



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 848

Bogotá, D. C., miércoles, 12 de julio de 2023

EDICIÓN DE 19 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### CARTAS DE COMENTARIOS

#### CARTA DE COMENTARIOS DE LA CORPORACIÓN COLOMBIANA DE SECRETARIOS DE SALUD MUNICIPALES ACERCA DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADOS CON PROYECTO DE LEY NÚMEROS 340, 341 Y 344 DE 2023 CÁMARA

*por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones, aprobado en primer debate en la Cámara de Representante.*

Bogotá DC, junio 9 de 2023

**Dr.**

**Guillermo Alfonso Jaramillo**

Ministro

**Luis Alberto Martínez**

Viceministro de Protección Social

**Jaime Hernan Urrego**

Viceministro Salud Publica y Prestación de Servicios de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social.

**Felix Martinez**

Director

Administradora de Recursos de Salud

Asunto: **La visión de las Secretarías de Salud municipales acerca del Proyecto de ley 339 del 2023, "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", aprobado en primer debate en la Cámara de Representante.**

Cordial saludo,

Como Secretarios de Salud municipales (Garantes del derecho a la salud de nuestros habitantes, según el ordenamiento jurídico vigente), expresamos algunos puntos esenciales que consideramos se deben tener presentes en la discusión de la reforma que nos ocupa. Los cuales expondremos en forma sucinta, para pedir que se discuta a fondo, se ajuste, se modifique u otro, y se resuelvan en favor de todos los habitantes de nuestro país.

**Antecedentes generales.**

Desde 1993 se ha insistido que el mercado regularía los servicios de salud, para garantizar el derecho a la salud. Con este objetivo el estado pasó de invertir en el sistema de salud, del 2% del PIB en esa época, al 7 u 8% del PIB actualmente; logrando una cobertura en la afiliación de aprox. 97% (53% Régimen Subsidiado), bajo gasto de bolsillo y gran número de atenciones.

Sin embargo, el ordenamiento legal nos desvió del objetivo del sistema, la garantía constitucional del derecho a la salud, hacia un complejo mercado de compra y venta de servicios e insumos de salud, mediado en facturación, glosa y un tortuoso flujo de los recursos, como estrategia de contención del costo, y desarrollar negocios rentables. Para regular esto, el gobierno nacional se distrajo en la elaboración de cientos de normas, que en muchas ocasiones fueron en contra del objetivo inicial, la salud de los colombianos.

De la misma forma, se fue desmontando e ignorando el estado local que constitucionalmente son los garantes del derecho a la salud. Aumentaron las barreras de

acceso a los servicios, como también la concentración de los mismos en las ciudades y zonas de alto desarrollo económico, en comparación con los barrios vulnerables, y un importante número de municipios menores de 25.000 habitantes, que se ven afectados por la disminución o ausencia de servicios de salud.

**Expectativa: que se cumpla la "Promesa de valor del Sistema de Salud":**

1. Que todos los habitantes del país tengan "Beneficios de políticas y acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" ... "El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas". (Art 2, Ley 1751 de 2015) cerca de donde viven o trabajan, con equidad y sin barreras. Resultados en **Accesibilidad**.

"Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información" (Literal c, Art 6, Ley 1751 de 2015).

2. Que, en el momento de la enfermedad, el sistema de salud nos cuide y proteja, así, que ningún habitante del país sea instrumento de negocio, o producción de una factura de mayor valor. Resultado **Salud**.

**PROPUESTAS DE AJUSTES DEL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 aprobado en primer debate en Comisión VII de Cámara de Representantes.**

Observaciones Generales.

**1. GOBERNANZA**

Constitucionalmente el estado local municipal es el garante de la salud, y del acceso a los servicios, por ello nuestra visión es integral y va más allá de la organización de la prestación de servicios de salud, y se integra en cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, que corresponde a compromisos firmados por el país en la OMS.

