegación integral para dar respuesta a las situaciones planteadas. No obstante, ya se están adelantando acciones concretas con esa orientación, entre las cuales se destacan:

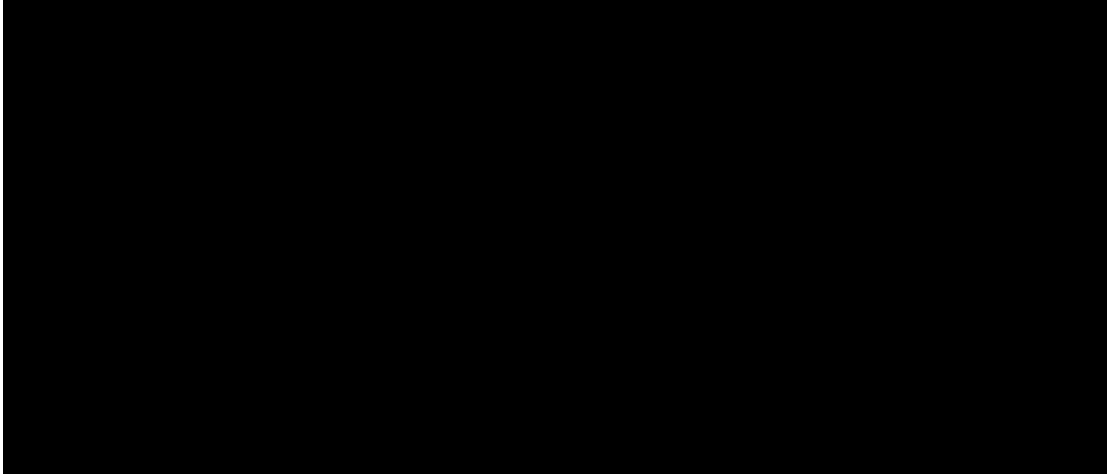
- i) Implementación progresiva de la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de la cual, entre otros, se promoverá la conformación de equipos de salud que apoyen y mejoren la respuesta de las instituciones de salud, desde los ámbitos familiar y comunitario, acorde con las características de cada región o comunidad.
- j) Ajuste y actualización de las normas de calidad de los servicios de salud (habilitación), con lo cual se busca, entre otros, mejorar la resolutividad de los servicios y equipos de salud, particularmente en los primeros niveles de atención, modificando los elementos que limitan el ejercicio pleno de las capacidades y competencias de los profesionales de la salud y potenciando el rol de los profesionales no especialistas y los especialistas básicos.

También se busca dar un tratamiento diferencial a los servicios según estén ubicados en zonas alejadas de los grandes centros urbanos o con población dispersa, donde es más difícil conseguir profesionales y especialistas de la salud, con el fin de facilitar la oferta de los servicios de salud que se requieren en esas localidades.

- k) Definición y desarrollo de competencias para las profesiones de la salud, que correspondan a las características demográficas y epidemiológicas de la población colombiana y a los requerimientos del sistema de salud, como referentes para los procesos y programas de formación del Talento Humano en Salud, los mecanismos de evaluación de dichos procesos, la gestión del talento humano por parte de los empleadores, el sistema de garantía de la calidad en salud, entre otros.

Con este propósito, desde hace varios meses se ha venido trabajando con un grupo en el que participan la Academia Nacional de Medicina, los Colegios, Asociaciones y Facultades del área de la salud, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud. Los resultados iniciales, que se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud, se han tenido que revisar y ajustar, conforme ha avanzado el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud definida en la Ley 1438 de 2011.

- l) Ajuste de los procesos y procedimientos de evaluación de la relación docencia servicio y el registro calificado, con el propósito de promover y agilizar la apertura de programas de pregrado y especializaciones del área de la salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos que aseguren la calidad de la formación. Esta acción de está desarrollando en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional.
- m) Apoyo a la formación de especialistas en aquellas áreas prioritarias para el país, mediante la cofinanciación de las residencias, para lo cual ya se están gestionando recursos del presupuesto nacional para la vigencia 2013, en el marco del artículo 101 de la Ley 1438 de 2012. Estos recursos se suman a los que actualmente destina el Gobierno Nacional para la financiación del programa de becas crédito, mediante el cual se ha venido apoyando la formación de especialistas en un número que ha venido aumentando en los últimos años, como muestra la siguiente tabla:



- n) Haciendo uso de las modalidades establecidas en la Resolución 1058 de 2010, se promoverá la implementación del Servicio Social Obligatorio para especialistas, en Institución Prestadora de Servicios de Salud ubicadas en regiones alejadas o con poblaciones dispersas, con el fin de garantizar el acceso de estas poblaciones a los servicios especializados básicas que permitan mayor resolución y atención más integral. Para esto, se realizará, en primer lugar, una consulta para determinar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan las condiciones para la apertura de dichas plazas e iniciar con el apoyo técnico que permita ubicar a los especialistas mediante esta estrategia.
- o) Se está desarrollando el Sistema de Formación continua del Talento Humano en Salud, para lo cual existe un proyecto de decreto reglamentario, disponible en la página web del Ministerio de Salud, donde se definen las condiciones de calidad para ofrecer cursos y programas de formación continua, las responsabilidades de las instituciones de salud frente a su financiación, los mecanismos de evaluación y articulación frente al sistema de calidad y el registro único de talento humano en salud.

El proyecto ha sido presentado al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, a los Colegios Profesionales de Medicina, Odontología, Enfermería, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional, Química Farmacéutica, Terapia de Lenguaje, Instrumentación Quirúrgica, entre otras. Además se ha presentado en un Foro en la Universidad del Valle, donde se recibieron observaciones y propuestas de los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios y representantes de la Asociación Colombiana de Universidades, ASCUN. El proyecto se encuentra disponible para consulta y aportes en la página web del Ministerio de Salud.

- p) En el mismo sentido, se realizará la difusión, implementación y capacitación progresiva en las Guías de Atención Integral, que servirán como herramientas de calidad, referencia y apoyo, para mejorar la calidad y la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud frente a las situaciones de salud con mayor impacto en la población colombiana. Este proceso de iniciará en el último trimestre del presente año y desde ya se está trabajando en estrategias y



herramientas para promover el conocimiento, uso y adherencia a las guías por parte de los profesionales de la salud.

38. Qué se ha pensado frente a la medicación, que con el actual sistema ha llevado a limitar y generalizar la formulación por parte del profesional de salud, a unos pocos medicamentos de baja efectividad (ibuprofenos, diclofenacos, acetaminofén entre otros) buscando con ello la disminución del costo, y con ello generando una pobre recuperación del paciente?

Respuesta: La efectividad de estos medicamentos está plenamente documentada y justificada en las decisiones de configuración del Plan Obligatorio de Salud, las indicaciones en las que usan estos medicamentos han sido evaluadas siguiendo procesos de evaluación de evidencia que coinciden con la OMS dado que estos medicamentos están incorporados en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

39. Por qué las bases de datos entre el municipio, las EPS, los departamentos y ministerio, no son iguales y por qué no se han podido depurar?

Respuesta: Para dar respuesta a esta pregunta habría que particularizarla por ejemplo al Subsistema de Información del FOSYGA, integrante del Sistema de Información del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, en el cual uno de los componentes es la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

La BDUA se compone de afiliados a régimen contributivo, régimen subsidiado y regímenes excepcionados.

