



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202310001123471**

Fecha: **11-06-2023**

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes

Congreso de la República de Colombia

secretaria.general@camara.gov.co

CARRERA 7 # 8 - 68

BOGOTÁ D.C.

Código de verificación: 41C8A



Para verificar la autenticidad del documento escanee el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinsalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación.

ASUNTO: Traslado por competencia rad. MSPS. 202342300709242. Propuestas acerca del Proyecto de ley No. 339 de 2023 Cámara.

Respetado doctor reciba un cordial saludo.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha recibido comunicación presentada por el doctor Roberto Díaz González, con radicado No. 202342300709242, relacionada con el proyecto de reforma a la salud, donde remite propuestas y sugerencias sobre la iniciativa.

Es importante señalar que el 8 de noviembre del 2021 el entonces candidato y actual presidente de la República, Gustavo Francisco Petro Urrego, adquirió el compromiso de impulsar el proyecto de Reforma Estructural a la Salud, que tiene origen en la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T 760/2008 y en la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, propuesta que fue recogida en su programa de gobierno “*Colombia: Potencia de Vida*”.

Ahora bien, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 114 de la Constitución Política de Colombia, en el que se dispone que “*Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes...*”, el día 13 de febrero de 2023 el Gobierno nacional radicó ante la Secretaría de la Cámara de Representantes, el Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara “*Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*”, iniciativa que fue aprobada por la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, el día 23 de mayo de 2023 y la cual será discutida en los próximos días en la Plenaria de la Cámara de Representantes.

De acuerdo con las anteriores apreciaciones y en acatamiento del principio de separación de poderes, consideramos que todas aquellas peticiones encaminadas a mejorar el contenido de la iniciativa deben canalizarse a través de la Secretaría de la Cámara toda vez que ya culminó su trámite en la Comisión Séptima.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202310001123471**

Fecha: **11-06-2023**

Por lo tanto, con fundamento en lo previsto en el artículo 21 de la Ley 1755 de 2015, y la Ley 5 de 1992, de manera atenta remito traslado por competencia de la petición para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

KARINA RINCÓN GONZÁLEZ

Asesora para Asuntos Legislativos, Despacho Ministro de Salud y Protección Social

Elaboró: Omar Francisco Sánchez Vivas, Asuntos Legislativos
Anexos: Radicado MSPS 202342300709242 (5 folios)

Copia: roberto.diaz.gonzalez@gmail.com

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/>
y digite el número del radicado y el Código de verificación: 41C8A.

IMPLEMENTACION FINANCIERA SIN INTERMEDIACION A LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD, LES.

El diseño de la LES determina un modelo económico y financiero para su funcionamiento, esto no está escrito explícitamente, pero se puede colegir de la estructura sobre principios y la definición del sistema de salud para materializar el derecho fundamental, definiendo así unos elementos rectores para su implementación, dentro de un marco que se conoce como la institucionalidad donde se equilibra el modelo de prestación del servicio, con los recursos financieros y se relacionan con la normatividad legal.

A. RELACION PUBLICO/PRIVADO

La definición en el artículo 13 de la LES sobre las redes de servicios, y de conformidad con el artículo 48 CPC “prestada por entidades públicas o privadas” determinan el primer criterio fundamental para definir el modelo financiero del sector salud, es de carácter social-demócrata, lo definieron los Alemanes con el principio de “tanto mercado hasta donde sea posible y tanto estado como sea necesario” (1) en economía se denomina de tercera vía, comúnmente se le llama mixto porque no es totalmente público o privado, y no hay que confundirlo con las asociaciones público privadas APP que es una modalidad de contrato que privatiza la administración de una infraestructura pública.

Para la estructura de las redes es fundamental: que las IPS se asocien para contratar, tanto las públicas (EPS-S) como ESE art. 253845.5 decreto 780/16 y las privadas (EPS-C) como corporaciones, y así recibir directamente el pago mensual, ser contratadas por los consejos territoriales de salud (2), contener instituciones de alta media y baja complejidad para ser integrales, estar organizadas por territorios sanitarios, tener una población asignada para coexistir sin competir, armónicamente, con una administración austera que autocontrole el uso independiente de los dineros privados que se recaudan en la medicina prepaga y la seguridad social (parafiscales) con los recursos fiscales (públicos) del presupuesto nacional para subsidiar a los más necesitados, se insiste en esta relación al determinar deberes específicos para la red hospitalaria pública en el artículo 24 de la LES.

B. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El principio J del artículo 6 de la LES es donde se incluye como elemento esencial las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal, según el artículo 334 CPC, son un instrumento para alcanzar progresivamente el objetivo del Estado Social de Derecho, lo que implica iniciar los presupuestos definiendo el límite máximo de gastos del periodo, conocido como el techo fiscal del SGSSS, que para el modelo contributivo es el total del dinero que cotizan cada mes los trabajadores independientes más los dependientes y sus empleadores, menos los pagos de incapacidad general y maternidad, al dividirlo por la cantidad de afiliados, define el gasto país per cápita de los trabajadores formales, este mismo valor es la cantidad a transferir como capitación del modelo subsidiado, para hacer efectiva la igualdad en la prestación del servicio de salud sin que dependa de la capacidad de pago; de tal manera que el órgano de planeación y control, el consejo territorial de salud modificado (2), pueda determinar de manera previa la cantidad de atenciones por ciclo completo a realizar cada mes, por pago global prospectivo, según la disponibilidad presupuestal, con “saldo cero” para conjurar las burbujas financieras, para ser pagadas al fin de ese mes, directamente a las redes de instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud.

C. CAPITAL AUTONOMO

los recursos para financiar la salud no tienen dueño sino un uso determinado por la Ley, de acuerdo con el artículo 25 de la LES, en concordancia con el artículo 48 de CPC, este capital tienen una destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, en el sistema financiero Colombiano existe la figura de Patrimonio Autónomo que para el caso del SGSSS está constituido por el dinero que se entregan a una fiducia (pública), el ADRES, con contabilidad separada, pero no constituye una persona jurídica, no es una entidad pública así sea conformado por aportes públicos, no son secciones del Presupuesto Nacional; Su naturaleza implica la transferencia del derecho de dominio, quedando afectados a un destino específico irreversible (que es determinado por la LES) hasta que se cumpla la finalidad prevista.

D. DESCENTRALIZACION MULTIPLE

La Constitución Política de Colombia de 1991 representa un esfuerzo categórico en la necesidad de descentralizar las instituciones del país en todo el territorio nacional con un diseño integral en lo político, administrativo y fiscal, con varios tipos: por territorios, por servicios, por colaboración, funcional y por estatuto de personal. El orden social que determino la construcción del estado colombiano ha desarrollado de manera paralela varios mecanismos de asignación de recursos, financiación de fuentes y usos, que para el lego en el tema los rotula genéricamente como salud.

1. Político administrativo, (**autoridad sanitaria**) corresponde con el presupuesto para la organización burocrática y administrativa encargada de normatizar, planear y dirigir el sector a nivel del Ministerio con cargo al presupuesto nacional y con los entes territoriales que ejecutan la planeación seccional y las actividades de vigilancia y control con cargo a los presupuestos departamentales, distritales y municipales.
2. Red hospitalaria pública, (**fomento de la salud**) corresponde con el presupuesto de inversión en infraestructura y dotación de equipos en las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, con cargo a los presupuestos de cofinanciación entre los entes territoriales y la nación, en el marco del plan bienal de inversiones públicas en salud, con recursos del Sistema General de Participación, sumado a los cupos indicativos asignados para los congresistas.
3. Red de clínicas particulares, (**inversión privada**) corresponde con los recursos de las fundaciones e instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, que asignan libremente recursos privados en proyectos de infraestructura y equipos de acuerdo con la rentabilidad económica y el retorno de la inversión.
4. Determinantes sociales de la salud, (**atención primaria en salud**) según el artículo 9 de la LES son financiados con recursos diferentes a los destinados para cubrir los servicios de salud, corresponde con presupuestos de funcionamiento e inversión que están a cargo de sectores de la economía diferentes al de salud como: acueductos y alcantarillado, saneamiento y basuras, nutrición y alimentación, higiene y vivienda, la paz y protección de la delincuencia, la educación y el trabajo, las vías y el acceso a los servicios, etc.