**Por lo anterior llamamos la atención al Ministerio de Salud y PS y al legislativo, el desconocimiento del PL 339 aprobado, de las funciones y responsabilidades que la constitución y la ley le asigna en salud a los municipios colombianos, y se solo se centra en la prestación integral de servicios de salud. Sin tener presente la autoridad sanitaria, incluidas las funciones Esenciales de salud Pública, que los municipios deben garantizar.**

En consecuencia, apropiarse para la prestación de servicios los recursos destinados a la salud pública territorial (SGP Salud Pública, Explotación de Juegos de suerte y azar).

Por ello pedimos modificar los artículos relativos a los mencionado.

Justificación:

**SALUD PÚBLICA Y AUTORIDAD SANITARIA**

Recuperar el estado como garantía de gobernanza y derechos, con capacidad de cumplir sus funciones Esenciales de Salud Pública, con énfasis en 794 municipios, con menos de 25.000 habitantes.

La ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social, y la Ley 60 de 1993 Ley de Competencias y Recursos, reformada por la ley 715 de 2001, fueron aprobadas el mismo año, sin embargo, no existió una conciliación entre las mismas, a pesar de que en lo territorial confluyen; desde ese año, tenemos problemas en su desarrollo, por ello se propone que esta reforma busque conciliar la nueva ley con la ley 715 de 2001, logrando su armonización.

Cómo son nuestros municipios:

Ilustración 1: Relación de Municipios, habitantes y extensión Territorial

Distribución de municipios colombianos según número de habitantes y área de sus territorios - 2017						
Habitantes	Cantidad de Mpios	# Hbtes.	Área Km²	% Hbtes	% Área	Hb/Km2
> 100.000	64	30'097.512	68.485	61	5	439
DE 50.000 – 100.000	66	4'491.869	85.669	9	7	52
De 25.000 – 50.000	178	6'080.166	260.716	12	21	23
De 15.000 – 25.000	207	3'966.081	276.155	8	22	14
De 5.000 – 15.000	423	3'944.288	200.346	8	16	20
< 5.000	164	592.230	199.278	1	16	3
<b>Total Municipios</b>	<b>1.102</b>	<b>49'172.146</b>	<b>1'090.649</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>45</b>
Corregimientos	20	57.223	171.771	0	14	0,3
<b>Total País</b>	<b>1.122</b>	<b>49'229.375</b>	<b>1.262.420</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Elaboración del autor, con cifras de DNP

**2. Gobernanza territorial y fortalecimiento de la autoridad sanitaria; Funciones Esenciales de Salud Pública - Ley 715 de 2001**

**2.1 Monitoreo** y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;

- a. Vigilancia epidemiológica, Central de inteligencia en salud.
- b. Análisis de situación de salud
- c. Agua potable.
- d. Nutrición
- e. Violencia intrafamiliar
- f. Salud mental

- hh. Monitoreo a violencia intrafamiliar.
- ii. Monitoreo de la desnutrición y obesidad.
- jj. Promoción de la necesidad de mejoramiento de vivienda y traslado de vivienda en estado de riesgo.
- kk. promoción de la actividad física

2.10 Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

- ll. Trabajo intersectorial.
- mm. Monitoreo de calidad del agua, promoción de acceso a agua potable.
- nn. Monitoreo y mejoramiento de disposición de basuras.
- oo. Desarrollo del PIC.

Este largo listado, en el cual con seguridad quedan muchas otras funciones sin escribir, es lo que nuestros municipios como ente rector y autoridad sanitaria local deben desarrollar, y eso es lo que genera la gobernabilidad territorial.

Por ello, se propone que los recursos de salud pública del SGP, que corresponden al 10% de los recursos de salud, se protejan y sean destinados a las Funciones Esenciales de Salud Pública definidas por la OMS/OPS y aceptadas por Colombia, y que deben desarrollar los municipios, y que hoy por la escasez de recursos, es débil y en muchos municipios inexistente. Ya que la mayoría de estos recursos se destinan al Plan de Intervenciones Colectivas.

Sin embargo, para la atención individual y que debería incluir la colectiva, se financia con los recursos de la UPC, en los cual se destinan aproximadamente 70 billones comparado con los 612 mil millones de salud pública asignados a los municipios, como se ve en el cálculo per cápita de las diferentes categorías por habitante de los municipios.