La información de afiliados a régimen contributivo fluye directamente de las EPS hacia el administrador del FOSYGA,

La información de afiliados a régimen subsidiado hasta 2010 fluyó desde la EPS hacia el municipio, de este hacia el departamento y del departamento hacia el administrador de los recursos del FOSYGA; con la expedición de la Resolución 1982 de 2010, el Ministerio dispuso el reporte directo de novedades desde la EPS y algunas novedades de retiro por parte de las entidades territoriales.

A continuación se presentan las principales causas de la diferencia entre las bases de datos:

Cobertura, calidad y disponibilidad de la información de la RNEC para resolver algunas dificultades en relación con:

- Cambio del documento y número de identificación de los usuarios: Registro Civil a Tarjeta de identidad y de esta a Cédula de ciudadanía y de esta a Registro Civil de Defunción.
- Fallecidos vivos, es decir, personas que aparecen fallecidas en la información de la RNEC pero demuestran estar vivas.
- Novedades que afectan la identificación de las personas; por ejemplo, cambio de nombres y/o apellidos, cambio de fallecido a vivo, entre otras causas.



Cobertura, calidad y disponibilidad de la información de identificación de extranjeros del Ministerio de Relaciones Exteriores

Falta de actualización de los documentos de identificación de la población y reporte de tal situación a la EPS a la cual se encuentra afiliado, especialmente de Régimen Subsidiado.

Se cuenta con un grupo de población especial que no se encuentran identificados plenamente por la Registraduría Nacional del Estado Civil (indígenas, niños no identificados a cargo del ICBF, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, habitantes de la calle) y a quienes se les ha asignado como tipo de identificación: Adulto o Menor sin identificación y el número de identificación un número asignado por el departamento o el municipio.

Actualmente el Ministerio (administrador de los recursos del FOSYGA) realiza la actualización de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA por lotes (en batch) de conformidad con las fechas definidas en el marco normativo (Resolución 1344 de 2012).

Normatividad de afiliación desactualizada en relación con la dinámica de la afiliación, traslado y movilidad dada en la realidad.

En los traslados de afiliados, especialmente de Régimen Contributivo a Subsidiado, existen causas que impiden la aceptación del traslado requerido por el usuario

Para Régimen Subsidiado:

| EPS | Municipio | Departamento | Ministerio |
|---|--|---|-------------------|
| Reporte oportuno y con calidad de las novedades a la BDUA | Reporte oportuno y con calidad de las novedades a la BDUA | El departamento juega un papel de asistencia técnica y por lo tanto debe realizar un proceso de consolidación de la información de BDUA dispuesta en la página del FOSYGA | |
| Capacidad técnica y tecnológica en algunas EPS | Capacidad técnica y tecnológica | | |
| | Falta de coordinación y comunicación con las EPS de su ámbito de acción a fin de lograr igualdad en los datos tanto de la EPS como del municipio, mediante el control y seguimiento al reporte de novedades a la BDUA. | | |
| | Frecuente movilidad del | | |

| EPS | Municipio | Departamento | Ministerio |
|-----|--|--------------|------------|
| | recurso humano asignado al manejo de la información del SISBEN y de la BDUA en el municipio. | | |
| | Desconocimiento del marco normativo de la afiliación por parte de los responsables a nivel municipal. | | |
| | Falta de control y seguimiento a las novedades que deben ser presentadas por las EPS y por el mismo municipio. | | |

40. Llevamos 17 años de puesta en marcha el sistema de salud y no hay unificación en las bases de datos cual es la razón?

Respuesta: Algunas de las causas para que no exista la unificación en las bases de datos son:

- Capacidad técnica y tecnológica de algunos actores.
- Cultura informática de la población colombiana en informar a la EPS sobre situaciones que afectan su afiliación al SGSSS: cambios en la identificación, retiro del empleo, ruptura del grupo familiar (aplica para régimen contributivo), fallecimiento de alguno de los miembros del grupo familiar, entre otros.
- Reporte oportuno y de calidad de las novedades por parte de las EPS y entidades territoriales a la BDUA.
- Falta de actualización de las normas sobre afiliación, traslados, movilidad entre regímenes.
- Con base en la actualización normativa, falta definir procesos, procedimientos e instrumentos técnicos que garanticen la movilidad, portabilidad en el SGSSS.
- Falta de diseño, desarrollo, implementación y estabilización de una base de datos de afiliación en línea y en tiempo real.
- Desactualización de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil

No obstante, el Ministerio está trabajando con las diferentes entidades para contar con una base de datos que registre la información de afiliación y novedades en línea, y ojala conectado con la información que tiene la responsabilidad de administrar la Registraduría en el marco de la Ley 1438 de 2011.

41.Cuál es la propuesta del gobierno nacional para vencer las barreras en la unificación de las bases de datos y en qué tiempo?

Respuesta:



- Disposición de la información de la Registraduría y del Ministerio de Relaciones Exteriores con calidad, cobertura y oportunidad
- Actualización normativa de la afiliación, traslados, movilidad, portabilidad
- Definición de procesos, procedimientos e instrumentos que garanticen la afiliación, traslados, movilidad y portabilidad de la afiliación en el país.
- Diseño, desarrollo, implementación y estabilización de una base de datos de afiliación en línea y en tiempo real.

A diciembre de 2013 se deberá tener el diseño, desarrollo y en operación la base de datos única de beneficiarios a la Seguridad Social (salud, pensiones, y riesgos profesionales), la cual debe operar en línea y en tiempo real de forma tal que se garantice en forma eficiente y oportuna la prestación de los servicios de salud y el flujo de los recursos.

Para marzo de 2013 se tiene prevista una entrega parcial de conformidad con lo establecido en el Decreto 177 de 2011.

42. Que ha hecho el ministerio para mejorar la calidad en la formación de los profesionales de la salud?

Respuesta: Junto con el Ministerio de Educación Nacional se ha concretado acciones específicas para asegurar la calidad de la formación de profesionales de la salud, como la expedición del Decreto 2376 de 2010, mediante el cual se establecieron criterios y requisitos orientados a fortalecer la relación entre Universidades y Hospitales, mediante convenios de largo plazo (mínimo 10 años), a mejorar la garantías para los estudiantes en áreas como bienestar, calidad de la formación y aseguramiento frente a riesgos.

También se está trabajando en la actualización del modelo de evaluación de la relación docencia servicio y los escenarios donde los profesionales realizan sus prácticas o entrenamientos. Se busca entregar a Universidades y Hospitales, una herramienta que oriente procesos de autoevaluación y planes de mejoramiento, que les permita cumplir con requisitos en infraestructura, servicios, docencia, investigación, bienestar, entre otros.

La propuesta desarrollada desde el Ministerio de Salud con el acompañamiento de la sala de la Sala de Salud de Conaces del Ministerio de Educación, se sometió a una prueba piloto en 8 escenarios de práctica (IPS), de diferentes regiones y niveles de complejidad, y se socializó con cerca de 400 instituciones entre IPS e instituciones universitarias, de los cuales cerca de 40 realizaron observaciones y aporte que se han incorporado en la propuesta. El nuevo modelo de evaluación docencia servicio, se presentará al finalizar el mes de agosto a la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, donde están representados los Ministerio de Salud y de Educación, para su aprobación y posterior difusión.