5. Vigilancia en Salud Pública (**promoción de la salud colectiva**) corresponde con el plan de atención básico de promoción de la salud, artículo 49 CPC, reglamentado en la resolución 428/96 como un derecho de la población, independiente de la afiliación al SGSSS, con acciones comunitarias, educación en hábitos y modos de vida saludables, salud sexual y reproductiva, vigilancia epidemiológica, entornos favorables, control de enfermedades transmisibles, control de vectores, control del agua potable, control de alimentos y bebidas, control de carnes y leches, participación social en los planes de salud, funcionamiento de los laboratorios de salud pública, financiados con recursos públicos y de carácter obligatorio según competencias municipales, distritales, departamentales y nacionales.
6. Seguridad social en salud (**prevención y atención individual**) corresponde con los presupuestos para la prestación de los servicios de salud, artículo 15 LES, prevenir, paliar, atender la enfermedad y rehabilitar sus secuelas, organizado integralmente por niveles de complejidad alto, medio y bajo, con participación de la comunidad, artículo 49 PCP, y con giro directo del ADRES por unidad de pago por capitación.
7. Redes integrales de servicios de salud por (**territorios sanitarios**) artículo 13 de LES, es el desarrollo de la iniciativa de la OPS adoptada en el 2009, en Iquique, en la cumbre Iberoamericana de ministros de salud, para superar la fragmentación y garantizar la atención integral en concordancia con la sentencia C313/14 de la HCC, estas redes se organizaran con autonomía científica, técnica, administrativa y financiera definida en el artículo 61 Ley 1438/12, y según el decreto 1599/22 es necesario actualizar el elemento operativo de las áreas geográficas para la gestión en salud de acuerdo con la realidad territorial, que es diferente a la división político administrativa, con ámbitos conformados al agrupar los municipios en provincias, sedes de los hospitales regionales de nivel medio y agrupar los departamentos en territorios saludables, sedes de los hospitales universitarios, en concordancia con las normas de ordenamiento territorial definidas en la ley 1454/11 reglamentaria del artículo 321 de CPC, con mecanismos de integración, con objetivos y funciones a cargo del grupo de apoyo territorial del Ministerio del Interior.
8. Mecanismo de unidad nacional, con el fin de corregir las inequidades territoriales, y teniendo en cuenta que, en desarrollo del derecho a participar en la toma de decisiones, art. 12 LES, los Consejos Territoriales de Salud rediseñados (2) en sus funciones y composición, correspondientes con los territorios sanitarios expuestos en el numeral anterior, se encargarían de la planeación, asignación de recursos y auditoria externa de su área de influencia, de forma técnica y rutinaria, la suma de todos ellos que máximo serán una docena, quienes manejan información de primera mano, conformaran el Consejo Nacional de Salud.
Para hacer efectivo el seguimiento la coordinación y enlace intersectorial de los planes y programas relacionados con los elementos de los determinantes sociales y financieros de la salud, cuyos presupuestos son manejados por otras carteras diferentes a la de salud, se necesita un nivel jerárquico en la administración pública que sea superior, orientado en la equidad, función que se puede encargar de manera especial y rutinaria a la Vicepresidencia de la República según disposición del artículo 202 de la CPC.

E. EFICIENCIA FINANCIERA Y SOCIAL

El principio K del artículo 6 de la LES es donde incluye como elemento esencial para garantizar el derecho a la salud de la población la **eficiencia**, como la mejor utilización social y económica de los recursos, en el artículo 21 de la LES la **costo - efectividad** de los procedimientos e insumos, el artículo 24 de la LES establece como deber del Estado el de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional y la extensión de la red pública depende de la **rentabilidad social** no de la económica; para implementar estos conceptos primero se deben definir en el sector salud y así desarrollar instrumentos objetivos de medición, para presentar al momento de la rendición de cuentas, porque lo que no se mide no se administra y lo que no se administra no se controla.

1. **Concepto de rentabilidad social**, se relaciona con el impacto o retorno social que aporta la inversión en un proyecto, SROI, es el método para medir el valor o beneficio extra financiero una vez entre a funcionar un servicio, en salud es la relación de los recursos invertidos y los cambios en el perfil epidemiológico, al corto plazo se calcula como el valor necesario para subsidiar la oferta con el fin de mantener un servicio no rentable pero indispensable, ejemplo el costo de la disponibilidad para la atención de urgencias médicas o por trauma, o el gasto que ahorra una comunidad con determinada inversión, como la organización de las RISS por territorios sanitarios, logrando atención de alta tecnología en la periferia sin tener que trasladarse al centro, la localidad de chapinero en la capital.
2. **Concepto de productividad**, corresponde con el indicador que define cuantos servicios se logran con los mismos recursos utilizados en un plazo determinado, considerando solo la actividad productiva operacional, el costo de producción, es el beneficio antes de los intereses, impuestos, depreciación y amortizaciones EBITDA, sin los gastos fijos de administración, esto permite en salud evaluar con la misma vara las instituciones públicas y privadas independiente del nivel de complejidad.
3. **Concepto de eficiencia**, es el indicador que relaciona la cantidad de recursos necesarios para producir un servicio determinado, es el método para medir el costo unitario de cada actividad o servicio con un trazador, conocido como método ABC de costos variables, esto permite la administración racional de los recursos.
4. **Concepto de eficacia**, es un indicador de calidad, mide la capacidad de hacer las cosas correctas, resolutivas, cuando se logra una meta, de que queda bien, con la menor cantidad de recursos.
5. **Concepto de costo efectividad**, artículo 21 LES, corresponde con la suma de eficacia y eficiencia, o sea bueno y barato, necesario para la evaluación de las prácticas clínicas como el uso de medicamento e insumos, cuyo mercado esta intervenido, obligación i art. 5 LES, en el marco de la asequibilidad económica de los servicios disponibles a cargo del Estado principio c art. 6 LES, para cumplir con la política pública el estado debe supervisar la cadena de comercialización y mantener el equilibrio entre la evidencia científica y el interés de la industria.

F. TARIFAS UNICAS Y OBLIGATORIAS

La historia colombiana sobre tarifas para el sector salud es larga y subjetiva, con el modelo segmentado anterior a la ley 100, cada institución pública y privada tenía su manual tarifario propio y actualizaba los valores periódicamente, con la aparición del SOAT se impone un manual tarifario sencillo con un sistema de puntos definido en salarios mínimos legales vigentes **SMLV** quedando indexados.