**Per Cápita asignación salud pública en el SGP, ley 715 de 2001:** Mpios con < de 15.000 htes. \$22.172; Menor 30.000 htes es \$15.416; Menor de 50.000 htes \$13.424; Menor de 100.000 htes \$11.998, en contraria la UPC de promoción y prevención del Régimen contributivo es de \$ 28.016.

DISTRIBUCION SGP SALUD PUBLICA 2022				
Mpios categorizados por número de htes				
Numero Htes	# Mpios	Total Htes	Asignación SP 2022	Asignacion Promedio
Menor 5.000	171	571.176	22.338.559.009	130.634.848
Menor de 15.000	423	3.955.209	87.695.963.347	207.319.062
Menor 30.000	248	5.322.262	82.049.640.559	330.845.325
Menor 50.000	118	4.431.715	59.491.819.680	504.167.963
Menor 100.000	67	4.478.739	53.736.173.277	802.032.437
Mayo a 100.000	72	32.297.571	305.800.509.915	4.247.229.304
<b>Total general</b>	<b>1.104</b>	<b>51.056.672</b>	<b>612.279.386.925</b>	<b>554.600.894</b>

Así:

g. Embarazos adolescentes

2.2 La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.

- h. Plan de emergencias y gestión de riesgo
- i. Atención de emergencias y desastres
- j. IVC en establecimiento de interés en Salud Pública.

2.3 Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;

- k. Investigación de casos de interés en salud pública – estudios de campo.
- l. Mantenimiento y análisis de la situación de salud - ASIS.

2.3 Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;

2.4 Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;

- m. Comités de participación social.
- n. Ligas de usuarios
- o. Juntas de Acción Comunal
- p. Otros

2.5 Desarrollo de recursos humanos para la salud;

- q. Promotores de salud comunitario
- r. Vigías de la salud escolar
- s. Madres Comunitarias
- t. Maestros

2.6 Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;

- u. Garantía de entrega de medicamentos.
- v. Entrega cercana de medicamentos.
- w. Uso de genéricos
- x. Acceso a Métodos de planificación Familiar

2.7 Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;

- y. Acceso a la seguridad social.
- z. Formalización laboral.
- aa. Aportes a la financiación de personas con capacidad o relación laboral.

2.8 Vigilar y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;

- bb. Operación de redes con acceso local
- cc. Identificación y seguimiento de atención a patologías de interés. Cáncer, Diabetes, patologías de alto costo.
- dd. Seguimiento a tamizaje y diagnóstico oportuno.
- ee. Acceso a servicios de derechos, Aborto.
- ff. Coberturas de vacunación, y garantía de estas como un derecho y bien social.

2.9 Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y

- gg. Accidentabilidad vial.

**Que los recursos de Salud Pública asignados por ley 715 de 2001, a los municipios se asignen para el desarrollo de la salud pública - y sus Funciones Esenciales de Salud Pública FESP, como autoridad sanitaria territorial, logrando el desarrollo del estado local, y que el PIC, se financie con los recursos de la UPC asignado a los gestores de salud, aseguradores u otros.**

Propuesta

**a. Modificativa: Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.**

La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones de salud destinados a financiar la prestación de servicios de salud, y actualmente destinados al régimen subsidiado que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

**b. Adictiva numeral 7 y 9, Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.**

7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud, y actualmente destinados al régimen subsidiado que pertenecen a las entidades territoriales.

9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

2. La norma aprobada por error, omite nombrar en varios artículos a los municipios, por ellos se propone, que al referirse a los territorios además de nombrar loa Departamentos, Distritos... se adicione **y Municipios.**

Esto debe tener mayor énfasis en la conformación de redes, y relación con los CAPS, donde los municipios deben tener espacio legal para verificar que esas redes y servicios garanticen el acceso de sus comunidades, y luego sean los municipios quienes pueden ejercer la garantía de acceso con calidad, oportunidad y cercanía a los servicios de salud. Igual ocurre con el Consejo asesor de planeación y evaluación de la RIISS.