Este modelo, mejorar las condiciones y la eficacia de las visitas de inspección, vigilancia y control de los programas de formación superior en salud y sus escenarios de práctica.



Estas acciones específicas, se suman a las de carácter general ya mencionadas en la respuesta No. Del cuestionario de la Representante Marta Cecilia Ramírez, entre las cuales se destaca el trabajo concertado para la definición de competencias profesionales.



**CUESTIONARIO PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PRESENTADO
POR EL DOCTOR PABLO ENRIQUE SALAMANCA CORTES
Representante a la Cámara**

1. ¿Qué ha hecho el Gobierno, al interior del Plan Obligatorio de Salud para abaratar o reducir los precios de los medicamentos?

Respuesta: La propia incorporación de medicamentos al POS tiene efectos positivos sobre los precios, si bien la incorporación de medicamentos al POS no es una política de precios se ha demostrado que al asegurar el acceso a través de su incorporación en la UPC, se generan aumentos tanto en la demanda como en la oferta generándose una disminución de precios respecto de los precios anteriores a la incorporación en el POS.

Los medicamentos POS de escasas competencia se incluyeron al control de Directo a través de la Circular 01 de 2011 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos CNPM, dicha circular incorporó 80 medicamentos correspondientes a 8 principios activos incorporados al POS a través del acuerdo 029 de 2011.

2. ¿Cómo ve el Ministerio la apertura del Hospital la Hortúa de Bogotá y si se proyecta abrir una nueva institución hospitalaria del mismo nivel en la ciudad de Bogotá?

Respuesta: El Gobierno Nacional no tiene competencia para determinar la red de prestadores de servicios de salud de una entidad territorial. En el caso del Distrito de Bogotá, ubicación de la Fundación Hospital San Juan de Dios de Bogotá, la organización de la red de prestadores debe estar liderada por la Secretaría de Salud Distrital. En el caso específico de la Fundación Hospital San Juan de Dios de Bogotá, se considera que los responsables deben analizar juiciosamente las implicaciones de cualquiera de las decisiones a tomar, debido a la importante suma de recursos que son requeridos

3. ¿Tiene el Ministerio como objetivo o política mantener a las EPS o eliminarlas?

Respuesta: En concordancia con lo señalado en las preguntas anteriores, se debe conservar el núcleo esencial del actual sistema general de salud, fundamentado en un esquema de aseguramiento social universal, en el cual se combinen el aporte de los ciudadanos de mayores ingresos y se subsidie por parte del Estado a los de menores ingresos y aquellos más vulnerables. No obstante lo anterior, el Gobierno está abierto a analizar y discutir propuesta de ajuste que los distintos actores del sistema presenten.

4. Qué sanciones ha adoptado en contra de la EPS por falsos cobros al FOSYGA?

Respuesta: En primer lugar, es importante mencionar que este Ministerio no posee facultad sancionatoria, razón por la cual desde finales de 2010, tiempo en el cual la nueva administración del Ministerio tomó posesión, de manera inmediata se le solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud



Libertad y Orden

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

que realizara una Auditoría especial que diera cuenta de las condiciones de operación y administración de los recursos ejecutados a través del Fosyga.

Como es de conocimiento público, los actos de corrupción del sector salud están siendo investigados por la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, de conformidad con sus competencias y los hallazgos evidenciados.

En este sentido, es importante mencionar que las indagaciones preliminares realizadas por la Contraloría General de la República, son el resultado de la denuncia pública realizada por la Doctora Beatriz Londoño Soto, en calidad de Viceministra de Salud, durante el primer trimestre de 2011.

Adicionalmente, dentro de los criterios que se utilizan para realizar la auditoría integral a las solicitudes de recobros que presentan las EPS, está el identificar posibles falsos recobros, a partir del cruce de variables y validaciones, los cuales se remiten a los organismos de control e investigación para lo de su competencia.



**CUESTIONARIO PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PRESENTADO
POR EL DOCTOR LIBARDO TABORDA CASTRO
Representante a la Cámara**

1. ¿Cuál es el diagnóstico desde el Ministerio de Salud sobre los resultados del Modelo de Aseguramiento en Salud y el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia?

Respuesta: El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSS creado mediante la Ley 100 de 1993 produjo extensos y profundos cambios en la forma como operaba y se financiaba la salud en Colombia hasta antes de ese año, que además debería operar bajo el escenario de descentralización fiscal y administrativa definido por la Ley 60 del mismo año. Este sería un sistema de salud completamente nuevo sin antecedentes comparables en otros lugares del mundo, que permitieran predecir la forma como se comportarían los diversos actores, donde prácticamente ninguno de ellos estaba exento de modificaciones. Esto requería de ajustes permanentes y graduales que no se hicieron en los momentos adecuados ni de la forma y profundidad requerida, que permitieron la aparición de conductas indeseables y respuestas insuficientes o inadecuadas por parte del Estado.

Esto era el reflejo de fallas institucionales en la dirección, vigilancia y control del sistema, así como de brechas normativas bien por la incongruencia, insuficiencia o ausencia de reglas claras. Las consecuencias son las que bien se conocen el día de hoy, las cuales podrían sintetizarse en cuatro aspectos básicos como son: i) la debilidad en la vigilancia y control para de un sistema de salud descentralizado altamente complejo con multiplicidad de actores, subsistemas y procesos; ii) una definición poco clara del alcance de los planes de beneficio a cargo del sistema; y iii) una proliferación indiscriminada de entidades aseguradoras EPS y prestadoras IPS sin ninguna lógica o planificación que generó fragmentación en el sistema de salud, que lo hacen aun más complejo y difícil de administrar y controlar; y finalmente iv) un énfasis en el componente curativo de la salud y un descuido de la promoción y prevención a nivel individual y colectivo que se vio agravada por la descentralización de esta labor en las entidades territoriales sin un adecuado liderazgo del Ministerio de Salud.

Todo ello da como resultado tres consecuencias relevantes como son: i) un creciente gasto en servicios curativos y tecnologías de punta muchas veces sin una clara justificación que pone al sistema de salud en dificultades para financiarlo; ii) un complejo y lento flujo de los recursos que deben pasar por múltiples actores que dificultan la financiación de los servicios y facilitan prácticas inadecuadas, y finalmente iii) el inconformismo de la gente ante la negación o demora de servicios.

Bajo estos razonamientos, las causas de la actual crisis del sistema de salud no surgen de su concepción inicial diseñada sobre un modelo más equitativo y solidario que el que reemplazó, el cual ha producido innegables resultados como aumentar la cobertura financiera contra la enfermedad al pasar del 25 al 96% de la población colombiana y al haber reducido el gasto de bolsillo de los hogares de un 42 a un 8%, que reflejan sin duda el efecto redistributivo a favor de los hogares más pobres.

Por ello, es necesario revisar el funcionamiento del modelo actual de aseguramiento, de tal manera que se corrijan las deficiencias claramente identificadas, garantizando los principios de equidad, solidaridad y protección financiera de las familias.

2. ¿Cómo se puede cuantificar el avance y los logros con el modelo de aseguramiento vigente?