El decreto 2423/96 determina la nomenclatura y clasificación de todos los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, este manual de tarifas es de obligatorio cumplimiento para las IPS públicas, para las privadas se limita a los accidentes de tránsito, los siniestros, las catástrofes y la atención inicial de urgencias y se adopta las unidades de valor **UVR**.

El decreto 887/01 aparece para introducir el parágrafo para que las IPS públicas o privadas contraten la prestación de otros servicios de salud (léase atención definitiva de la urgencia, consulta, hospitalización y cirugía programada) los que se pagaran de acuerdo con las “tarifas acordadas”.

La resolución 4678/15 en desarrollo del artículo 19 de la LES, reglamenta la clasificación única de procedimientos en salud **CUPS**, para estandarizar los datos que conforman el sistema integral de información, siendo obligatoria su aplicación y utilización, se define su actualización anual y se incorporan los valores equivalentes al manual SOAT.

El decreto 780/16 en el artículo 2.5.3.8.4.14 introduce como objetivo de las ESE el ofrecer a las EPS servicios y paquetes a tarifas competitivas del mercado.

El SIREPS, El Ministerio de Salud está actualizando el registro de prestaciones en salud RIPS y el manual de régimen tarifario, adopta la metodología **W** para calificar el trabajo médico y mide la complejidad en términos de tiempo, habilidad, estrés y esfuerzo mental, genera la escala RBRVS y con la metodología HSIAO al valor del trabajo suma el de los insumos, más los costos indirectos y los costos de mala práctica para una tarifa final por paquetes.

El modelo William HSIAO (Economista de Harvard) que aplica MEDICARE, es el paraíso del aseguramiento: mancomuna recursos, organiza los siniestros, calcula frecuencia de uso, les pone tope a los costos, promedia gastos de administración, transfiere el riesgo y mitiga la corrupción.

Neiva, marzo 20 de 2023

ROBERTO DIAZ GONZALEZ,

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Ortopedia y Traumatología, Universidad Militar Nueva Granada

Especialista en Administración Financiera, U. Escuela Administración de Negocios

Federación Colombiana de Sindicatos Médicos, FECOLMED

Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos de Ortopedia y Traumatología SINTRAUMA

Asociación Médica Sindical Colombiana seccional Huila, JUNTA MEDICA DEL HUILA.

(1) Plataforma Ideológica del partido liberal colombiano, principio doctrinario # 14

(2) Gobernanza de las RISS por territorios saludables, FECOLMED, diciembre 3 del 2021

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL SECTOR SALUD

OBJETIVO

Rediseñar las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) por territorios sanitarios, que cuenten con los tres niveles de complejidad para garantizar una cobertura global, y así articular los programas de fomento, promoción y atención primaria en salud, con la prevención y atención de la enfermedad, para atender la demanda por áreas geográficas, de conformidad con lo definido en la Ley Estatutaria Salud.

PROPÓSITOS

- *Armonizar los planes y programas territoriales de salud pública, con los territorios sanitarios
- *Conformar la red, Integral, pública, única, por cada territorio, base del sistema sanitario nacional
- *Definir la población asignada a un territorio sanitario, su perfil epidemiológico y sus necesidades
- *Cuantificar el Talento Humano en Salud requerido, tanto de auxiliares como los profesionales
- *Evaluar la infraestructura institucional pública territorial de baja, mediana y alta complejidad
- *Planear la inversión y dotación hospitalaria necesaria para corregir las inequidades territoriales
- *Coordinar la formación en el sector sanitario con la ocupación y las necesidades territoriales

SITUACION ACTUAL

Los Planes Territoriales de Salud Pública están a cargo de las Secretarías de Salud del respectivo ente territorial, en desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública formulado en un proceso a cargo del Ministerio de Salud, el cual es orgánico del Plan Nacional de Desarrollo a cargo del Departamento Nacional de Planeación y estos están organizados de acuerdo con las cinco Regiones Naturales con que cuenta Colombia, distribución relacionada con la calidad de las tierras y los pisos térmicos propia de la actividad agropecuaria, pero no se acomoda a la organización sanitaria necesaria para la promoción, prevención y atención de la salud de los seres humanos en sus territorios de vida, anexo modelo.