Entre ellos los siguientes artículos:



<p><b>Adictiva: Artículo 14.</b> Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en los territorios para la gestión en salud. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales, Distritales y <b>Municipales</b> que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>c. <b>Modificativa, Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS.</b> Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de las Gestoras de Salud y Vida, los CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil, <b>mínimo tres delegados de los municipios del Departamento o un delegado por cada 20 municipios o fracción</b> y las organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d. <b>Modificativa, Artículo 33. Párrafo 3.</b> El Consejo Departamental, Distrital y <b>municipal</b> de Salud deberá recomendar la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas.</p> <p>e. <b>Modificativa, numeral 2, Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.</b></p> <p>2. En coordinación con las direcciones Departamentales, Distritales y <b>Municipales</b> de Salud, la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>3. <b>Observación: Artículo 9. Párrafo 4,</b> Preocupa que estas funciones que se asignan a los CAPS públicos, mixtos y privados, pareciera que suplantán las funciones y responsabilidades del estado local y sus secretarías de salud, pedimos que estas funciones se acoten y se coordinen con la autoridad sanitaria, que deben ejercer las alcaldías municipales.</p> <p>Pedimos que se revise en general las funciones de los CAPS en el territorio, consideramos que la redacción se extralimita a su función en salud, y suplanta a los municipios. Los CAPS, participan en el territorio, y son un instrumento de</p>	<p>gobernanza, por ello deben estar inmersos en los municipios, pero no son la autoridad sanitaria representada en las alcaldías municipales.</p> <p>4. Revisar y armonizar la norma en lo referido al tránsito de los ciudadanos a través de los servicios de salud, considerando que estas funciones pareciera que se traslapan entre la <b>Coordinación regional de las Redes, CAPS, CRUE y Gestoras de salud y vida.</b></p> <p>5. <b>Adictiva: Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.</b></p> <p><b>Numeral nuevo 1:</b> Seguridad Vial  <b>Numeral Nuevo 2:</b> Espacios para la recreación y deporte.  <b>Numeral Nuevo 3:</b> Promoción de índice de masa corporal saludable.</p> <p>6. <b>Modificativa, párrafo 1, Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.</b> El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad poli funcional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados <b>preferencialmente por oferta, y por otros mecanismos a medida que su capacidad de atención se perfecciona.</b></p> <p><b>Modificativa Párrafo 4:</b> Los CAPS <del>desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, recibirán población adscripta</del> la cual podrán solicitar por sitio de residencia, trabajo o estudio, a otro CAPS; además administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, participar en vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y dar cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p><b>Adictiva al párrafo 5, artículo 9. Los CAPS tendrá la máxima tecnología disponible. (incluidas "...las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas...". Progresividad del derecho- Literal g, Art 6, y Art 24 Ley 1751 de 2015), en especial de diagnósticos y tratamiento, para una atención oportuna o remisión acertada a la mediana o alta complejidad de su red, y no se le podrá poner barreras para desarrollar nuevos servicios, solo se le podrá limitar si ese nuevo servicio ya está ofertado en el territorio en forma suficiente, o requiere inversiones que no son sostenibles en recurso humano, o tecnológicamente por la demanda existente de este. De estas limitaciones se excluyen los servicios que, por su disponibilidad, pueden definir la oportunidad de vida y muerte de los usuarios, o acceso continuado a los servicios. Ejemplo: Infarto Agudo de Miocardio, Pérdida masiva de sangre</b></p>