Respuesta: Las fortalezas más destacables son:

- Las metas logradas en UNIVERSALIZACIÓN de cobertura en el aseguramiento, hoy contamos con una cobertura del 96%.
- La unificación de los planes de beneficios entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, a partir de julio de 2012.
- El cumplimiento del postulado de EQUIDAD, que permite que todos los colombianos reciban un mismo plan de beneficios en salud, los subsidios en salud han favorecido a la población más pobre y vulnerable.
- La protección financiera de las familias, que evita la ruina financiera ante la presencia de una enfermedad catastrófica.
- La existencia de un sistema SOLIDARIO y redistributivo de los recursos que privilegia a los más pobres con un subsidio en salud a más de 22 millones de colombianos.

En términos de los avances que requiere el sistema para su consolidación detectamos las siguientes oportunidades de mejora:

- Garantizar la PORTABILIDAD nacional que actualmente están en proceso de análisis e implementación por parte de este Ministerio.
- Consolidar el esquema de ASEGURAMIENTO en términos de oportunidad y satisfacción del usuario.
- Implementar el esquema de REDES INTEGRADAS.
- Realizar ajustes al FLUJO DE RECURSOS, de tal manera que los recursos fluyan sin atrasos, ni con barreras injustificadas.
- Ampliar y fortalecer la PARTICIPACIÓN SOCIAL.
- Fortalecer el esquema de INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL, que adelantan la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA, el INS y las entidades territoriales

3. ¿Qué posición oficial ha asumido el Ministerio de Salud respecto a la integración vertical de las EPS y el impacto que ésta tiene en la red hospitalaria pública?

Respuesta. La integración vertical no puede ser descartada como una medida que bien manejada puede contribuir al desarrollo de la oferta, la calidad y la oportunidad en los servicios. En caso de utilizarse, debería estar sometida a unas reglas más estrictas para su puesta en marcha y operación, de forma tal que no se generen por ejemplo condiciones preferenciales en la contratación, pago de



servicios o en la vigilancia y control en los prestadores de servicios pertenecientes a las EPS, que generen condiciones con las cuales se puedan colocar en desventaja al resto de los prestadores de servicios.

4. ¿Qué medidas se han implementado para hacer seguimiento y control a lo establecido en la ley 1122 de 2007 referente a la integración vertical de las EPS?

Respuesta: La Entidad competente para ejercer la vigilancia y el control sobre la integración vertical patrimonial y la posición dominante es la Superintendencia Nacional de Salud, quien en ejercicio de sus funciones ha desarrollado visitas de Inspección para determinar el grado de integración vertical patrimonio de las entidades vigiladas y su impacto en ejercicio de una posible posición dominante y la posible vulneración del ejercicio de la libre elección del prestador por parte de los afiliados.

5. ¿Con qué tipo de herramientas y sistemas de información de carácter confiable, oportuno y sincronizado cuenta el Ministerio de Salud para rastrear y verificar la trazabilidad de los recursos de la salud desde que se giran por parte de la Nación hasta que llegan a las IPS? ¿Cuál es el resultado del rastreo de los recursos financieros?

Respuesta: Se cuenta con las siguientes herramientas:

PISIS - Plataforma de Integración de Sistemas de Información.

Diseñada y en producción desde 2007, para hacer el transporte seguro de archivos desde las fuentes de datos hacia el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del canal SFTP (Secure File Transfer Protocol), con base en el modelo de arquitectura cliente-servidor. La plataforma de Integración del SISPRO – PISIS, permite al Ministerio y a las entidades reportadoras disponer de la infraestructura para enviar la información de una manera automática, eficiente, efectiva y oportuna, integrando así la información entre diferentes entidades reportadoras y diferentes receptores de la misma como son las aplicaciones de negocio. Es una plataforma parametrizable que controla automáticamente la recepción de los archivos de datos, genera un reporte del procesamiento de archivos y lo envía al correo electrónico de cada entidad reportadora y una notificación en caso en que la entidad no cumpla con el envío de archivos. Igualmente, esta plataforma cuenta con requerimientos de firma digital por parte de la fuente.

A través de esta plataforma reportan municipios y distritos (1.123), entidades financieras (10), los operadores de PILA (23), cajas de compensación familiar (3), EPS (59), IPS (834), laboratorios farmacéuticos (626) y mayoristas (194).

Las aplicaciones de negocio interactúan con PISIS, para retroalimentar a las entidades reportadoras acerca del procesamiento de sus archivos, sin hacer desarrollos redundantes en las aplicaciones de negocio o fuentes de información, que solo se deben enfocar en los aspectos funcionales ya que la infraestructura de comunicación y envío de correos electrónicos a las entidades lo provee PISIS. Esta plataforma es parametrizable, utiliza ventanas de tiempo mediante las cuales se programa para los

diferentes tipos de información a remitir al Ministerio de acuerdo a los tiempos que se establecen en la norma y está disponible 24 horas al día.

Las gestiones que se han adelantado frente a la plataforma a partir de julio de 2011 se refieren a los mantenimientos requeridos para mantener su vigencia, como los relacionados con manejo de periodos a reportar, control de reporte extemporáneo, herramientas de diagnóstico para las entidades reportadoras para evaluar si sus ambientes cumplen con los requerimientos de PISIS, anexos técnicos sobre información a enviar al Ministerio, ente otros, y se construyó el aplicativo de giros a IPS. Actualmente y a través de PISIS se reporta información para los diferentes temas:

Aplicativos que reportan al Ministerio a través de PISIS

| FUENTE DE INFORMACION | ACTORES QUE REPORTAN |
|---|--|
| PILA – Planilla Integrada de Liquidación de Aportes | Operadores de información |
| Cuentas Maestras Régimen Subsidiado | Entidades Financieras Entidades Territoriales |
| Cuentas Maestras EPS | Entidades Financieras |
| SISMED | Laboratorios Mayoristas EPS IPS |
| Giro Directo a IPS | EPS |
| Saneamiento de Cartera Régimen Subsidiado | EPS y entidades territoriales |

Mecanismos establecidos por el Ministerio para mejoramiento del flujo de recursos:

Giro Directo a IPS

A través del SISPRO se desarrolló un aplicativo para implementar la medida de giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y agilizar el flujo de los recursos de la salud para garantizar la atención oportuna de la población pobre y vulnerable del país. Lo anterior, de conformidad con el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, sobre administración del régimen subsidiado, y de la Resolución 2320 de 2011, en la que se establecen las reglas que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud para autorizar el giro directo a su red prestadora por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la aplicación de la herramienta, 38 Empresas Promotoras de Salud reportan al Ministerio para autorizar pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud del país. Este es un desarrollo nuevo que permite cargar la información desde las EPS, sobre las IPS a las cuales deben girarse los recursos provenientes de la Liquidación Mensual de Afiliados.

Cuentas Maestras



Este aplicativo del SISPRO facilita el seguimiento al uso de los recursos del régimen subsidiado, mediante el reporte de los movimientos y saldos de las cuentas maestras a nivel territorial y de las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado de salud al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las entidades financieras.

A través de PISIS 10 entidades financieras reportan mensualmente la información de las cuentas maestras de las EPS, desde el 2011, con una cobertura total de 100% y las entidades territoriales reportan desde el 2009, con una cobertura del 100% de los municipios del país.