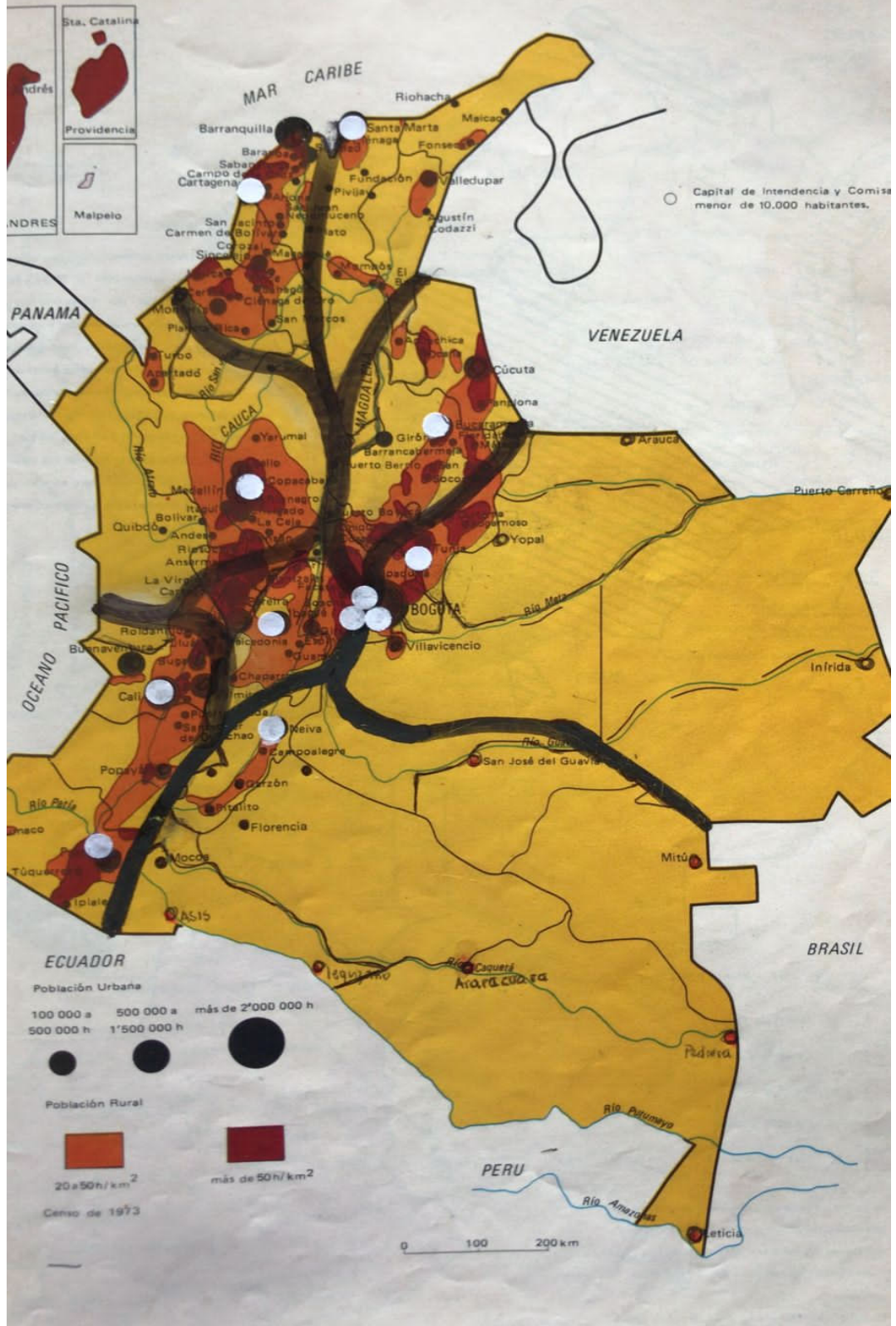
MARCO CONCEPTUAL

Directiva JD49/61 OPS/OMS/2009, XVII Cumbre de Iquique, define los atributos de las RISS.
Ley Ordinaria 1438/11 cap. II, las RISS en un espacio territorial determinado...dispensarán suficiencia técnica administrativa y financiera...serán reglamentadas por el Ministerio de Protección Social.
Ley Estatutaria 1751/15 art. 15, la prestación de servicios de salud estructurados de manera integral.
Ley Ordinaria 1438/11 art. 6, en el plan decenal de salud pública debe confluir las políticas sectoriales
Resolución 1441/16 Reglamenta las redes de prestadores con plan básico y complementario y subredes
Decreto 1599/22 incluye las áreas geográficas en la gestión en salud, agrupa los departamentos y municipios en esquemas asociativos territoriales, y articula el plan decenal de salud pública, PDSP
Ley Orgánica 1454/11 sobre ordenamiento territorial, capítulo II, esquemas asociativos territoriales
Res. Minsalud 1035/22, marco conceptual del PDSP pág. 78 toma propuesta sobre los determinantes sociales salud (OMS, 09) factores de la falta de implementación en el plan territorial PTS.

DEFINICIONES

NIVEL COMUNITARIO, actividad domiciliaria de seguimiento y promoción de salud familiar y colectiva, desarrollado por equipos básicos ubicados en barrios, veredas, resguardos y población dispersa.
NIVEL BAJO, LOCAL, actividad hospitalaria municipal, liderado por médicos de familia para la atención básica y crónicos, con dotación para suturas, partos, estabilización del trauma y tubos de tórax.
NIVEL MEDIO, PROVINCIA, suma de municipios, ubicación cercana, liderado por especialistas generales, con dotación para atender maternas con fractura expuesta y lesión vascular.
NIVEL ALTO, UNIVERSITARIO, suma de departamentos, liderado por especialistas expertos en un componente de su especialidad, con capacidad para implantes articulares, atención integral del cáncer, cirugía del corazón, trasplantes de órganos y tejidos, art.2.5.3.3.1 decreto 780/16.