<p><b>que puede generar muerte de la paciente (Sangrado Pos- Parto), Acceso a quimioterapia, cuidados paliativos etc.</b></p> <p>7. <b>Modificativa del Párrafo Artículo 17.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, como los <del>trastornos Neurosensoriales del espectro autista</del>, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y la respuesta terapéutica adecuada, sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.</p> <p><b>Explicación:</b> Este pequeño cambio de palabras garantiza la inclusión de políticas y desarrollo de acciones con los niños que sufren de trastornos neurosensoriales, este tipo de trastornos, que incluye los del espectro autista, pero incluye cientos de casos (1 de cada 4 niños) que, si se intervienen oportunamente, cambian el pronóstico de vida. Efecto Mateo.</p> <p>8. <b>Adictiva, Párrafo nuevo, Artículo 18. Sistema de referencia y contra referencia</b></p> <p><b>parágrafo 1 nuevo - Artículo 18. Los centros reguladores de urgencias de los departamentos y distritos tendrán un equipo especialista con disponibilidad presencial o virtual, que tendrá entre sus funciones:</b></p> <p><b>a. Numeral 1 nuevo, párrafo nuevo Art 18. Con financiación nacional desde el ADRES, se Garantiza:</b></p> <p>i. <b>El acceso de apoyo en especialidades básicas:</b> Garantizar al personal sanitario de los equipos de APS, CAPS y otros centros de atención, una línea de <b>orientación clínica administrativa</b> en la especialidad que el <b>ministerio de salud defina</b> (Pediatria, Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Ortopedia etc.), <b>disponible 24 x 7, de acuerdo con el perfil epidemiológico de los departamentos o distrito, este servicio lo definirá el ministerio de salud y PS, el cual podrá ser nacional y/o por regiones, de acuerdo con la demanda y necesidad, del país.</b></p> <p>ii. <b>Garantizar segundo concepto:</b> Ser instancia de <b>segundo concepto u orientación</b>, cuando la comunidad lo solicite, ante dilemas familiares de intervenciones en salud.</p> <p><b>b. Numeral 2 nuevo, párrafo 1 Art 18. El estado, garante primigenio de la vida:</b> Los equipos del CRUE en forma prevalente, cuando el responsable de la gestión de la salud de un usuario, demore más del tiempo predefinido <b>decisiones de atención o traslado de pacientes, que por sus condiciones clínicas y de salud ponen en riesgo su vida, tomarán la decisión y ordenará su atención y traslado, mediante orden administrativa, la cual los prestadores tendrá que atender con prioridad, sin excusas económicas o</b></p>	<p><del>contractuales; las cuentas generadas por estas decisiones serán</del> responsabilidad de quien omitió tomar la decisión oportunamente.</p> <p>9. <b>Adictiva, párrafo nuevo, Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo o/ Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud</b></p> <p><b>Parágrafo Nuevo:</b> El instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, creara una dirección en su estructura administrativa, dedicada la investigación y evaluación de tecnologías, modelos y procedimientos, dirigidas a la atención primaria en salud y los CAPS.</p> <p>10. <b>Modificativa: Párrafo 3 artículo 20.</b> Se <del>procurará la entrega</del> de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar múltiples desplazamientos para los mismos. Cuando la entrega de medicamentos se efectuó por partes, serán el prestador, el proveedor farmacéutico y el CAPS quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso se pondrá la carga administrativa al paciente.</p> <p>11. <b>Adictiva: Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE</b></p> <p><b>Numeral Nuevo:</b> Cuando la ISE tiene sedes en más de 1 municipio, su presupuesto tendrá un capítulo por cada municipio donde opera, garantizando así, el control y los servicios en cada uno, y evitando la hipertrofia en la sede administrativa.</p> <p>12. <b>Adictiva al Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las ISE.</b></p> <p><b>Parágrafo nuevo:</b> Cuando la ISE tiene sedes en más de 1 municipio, incluirá en su consejo directivo, un delegado de las entidades territoriales donde tiene sede, en cabeza del secretario de salud local de los municipios.</p> <p>13. <b>Modificativa, Numeral 6, Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.</b></p> <p>6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que <b>el consejo directivo la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin,</b> produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.</p> <p>14. <b>Adictiva: Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores.</b></p>