Saneamiento de Cartera

En desarrollo del Decreto 1080 de 2012 se establece el procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud, para asegurar la sostenibilidad del sistema y el acceso de los afiliados a los servicios de salud. Estas deudas corresponden a las reconocidas por las entidades territoriales a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, de contratos efectuados desde 1996 hasta marzo de 2011. Para este proceso de saneamiento de cartera, los montos adeudados serán girados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social a los hospitales públicos que informen las empresas promotoras de salud. En virtud de este Decreto y de la Resolución 1302 de mayo 29 de 2012, sobre los formatos y requerimientos para la aplicación del decreto, se realizó el desarrollo para el envío de datos a través de PISIS.

6. ¿Es la Unidad Percapita UPC suficiente en términos de gasto médico para los regímenes contributivo y subsidiado?

Respuesta: Los cálculos de UPC se realizan con base en la información de frecuencia de uso de servicios por tipo de estos y por costo efectivamente pagado por las EPS. Para ello se utilizaron en el año 2012 alrededor de 400 millones de registros, los cuales son sometidos a un estricto protocolo de mallas de validación para determinar su consistencia y validez, luego de lo cual son agrupados y analizados por conjuntos de tecnologías utilizando diversas técnicas estadísticas con las cuales se llega a un valor promedio de UPC para todo el país, y al ajuste de esta mediante los ponderadores por edad, sexo, dispersión geográfica y conurbación. Esta información permite concluir razonablemente y con unas bases fácticas sólidas, que el valor estimado de UPC es suficiente para financiar el POS contributivo. El cálculo de la UPC de igualación de planes de beneficios en el régimen subsidiado se realizó tomando como base la información aportada por las experiencias piloto de Cartagena y Barranquilla, la cual demostró ser suficiente para financiar el POS igualado. Luego se realizaron una serie de comparaciones estadísticas que permitieran sustentar su aplicación al resto del país, como fueron las estructuras de población, las estructuras de gastos de las EPS que operaban allí pero también en el resto del país y la comparación de los costos de los conjuntos de tecnologías entre estas dos ciudades y el resto del país, las cuales arrojaron como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas dos ciudades y el resto del país.

7. ¿El diseño y los incentivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud propenden por la formalización laboral de los empleados del sector de la salud? Del total de empleados en



el Sistema, ¿Cuántos son contratistas temporales vinculados con Cooperativas, Sindicatos y otro tipo de organizaciones de intermediación laboral?

Respuesta: En términos generales, la regulación expedida durante el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha buscado que la vinculación del recurso humano se realice dentro del marco legal vigente y buscando la sostenibilidad del Sistema y sus Instituciones. Para este efecto, normas de carácter general han flexibilizado el mercado laboral para responder a las características de un entorno globalizado, competitivo, con participación privada, y el sector salud no fue ajeno a esa dinámica.

8. ¿Hay libertad de aplicar el criterio Médico por parte de los Médicos que laboran en las EPS?

Respuesta: Las Leyes colombianas garantizan a los médicos la autonomía en el ejercicio de la profesión. No obstante es una autonomía sometida a la autoregulación de la propia profesión, como se puede establecer del Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, en su artículo 104.

Frente a los factores que pueden limitar o constreñir el ejercicio ético y autónomo de la profesión médica, se está trabajando en varios frentes, entre los cuales se destacan i) ajuste de las normas de habilitación, para identificar y modificar aquellos factores que impiden a los profesionales desarrollar toda su capacidad y competencias en el ámbito de los servicios de salud; b) desarrollo del artículo 106 de la Ley 1438 de 2011, relacionado con la prohibición de prebendas y dádivas a los trabajadores del sector salud y la sanción aquellas instituciones que transgredan esta disposición iii) el desarrollo del Sistema de Formación Continua de que trata el artículo 98 de la misma Ley, que permite el acceso de los profesionales a cursos y programas de actualización y capacitación, sin supeditarse a la financiación parte de los proveedores que puedan influir en su criterio autónomo.

9. ¿Qué avance en Atención Primaria en Salud se ha logrado desde la promulgación de la ley 1438 de 2011?

Respuesta: Se avanzado en la construcción de consensos alrededor de enfoque, alcances, conceptos y criterios, los cuales han sido definidos de manera precisa y que se considera un punto de partida fundamental para la exitosa implantación de la estrategia. Al respecto, se anotan las más importantes definiciones, así:

Atención Primaria en Salud: La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia intersectorial que se desarrolla de acuerdo al contexto político, económico y social de cada país, centrada en los individuos, las familias y las comunidades, a quienes hace partícipes de las decisiones relativas al mantenimiento y recuperación de la salud a lo largo de la vida. La estrategia, está orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales, económicos, geográficos, entre otros; lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la afectación de las causas últimas de la situación de salud de los



grupos poblaciones en los territorios que habitan, a través de 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.

En este sentido, está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: *la acción intersectorial/transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.*

Algunas de las definiciones que se lograron sobre la orientación de los lineamientos de política para su implementación, son las siguientes:

- La implementación de la Atención Primaria en Salud fortalece las acciones preventivas y de Promoción de la Salud.
- Tiene un enfoque territorial y poblacional, que se inicia en cada municipio.
- Identifica diferentes tipos de territorios como son poblaciones dispersa, rurales y poblaciones no dispersas.
- Se debe desarrollar de manera progresiva.
- Va más allá del campo de acción del sector salud al afectar sus factores determinantes, lo que la articula a los demás sectores del bienestar.

También, se definieron criterios claves de lo que no es, y por lo tanto, no puede esperarse de la implementación de la Estrategia, entre otros:

- No es atención básica, ni atención extramural, no es solo el primer nivel de atención,
- No es un fondo común para la realización de las acciones de prevención y atención básica.

10. ¿En cuántos municipios se han realizado pruebas piloto para consolidar la operación de la Atención Primaria en Salud? ¿Qué limitaciones han identificado en la estrategia APS?

Respuesta: Se realizó un estudio de sistematización y análisis de trece (13) de las experiencias que se vienen desarrollando en el país, en diferentes municipios y departamentos.

De la revisión de dichas experiencias se puede concluir:

- En las experiencias documentadas falta integrar al régimen contributivo para buscar la universalidad
- No hay claridad conceptual sobre qué es APS. Hay disparidades en conceptos de salud familiar y entre participación social y salud comunitaria, conduciendo así a políticas asistencialistas.
- La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia
- Debido a la multiplicidad de entendimientos de la APS, no hay una estandarización de la información en el plano nacional.
- Se requiere la unificación de instrumentos de diagnósticos y de contar con un sistema de información nacional.



- No existe el desarrollo de los componentes de intersectorialidad / transectorialidad y participación social y comunitaria.
- No se desarrolla articulación entre los actores.
- No se ha desarrollado un sistema de información para apoyar la gestión con enfoque de APS

11. ¿Qué directrices y políticas ha formulado el Ministerio de Salud para instar a las EPS a otorgar autonomía administrativa y financiera en cada Departamento con la finalidad de atender las necesidades de los usuarios del sistema de manera más efectiva y acorde a las realidades regionales?

Respuesta: La operación de cada entidad es responsabilidad de sus directivos. No obstante por las reglas nuevas de habilitación y operación de EPS, estarán en la obligación de ajustar sus procesos de atención en respuesta a las condiciones particulares de cada región y grupo de población, mediante acciones concretas de identificación del riesgo en salud individual y colectivo, la clasificación de su población según categorías de riesgo y el diseño y puesta en marcha de estrategias y programas específicos para su abordaje, en coordinación con las IPS y las autoridades regionales.