POBLACION EN EL CAMPO Y LAS CIUDADES



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA RED INTEGRAL PUBLICA

1.SUR	2´148.000	Huila, Caquetá, Putumayo, Vaupés, Amazonas H.U. HERNANDO MONCALEANO P. NEIVA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
2.PACIFICO	3´145.000	Nariño, Cauca H.U. DEPARTAMENTAL, PASTO UNIVERSIDAD DE NARIÑO
3.LLANO	3´252.000	Boyacá, Meta, Casanare, Arauca, Vicha, Gnia, Gare H.U. SAN RAFAEL, TUNJA U. Pedagógica y Tecnológica de Colombia
4.NORTE	3´806.000	Magdalena, Cesar, Guajira H.U. JULIO MENDEZ, SANTA MARTHA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
5.Santander	3´975.000	Santander, Norte de Santander H.U. RAMON GONZALEZ VALENCIA, Bucaramanga UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
6.CAFETERO	3´978.000	Tolima, Caldas, Risaralda, Quindío H.U. FEDERICO LLERAS ACOSTA, IBAGUE UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
7.VALLE	4,589.000	Valle del Cauca H.U. EVARISTO GARCIA, CALI UNIVERSIDAD DEL VALLE
8.PAISA	7´440.000	Antioquia, Choco H.U. SAN VICENTE, MEDELLIN UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
9.CARIBE	7´868.000	Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre, S. Andrés H.U. CARIBE UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
10.CENTRO	11´379.000	Bogotá DC, Cundinamarca H.U. NACIONAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA https://es.statista.com

GOBERNANZA DE LAS RISS POR TERRITORIOS SALUDABLES

OBJETIVO

Concretar una “forma de gobierno en el sector de la salud, basado en el equilibrio entre el estado, la sociedad civil y el mercado, para lograr un desarrollo económico, social e institucional estable”, organizada de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad para generar un sistema de salud con autonomía científica, técnica, administrativa y financiera.

MARCO CONCEPTUAL

Los Consejos Territoriales de Salud (CTS) los creó la ley 100/93 para asesorar a las direcciones territoriales de salud, fueron asignados por ley 1438/11 para conformar y articular las RISS de acuerdo con el art.49 CP, el Dto.780/16 y res. 1441/16 les asigna responsabilidades que están vigentes, concepto 202042300051692 del Minsalud, pero desactualizados, inoperantes y huérfanos, se necesita resolución para articular su conformación y funcionamiento, atendiendo el atributo 7 de gobernanza de las RISS definido por la Directiva JD49/61 OPS/OMS/2009.

ORGANIZACIÓN

Conformar los consejos territoriales de salud, único por cada territorio sanitario integral, contaría con funcionarios dedicados y preparados, nueve miembros, de manera tripartita, 3 de la autoridad sanitaria, 3 del talento humano y 3 de la comunidad, articulando el nivel nacional, departamental, distrital y municipal así:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado territorial
2. presidente de la Academia Nacional de Medicina o su delegado territorial
3. Defensor del usuario de la salud o su delegado territorial
4. Delegado de los secretarios de salud departamental del territorio
5. Delegado de los colegios médicos departamentales del territorio
6. Delegado de las diferentes ligas de pacientes del territorio
7. Delegado de los secretarios de salud municipal del territorio
8. Delegado de los diferentes colegios de profesionales de la salud del territorio
9. Delegado de los comités de participación comunitaria municipal del territorio

FUNCIONES

Elaborar el plan territorial de salud (PTS) y participar del plan de desarrollo territorial (PDT)
El plan gestión integral del riesgo en salud (GIRS) y política atención integral en salud (PAIS)
Articular las IPS públicas y privadas, la RISS, con las entidades transectoriales territoriales
Definir los objetivos y las metas en términos del plan de acción en salud pública (PAS)
Evaluar mensualmente el desarrollo de los planes y programas de salud del territorio
Elaborar el presupuesto de financiamiento en salud de acuerdo con los techos fiscales (PFTS)
Asignar los recursos mensuales por niveles de atención y prevención a la red pública y privada
Verificar semanalmente la utilización eficiente de los recursos contratados
Desarrollar instrumentos de evaluación de productividad social y financiera
Calificar la suficiencia institucional de las IPS pública y privada para atender la población asignada
Atender las solicitudes de las RISS y las peticiones de las veedurías de las IPS del territorio
Elaborar el plan bienal de inversión para fortalecimiento de la red pública (PBSP)
Alinear la cooperación internacional en lo económico, académico y científico.