**CUESTIONARIO PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PRESENTADO POR EL
DOCTOR HOLGUER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara**

- 1. ¿Hay voluntad política del Gobierno por redefinir el modelo del aseguramiento?**
- 2. ¿Cuál va a ser la posición del Ministerio con respecto a la Ley Estatutaria en Salud que está pidiendo el país como prioridad nacional?**

Respuesta: En concordancia con lo señalado en las preguntas anteriores, se debe conservar el núcleo esencial del actual sistema general de salud, fundamentado en un esquema de aseguramiento social universal, en el cual se combinen el aporte de los ciudadanos de mayores ingresos y se subsidie por parte del Estado a los de menores ingresos y aquellos más vulnerables. No obstante lo anterior, el Gobierno está abierto a analizar y discutir propuesta de ajuste que los distintos actores del sistema presenten.

- 3. ¿Quién va a responder financieramente por las deudas de las EPS en proceso de liquidación y por las denuncias de malos manejos en las EPS intervenidas y en vigilancia especial?**

Respuesta: De acuerdo con la normatividad vigente, en especial en lo establecido en el Decreto Ley 663 de 1996, Ley 510 de 1999 y Decreto 506 de 2005, las EPS en liquidación tienen un marco jurídico que permite pagar a los acreedores las deudas que tenga la entidad. En este sentido, todas las personas que se consideren con derecho a presentar reclamaciones de cualquier índole a las EPS en el proceso liquidación podrán hacerlo, respetando los tiempos dispuestos en la normatividad vigente. Con relación a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, existe jurisprudencia que señala que estos recursos son parafiscales y en este sentido no hacen parte de la masa de liquidación.

En el marco del Decreto 1080 de 2012 el artículo 3 establece que los recursos pueden girarse directamente a los prestadores, sin hacerse distinción entre las EPS que están en proceso de liquidación y las que no.

- 4. Ante la unificación del POS y la amenaza de retiro de varias EPS subsidiadas y la preocupación por la quiebra de los hospitales, ¿Qué decisión va a tomar el Ministerio con respecto a la suficiencia de la UPC?**

Respuesta: La unificación del POS es una medida de equidad y justicia social que estaba en mora de tomarse, la cual se encuentra completamente financiada con recursos fiscales, y que representa el flujo regular de más de 120 mil millones de pesos mensuales, que antes por el contrario van a ayudar a aliviar la situación financiera del sector.



En cuanto a la UPC, esta se calcula con la información que aportan las mismas EPS lo cual permite afirmar hoy que la UPC está ajustada al costo del POS, frente a lo cual el Gobierno Nacional está dispuesto a revisar una vez se allegue nueva información que permita sustentar cualquier modificación necesaria.

De acuerdo a la ley, la UPC debe revisarse periódicamente y esto se ha hecho mínimo una vez al año, en los últimos años.

5. Si la estrategia del modelo de prestación de servicios va a ser atención primaria en salud, que medidas está tomando el Ministerio para implementar la medicina familiar con talento humano especializado y como una política integral?

Respuesta: En la actualidad se viene desarrollando reuniones con la academia, para revisión de los pensum de pregrado, donde se implemente el enfoque familiar. Se revisó la experiencia de la Universidad Militar en pregrado, ya con este enfoque y se vio que una de las grandes dificultades son los sitios de práctica. Así mismo, se adelanta un trabajo exploratorio con la Escuela Andaluza para diseñar una propuesta que permita impulsar el enfoque de salud familiar en las instituciones formadoras de talento humano para el sector salud.

Lo primero que se está realizando, es el análisis del papel del Médico Familiar dentro de la estrategia integral de APS. En principio, se considera que el Médico Familiar contribuye a la implementación de la estrategia desde los ámbitos clínico y de gestión de los servicios, pero es necesario que todos los actores del sistema, especialmente aseguradoras y prestadores de servicios, comprendan bien su rol y se genere una dinámica de donde hay una demanda creciente y progresiva de estos profesionales.

De manera paralela, se están evaluando estrategias para promover la formación de un número mayor de médicos familiares en los próximos años, que integren elemento de formación, con el servicio social obligatorio y extensión universitaria, para lo cual se está analizando las posibilidades de financiar parte de los costos que implicaría esta formación.



**CUESTIONARIO PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PRESENTADO
POR EL DOCTOR CARLOS ANDRÉS AMAYA RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara**

1. Qué planes se han adelantado para implementar Nuevas tecnologías en las Empresas sociales del estado ESE?

Respuesta: El Gobierno Nacional, a partir del desarrollo del Programa de Fortalecimiento Hospitalario, ha determinado que una de las líneas para su ejecución está direccionada al fortalecimiento de la capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, especialmente las que ofrecen servicios básicos de atención en salud o de baja complejidad. Este aspecto incluye además el desarrollo de un programa de equipamiento biomédico, que parta de la necesidad de contar con elementos o insumos que respondan a las actuales condiciones de salud de la población, con la suficiente evidencia científica que respalde la adquisición de estos equipos y que además, cuente con facilidades en mantenimiento y consecución de repuestos.

De igual forma, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 26 de la Ley 1122/07, el Ministerio ha venido incentivando los servicios de Telemedicina para la prevención de enfermedades crónicas y la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de la presentación de los servicios de salud en los municipios de los departamentos de Amazonas, Casanare, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

Igualmente con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicación – MINTIC se han conectado ESEs a internet a través de banda ancha y satelital dentro del programa de COMPARTEL; para finales de 2012 se espera conectar con fibra óptica 184 ESE's en 176 municipios, y para el 2014 se espera tener un total de 784 ESE's para mejorar la oferta de los servicios de salud y la conexión entre entidades

2. Qué estrategias tiene el gobierno nacional para prevenir la alta congestión que se presenta en las ESE de segundo y tercer nivel?

Respuesta: La principal estrategia que tiene el Gobierno Nacional para combatir la congestión que se genera en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas que ofrecen servicios de alta complejidad, está direccionada a la implementación y desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud, ejecutada por medio de las redes integradas de servicios de salud. Con estas estrategias se busca que los usuarios sean atendidos en sus necesidades médicas más cerca a su sitio de residencia, de tal forma que se puedan prevenir eventos que requieran atención de urgencias. Además de lo anterior, y ya específicamente en el ámbito hospitalario, se busca por medio del desarrollo de estándares de calidad, que la atención hospitalaria sea oportuna y a partir de la cual se tomen decisiones que faciliten la atención integral y continua de los pacientes, como la medición de la oportunidad de la atención en urgencias y en consulta externa de medicina general.

3. Las EPS públicas en las regiones tienen algún tipo de independencia, administrativa, financiera y técnico-científica? de no ser así cuáles son las razones?

Respuesta: En el caso de CAPRECOM, existe un modelo de desconcentración y algunas delegaciones en la ordenación de gasto y procesos administrativos, que en la actualidad están siendo revisados.

4. Cuáles han sido los recursos totales destinados para el sector salud en los últimos 5 años, que recursos se han destinado para promoción y prevención en los últimos años?

Respuesta: En el siguiente cuadro se muestra las fuentes de financiación del Sector Salud para los años fiscales 2009, 2010, 2011 y los proyectados para la vigencia 2012 en millones de peso de la vigencia 2012.

| FUENTES SALUD RECURSOS FISCALES Y PARAFISCALES | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|--|
| CIFRAS EN MILLONES DE PESOS DE 2012 | | | | | | |
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | VAR 2009 - 2012 | |
| COTIZACIONES (INCLUYE EXCEDENTES FOSYGA) Y CCF | 14.036.024 | 17.114.088 | 18.217.554 | 18.659.547 | 32,94% | |
| SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES | 5.236.641 | 5.686.308 | 5.843.215 | 5.981.902 | 14,23% | |
| RENTAS CEDIDAS | 1.280.613 | 1.161.086 | 1.201.539 | 1.221.615 | -4,61% | |
| SUBCUENTA ECAT (SOAT) INCLUYE EXCEDENTES | 1.095.732 | 3.432.026 | 2.181.572 | 1.453.728 | 32,67% | |
| REGALIAS | 369.636 | 389.842 | 375.934 | 160.653 | -56,54% | |
| ESFUERZO PROPIO | 465.206 | 173.118 | 508.771 | 507.540 | 9,10% | |
| LEY 1393 | 0 | 212.786 | 1.032.922 | 1.543.708 | 100,00% | |
| APORTES DE LA NACIÓN SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD FOSYGA | 600.880 | 557.980 | 216.334 | 641.156 | 6,70% | |
| TOTAL FUENTES SALUD RECURSOS FISCALES Y PARAFISCALES | 23.084.732 | 28.727.235 | 29.577.840 | 30.169.849 | 30,69% | |

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS

Con relación a los recursos destinados a promoción y prevención, 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 de los recursos fiscales y parafiscales. 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.

5. Este gobierno está interesado en fortalecer mas la salud pública o privada?

Respuesta: Como quedó planteado en las diferentes respuestas del este documento, la prioridad del Gobierno Nacional es mejorar las condiciones de salud de los Colombianos, y en este sentido el fortalecimiento de la Salud Pública y de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se constituyen en un eje fundamental para el modelo de salud del país.

6. Basado en el decreto 4747 de 2007 cuántos han sido los recursos girados anualmente hacia las redes públicas y privadas?, cuántas personas atiende cada una de estas redes?

Respuesta: No es posible contar con la información que nos demuestre el impacto de las medidas generadas a través del Decreto 4747 de 2007, el cual regula las relaciones entre las entidades administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta normatividad está direccionada al mejoramiento de las relaciones entre estos dos importantes actores del Sistema, buscando que por efectos de las dificultades entre los mismos no sea afectada la prestación de los servicios a la comunidad.

7. Qué mecanismos ha adelantado o tiene planeados para evitar que los pacientes puedan acceder a los servicios de salud sin ser necesario acudir a la tutela?

Respuesta: En primer lugar, de conformidad con lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y por la Corte Constitucional en la Sentencia T 760 de 2008, se ha dispuesto la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, para el último grupo población faltante, vale decir, el comprendido entre los 18 y 59 años, lo cual se llevó a cabo mediante la expedición del Acuerdo 032 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud, situación que debe traer como consecuencia, una reducción considerable en el número de acciones de tutela interpuestas por los usuarios en el Régimen Subsidiado, ya que el nuevo Plan de Beneficios para esta población contempla servicios, procedimientos y medicamentos a los que no tenían acceso.

En segundo lugar, el Gobierno Nacional mediante Acuerdo efectuó una actualización del Plan de Beneficios sin precedentes, medida que contribuirá a minimizar las reclamaciones de los usuarios vía tutela.

Igualmente, la citada Ley 1438 de 2011 en su artículo 27, modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 019 de 2012, estableció que aquellos servicios no contemplados en el POS y que requiera el usuario, deberá ser puesto a consideración de los Comités Técnicos Científicos o de las Juntas Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor a siete días, previsión con la que se espera continuar en la labor de facilitar el acceso a servicios no incluidos en el POS, lo cual se asume, redundará en una reducción de las acciones de tutela por parte de los usuarios.



Esta misma ley genera una serie de disposiciones tendientes a garantizar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud de la población, tales como: establecer un término mínimo para otorgar citas de medicina general, ajuste al proceso de autorizaciones y entrega de medicamentos, entre otras.



**CUESTIONARIO PRESENTADO POR LA DOCTORA CONSUELO GONZÁLEZ DE PERDOMO
PREGUNTAS EN SALUD
Representante a la Cámara**

El departamento del Huila para la cofinanciación del Régimen del año 2012 requiere \$30.167.000.000 de los cuales solamente tiene presupuestados \$12.838.000.000 millones (son recursos que por ley les toca colocar a los Departamentos para financiar el régimen subsidiado; rentas cedidas juegos de suerte y azar y Ley 1393 de 2010). Luego tiene un déficit de \$17.329.000.000 que los cubría el Depto. con recursos de regalías.

1. Luego la pregunta es: ¿de dónde va a salir la plata para poder mantener el aseguramiento e la población afiliada al régimen subsidiado?

Respuesta: En el marco de la Ley 715 de 2001, las fuentes que deben concurrir en la financiación del Régimen Subsidiado de Salud corresponden al Sistema General de Participaciones, Esfuerzos propios que se deben mantener en los términos señalados en la Ley y recursos del FOSYGA y de Aportes de la Nación. La unificación del Plan de Beneficios y la Universalización de la Afiliación, se encuentra garantizada con las anteriores fuentes. Dado que la financiación integral se cierra con los aportes de la Nación, el gasto adicional se financiará con los recursos de aportes de la Nación.

2. El Presidente de la república dio a conocer a la población colombiana que a partir del 1 de julio había unificación del POS subsidiado con el contributivo. ¿Con qué recursos se va a financiar esta unificación? Nuevamente van a grabar a los entes territoriales con nuevas imposiciones económicas?

Respuesta: La financiación del régimen subsidiado y en especial la unificación del POS está garantizada por el Gobierno Nacional con recursos contemplados en el marco fiscal de mediano plazo, dentro de lo cual no se contemplan esfuerzos adicionales por parte de las Entidades Territoriales.

3. Las EPS (las empresas promotoras de salud del Régimen subsidiado) cuando llegan a un municipio (firman contratos de aseguramiento para la población pobre y vulnerable) y a su vez deben demostrar una red prestadora de servicios con contratos vigentes. La pregunta es: ¿qué va a hacer el Ministerio de salud y la Protección Social conjunto con la Supersalud para que estas entidades cumplan con lo normado?

Respuesta: El Gobierno Nacional está trabajando en un nuevo decreto de habilitación de EPS y de operación del aseguramiento, que se fundamentan en cuatro pilares fundamentales que buscan que estas instituciones además tener solidez técnica y financiera, cumplan con sus tres funciones esenciales como son la representación del usuario, la organización y manejo de la prestación de servicios, y la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados. El primero son los requisitos de carácter legal que enmarcan a estas instituciones en las normas que rigen el sector e imponen una serie de condiciones y requisitos para su conformación y operación. El segundo se refiere a los



requisitos de carácter administrativo con los cuales se pretende garantizar la existencia de estructuras y procesos administrativos y gerenciales que le den soporte a las obligaciones de estas entidades para con sus afiliados, sus instituciones prestadoras y con autoridades de dirección, vigilancia y control del sistema. El tercero referente a los requisitos de carácter técnico orientados al montaje y operación de su obligación en la organización y manejo de la prestación de servicios y en la gestión del riesgo en salud de sus afiliados. El cuarto y último pilar se refiere al cumplimiento de los requisitos de carácter financiero que pretenden garantizar la existencia de un capital adecuado que permita por un lado los recursos necesarios para la operación normal de la entidad, y del otro la prestación de los servicios, la gestión del riesgo en salud y el cumplimiento de sus obligaciones para con los prestadores de servicios.