DIRECCION DE LA RISS PUBLICA POR TERRITORIOS SANITARIOS

PERSONA JURIDICA

la RISS publica de cada territorio sanitario necesariamente se debe constituir en persona jurídica, es la columna estructural del sistema de salud descentralizado por territorios, conformada por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, agrupadas con los tres niveles de complejidad y así poder desarrollar el concepto de apoyo inter-sectorial científico, administrativo, asistencial y financiero para cada nivel, además incentivar la prevención multinivel, para que los ahorros de un nivel permitan mayor gasto en el otro nivel y para recibir directamente los recursos del subsidiado por giro directo del fondo nacional ADRES.

MARCO NORMATIVO

Opción 1. Conformar EPS públicas del orden territorial EPS'S, cuyos propietarios sean las IPS públicas del respectivo territorio, integrando a las EPS indígenas, en atención a normas generales art. 2.5.2.3.1 del decreto 780/16, conformando el capital primario con el patrimonio fiscal.

Opción 2. Conformar ESE del orden territorial, como mecanismo de asociación de las ESE con los tres niveles de complejidad del respectivo territorio, art. 19 decreto 1876/94

Opción 3. Conformar RISS del orden territorial, como mecanismo de integración funcional para la contratación y prestación territorial del servicio de salud de las IPS públicas, decreto 4747/07

Opción 4. Conformar un instituto público de salud, como establecimiento descentralizado de nivel territorial, pero el art.70 ley 489/98 no permite contratar con las redes integradas o vinculadas.

JUNTA DIRECTIVA

Sin que sea determinante el tipo de sociedad lo fundamental es la representatividad de la persona jurídica, de nada sirve cambiar de nombre si la propiedad continúa siendo de un intermediario y no del sector real de la economía quien soporta el riesgo financiero, asistencial y administrativo en consecuencia, se conformaría por siete funcionarios directivos del orden territorial así:

1. Representante territorial del Presidente de la Republica
2. Director del hospital universitario público de referencia territorial
3. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad pública territorial
4. Delegado uno de los hospitales de provincia o media complejidad
5. Delegado dos de los hospitales de provincia o media complejidad
6. Delegado uno de los hospitales locales o municipales
7. Delegado dos de los hospitales locales o municipales

FUNCIONES

Ejecutar los planes proyectos y programas de atención integral en salud del territorio, art.8 LES

Desarrollar mecanismos de autocontrol, rendición de cuentas mensuales y calidad total.

Recibir los recursos del ADRES y repartirlos mensualmente entre las IPS públicas de la red.

Informar al ADRES y al CTS en que fueron utilizados los recursos recibidos el mes anterior

Ajustar los desfases del presupuesto y solicitar su arreglo a los CTS según techos fiscales

Auditar la contratación de servicios y la forma de pago en la red territorial

Atender las exigencias de prevención, inspección, vigilancia y control de la Supersalud

Atender las exigencias de prevención, inspección, vigilancia y control del Min trabajo

Proponer el plan de inversiones en infraestructura institucional publica territorial

Conciliar la población y los servicios a cargo del sector privado en su jurisdicción

Atender las disposiciones de gobierno de las EPS'S, art. 2.5.2.3.4.1 decreto 780/16

CONTRATACION TERRITORIAL Y FORMAS DE PAGO

MARCO CONCEPTUAL

Aplicando el ciclo de Deming **1. La rectoría** en la contratación del sector salud la tiene el ministro, **2. La planificación**, asignación de recursos y evaluación de manera vinculante estaría a cargo de los Consejos Territoriales de Salud, **3. La ejecución** del gasto en burocracia, inversión y promoción de la salud colectiva responde el gobierno nacional cofinanciado con los entes territoriales, el gasto en prevención y atención de enfermedad está a cargo de las RISS, **4. El control** y vigilancia son funciones de la superintendencia y la función de caja le corresponde al ADRES.

Para optimizar el uso de los recursos con el criterio “tanto estado como sea necesario y tanto mercado hasta donde sea posible” la asignación fragmentada de “silos poblacionales” se supera por la asignación estratificada de “silos territoriales” (R.A. Castaño)

FUENTES PARA EL FOMENTO Y PROMOCION DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

1. La administración pública, el presupuesto para gasto de funcionamiento e inversión del aparato burocrático público nacional, departamental, municipal, distrital encargado de la IVC, la demografía, la epidemiología esta cubierto por los presupuestos territoriales.
2. El fomento de la salud, el presupuesto de inversión en infraestructura y dotación de equipos de las IPS públicas está a cargo de los recursos del SGP, Sistema General de Participaciones para corregir las inequidades territoriales en las IPS del sector público.
3. La promoción de la salud, el presupuesto de funcionamiento del plan de atención primaria en salud en barrios, veredas, resguardos y poblaciones dispersas le corresponde con los recursos de funcionamiento de la autoridad sanitaria de cada ente territorial.
4. Las acciones positivas sobre los determinantes sociales de la salud serán financiadas con recursos diferentes a los destinados para la prevención y atención de la enfermedad.