4. Por qué el ministerio a sabiendas de las deudas de las aseguradoras (EPS) con la IPS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) públicas del Departamento no ha hecho que estas entidades paguen lo que deben?

Respuesta. Como se ha explicado ampliamente en este documento, el Gobierno ha adoptado distintas medidas tendientes a mejorar el flujo de recursos y avanzar en el saneamiento fiscal de la cartera de los prestadores de servicios de salud.

5. La Supersalud intervino a Saludcoop EPS, ¿qué va a pasar con las deudas que tiene esta entidad con la red pública del Departamento? Cuando se les va pagar? o va pasar lo mismo cuando intervinieron a UNIMEC y las instituciones públicas del Departamento del primer nivel fue a las únicas que no se les pago. Pareciere que se protege al particular al público se le deja a su suerte?

Respuesta: Dentro del proceso de intervención, el Gobierno está adoptando las medidas necesarias para que la EPS Saludcoop pague las deudas que tiene con los prestadores de servicios de salud. Con relación a las demás entidades liquidadas, en el marco de las normas vigentes se deberá a proceder al saneamiento de los pasivos.

6. En cuanto a la Unificación del POS subsidiado con el contributivo, qué medidas va a tomar el Ministerio de la Protección Social, para regular entrada de nuevas tecnologías y medicamentos que hacen más costosa la atención en salud a la población?

Respuesta: 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, y tendrá áreas técnicas en evaluación de tecnologías en salud, participación, comunicación, apoyo a la implementación, financiero y recursos humanos. Es decir, el IETS es una institución estrictamente de carácter técnico que adelantará la validación de la efectividad clínica de tecnologías que aspiran ingresar al país.



7. La normatividad establece que los Comités Técnico científicos los debe conformar las EPS las IPS y Entes Territoriales y establece: que un procedimiento no POS en el Régimen contributivo, se debe someter al COMITÉ y este lo debe autorizar y recobrar al FOSYGA.
8. El Régimen subsidiado, el procedimiento no POS lo somete al Comité, pero recobra al ente territorial. ¿De dónde va a sacar el ente territorial (departamento del Huila) para pagar estos recursos, si les fueron destinados para pagar el aseguramiento?

Respuesta: Los Artículos 2 y 3 de la Resolución 5334 de 2008²³ establecen los lineamientos para la atención de eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POSs, y el mecanismo de autorización de tales eventos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de dicho Régimen.

Por lo tanto, para los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, si la Institución Prestadora de Servicios de Salud no tiene contrato con la Dirección de Salud Departamental, Distrital, o Municipal en municipios certificados en salud, o no cuenta con la habilitación para prestar el servicio solicitado, y no recibe respuesta de dicha Dirección, procede a solicitar la autorización del servicio a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, la cual autorizará el servicio prioritariamente en la institución pública prestadora de servicios de salud que tenga en su red.

El trámite ante el Comité Técnico Científico que debe realizar la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, aplica en los casos de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, en donde se tiene en cuenta la evaluación realizada por el mismo, y en caso de aprobación, se remite el usuario a la red pública prestadora del servicio solicitado.

Las solicitudes de recobro que se presentan en el Régimen Subsidiado por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidas en el POS son atendidas por las entidades territoriales de acuerdo con las competencias otorgadas en la Ley 715 de 2001²⁴ y por excepción ante el FOSYGA cuando así lo ordenen los fallos de tutela.

De manera adicional y con el fin de proveer fuentes de financiación para al saneamiento de cartera de departamentos y distritos por prestación de servicios a población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS subsidiado, el Gobierno Nacional del Presupuesto General de la Nación, del FOSYGA y de excedentes de subsidio familiar, ha asignado recursos alrededor de \$1.4 billones, durante las vigencias 2010, 2011 y 2012, de los cuales a 31 de mayo de 2012, se ha girado el 86%.

²³ Por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud

²⁴ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Recursos asignados por la Nación y tramitados para giro, destinados al saneamiento de cartera de departamentos y distritos por prestación de servicios a población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS subsidiado
Actualizado a 17 de julio de 2012

Valores en millones de \$

| Departamento/ Distrito deudor | | Total | | |
|-------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|--------------|
| Acto Administrativo | Fuente | Asignado | Tramitado para giro | % Ejecución |
| Res. 530 y 2105 2010 | PGN 2010 | 289.737 | 289.731 | 100,0% |
| Res. 5441 2010 | SalDOS R. 530 2010 | 25.263 | 24.905 | 98,6% |
| Res. 3797 2010 | Dec. 127 2010 | 334.409 | 333.154 | 99,6% |
| Res. 5512 2010 | SalDOS R. 3797 2010 | 4.591 | 2.095 | 45,6% |
| Res. 5510 2010 | FAEP 2010 | 50.000 | 47.483 | 95,0% |
| Total 2010 | | 704.000 | 697.368 | 99,1% |
| Res. 2675 2011 | PGN 2011 | 159.178 | 155.329 | 97,6% |
| Res. 002 2011 | Cajas de compensación | 57.376 | 57.336 | 99,9% |
| Res. 036 2011 * | PGN Rec. ESE Nivel 3 | 100.000 | 95.117 | 95,1% |
| Res. 296 2011 * | PGN Rec. ESE Nivel 2 | 72.066 | 48.859 | 67,8% |
| Res. 471 2011 | PGN 2011 | 81.256 | 37.937 | 46,7% |
| Total 2011 | | 469.876 | 394.577 | 84,0% |
| Res. 1059 2012 | Cajas de compensación | 139.418 | 123.965 | 88,9% |
| Res. 1606 2012 | PGN 2012 | 100.000 | 0 | 0,0% |
| Total 2012 | | 239.418 | 123.965 | 51,8% |
| Gran total | | 1.413.294 | 1.215.911 | 86,0% |

* Los recursos fueron asignados a empresas sociales del Estado del departamento o distrito, para el pago de deudas de varios departamentos o distritos
Fuente: Archivos administrativos Dirección de Prestación y Atención Primaria

Con estos recursos, se han pagado deudas correspondientes a servicios facturados, que previamente no han sido canceladas con otros recursos de origen territorial y nacional. El giro de los recursos los realiza directamente el Fosyga, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas y acreedoras de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado o de los departamentos y distritos, una vez las deudas están depuradas, auditadas y conciliadas por dichas entidades territoriales. Cabe precisar que los giros también se realizan a las EPSs sólo cuando éstas certifican que no tienen deudas por ningún concepto con Instituciones Prestadoras de Salud.

Por último, queremos señalar y reiterar nuestra voluntad para trabajar en forma conjunta y coordinada con las diferentes ramas del sector público y de los demás actores del sistema, con el fin de obtener el consenso necesario para que las transformaciones que deben surtirse estén encaminadas a garantizar el derecho efectivo a la salud de los ciudadanos, así como a propiciar un mayor equilibrio entre los que intervienen en su desarrollo.

Cordial Saludo,

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ministra de Salud y Protección Social