FUENTES PARA LA PREVENCION Y ATENCION DE LA ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS

5. La prevención específica, es una inversión integrada a cada nivel de atención.
6. Los recaudos de las cotizaciones, al restar el pago mensual de las incapacidades queda el gasto país de la atención en salud de los trabajadores formales, valor total que se debe girar del ADRES a la RISS privada con contrato por Pago Global Prospectivo 2.0 de ciclo completo a todo costo y todo riesgo, para prevenir, paliar o curar la enfermedad. Art.8 LES
7. Las transferencias del subsidiado en salud, para los informales y desempleados debe ser calculado por capitación con los mismos promedios del contributivo y el ADRES los debe girar cada mes a la RISS publica con la misma modalidad de PGP 2.0 (R.A. Castaño)
8. Los gastos del régimen exceptuado y especial son un agregado del gasto laboral de las respectivas instituciones, deben cumplir los mismos criterios de gobernanza territorial de las RISS, pero estos recursos no ingresan al ADRES.
9. Los aportes de los particulares con capacidad de pago que están en capacidad de cumplir con la obligación de cubrir el pago de su atención en salud se contratan a través de aseguradoras de salud prepagada, donde incluyen la cotización a la seguridad social, también se cumplen los criterios de gobernanza de las RISS y tampoco ingresan al ADRES.

Neiva, diciembre 3 del 2020

ROBERTO DIAZ GONZALEZ, FECOLMED, Federación Colombiana de Sindicatos Médicos.

ASMEDAS HUILA, SINTRAUMA Asociación Gremial y Sindical de Ortopedistas y Traumatólogos

MODIFICACIONES AL ACCIONAR DE LAS EPS'S (art.178 ley 100)

MARCO CONCEPTUAL

*Para la asignación de recursos en salud, fallo el modelo de facturación de la IPS y glosas de las EPS por que privilegia el alto costo en detrimento del nivel primario, la prevención y los territorios.

*El control del gasto y la auditoría externa de las EPS sobre las IPS fallo, porque después de la prestación del servicio de acuerdo con las necesidades del paciente no se reconocen los costos.

*El supuesto aseguramiento financiero de las EPS para proteger al sector real de la economía, las IPS, fallo por que el sector intermediario tiene limitada la capacidad de pago y está en quiebra el sistema.

*El modelo de afiliación universal a las EPS se cumple, pero el acceso al servicio tiene barreras, esta fragmentado, es inequitativo y no funciona en lo rural, poblaciones dispersas y regiones de frontera.

*La iniciativa de expertos de la OPS/OMS desde hace más de una década es el armonizar las redes de manera integral, la ley estatutaria de conformar redes públicas y privada y el mandato constitucional de organizarlas de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria.

FUNCION 1. CAPTACION DE LOS APORTES DE LOS AFILIADOS AL SGSSS

CAMBIO: tener un fondo recaudador único nacional ADRES (ya)

FUNCION 2. AFILIACION DE GRUPOS POBLACIONALES NO CUBIERTOS POR SGSSS

CAMBIO: tener la base de datos única de afiliados al sistema de salud BDU (ya)

FUNCION 3. ORGANIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

CAMBIO: implementar un modelo territorial integrado de prestadores de servicios RISS (ajustar)

FUNCION 4. GARANTIZAR EL ACCESO, ESTABLECIENDO CONVENIOS O CONTRATOS

CAMBIO: red integral única publica territorial EPS'S con varias redes privadas vinculadas EPS'C

FUNCION 5. REMITIR LA INFORMACION RELATIVA A LOS RECAUDOS Y DESEMBOLSOS

CAMBIO: estandarizar la estructura única de costos hospitalarios, público y privado (pendiente)

FUNCION 6. CONTROLAR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS IPS

CAMBIO: darle personería jurídica a las RISS (ver opciones) como gestor y auditor interno (nuevo)

FUNCION 7. LO QUE DETERMINE EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CAMBIO: reactivar los Consejos Territoriales de Salud (planeación y auditor externo)

ACCIONES: RACIONALIZAR LA DEMANDA DE SERVICIOS Y CONTROL DE COSTOS (art.179 ley100)

CAMBIO: implementar la prevención y atención integral, por asociación de IPS en RISS territoriales, armonizar la pública con las privadas, competir con calidad y no por costos, asignar los recursos por presupuestos mensuales prospectivos con saldo cero, PGP modelo 2.0, atender los techos fiscales y la sostenibilidad financiera, realizar pagos por giro directo a la red de prestadores al fin de mes.

Neiva, diciembre 8 del 2022

ROBERTO DIAZ GONZALEZ, Ortopedista y Traumatólogo, especialista en Administración Financiera
ASMEDAS seccional HUILA, **FECOLMED** federación colombiana de sindicatos médicos
SINTRAUMA, Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos Ortopedistas y Traumatólogos Colombiana