<p><b>Parágrafo Nuevo:</b> Los contratistas vinculados en forma continua a través de cooperativas de trabajo asociado a las ESE que se transforma en ISE, serán vinculados prioritariamente sobre otros aspirantes, a la planta de personal de la ISE, siempre y cuando el cargo exista en la nueva planta de cargos aprobada en la ISE.</p> <p><b>15. Alerta: Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).</b></p> <p>No es clara las condiciones de transición, y el pago de UPC, desde cuando se transformará la UPC para mediana y alta complejidad, desde cuándo empieza a operar los CAPS con pago por presupuesto, estos procesos inherentes a la transformación de ESE en ISE, conformación de CAPS, está lleno de vacíos de tiempo, creemos que merece un análisis. Posiblemente se necesite un periodo de tiempo para la adecuación institucional, para el inicio de la APS y CAPS, cambiar la parte jurídica y organizacional, luego de lo cual se cambia la forma presupuestal. Existen asuntos que requieren poco tiempo, como los subsidios de oferta, la conformación de plantas de personal, la formalización, y los presupuestos. Posteriormente vendrá la partición de asignación de presupuesto y UPC de media y alta complejidad.</p> <p><b>16. Parágrafo nuevo, Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud</b></p> <p><b>Parágrafo nuevo:</b> Durante el desarrollo, ajuste o perfeccionamiento del SIPUIIS, los actuales sistemas de información, registros y obligaciones de entrega de información, oportuna y con calidad, continuaran vigentes y obligatorios para todos los responsables. Esto podrá cambiar a la medida de nuevo sistema y reemplazo funcional y paralelo del mismo.</p> <p>Es obligatorio de todos los agentes del sistema, la generación y reporte con calidad y oportunidad de la información, y la sanción penal, económica y excluyente, a quienes incurran en su falsedad, inoportunidad y mala calidad de esta.</p> <p><b>17. Parágrafos nuevos, Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.</b></p> <p><b>Parágrafo nuevo 1.</b> La SNS, podrá desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios, articulado con las entidades territoriales departamentos y municipios, a quienes podrá delegar funciones de IVC y sanción, manteniendo el derecho de prevalencia y cierre cuando sea necesario.</p> <p><b>Parágrafo nuevo 2.</b> La superintendencia Nacional de Salud, en cabeza de la IVC del Sistema de Salud, tendrá en cada Departamento y municipio, un referente con dedicación a la IVC del Sistema, en los municipios menores de 25.000 habitantes el secretario de salud podrá cumplir esta función. Estos funcionarios en forma</p>	<p>articulada ejercerán en su territorio las funciones delegadas de IVC y sanción. La SNS generara un comité de IVC nacional con los Funcionarios departamental y Distritales, con reuniones periódicas. Los Funcionarios con estas funciones en el departamento, generara un Comité de IVC con los Municipios.</p> <p><b>18. Artículo NUEVO.</b> La contratación de las redes de servicios de salud se registrará en un sistema de información para el sistema de salud, en el cual se publica los Documentos del Proceso, de contratación de las IPS de la red, incluido sus registros, propietarios y controlantes, los servicios contratados, las tarifas, servicios prestados y facturados, reportes a entregar, validaciones y metodología de auditoría, desde la planeación del contrato hasta su liquidación. De tal forma que las entidades de control, el estado nacional y las entidades territoriales, investigadores y comunidad en general pueda acceder a esta información.</p> <p><b>19. Artículo NUEVO.</b> La Cuenta de Alto costo - CAC, será el órgano de vigilancia y control de la gestión del riesgo en salud, de los gestores y prestadores de servicios de salud, con énfasis en las patologías que actualmente vigila y otras que por necesidad del sistema se le deleguen. Sus resultados complementan la vigilancia que actualmente ejerce el SNS, además, sus resultados son elementos para la formulación de políticas de modelos de atención en salud, y de contratación y prestación de servicios de salud. La Organización de la CAC y su junta directiva, se reestructurará, será independiente de los gestores, aseguradores o prestadores, que son objeto de su vigilancia, y conservará un carácter independiente y autónomo para su gestión administrativa.</p> <p><b>20. ARTICULO NUEVO. RENDICIÓN DE CUENTAS,</b> Las entidades públicas o privadas, que cumplan el rol de contratación, vigilancia, control y ordenamiento del pago, harán semestralmente rendición publica de su gestión en salud y del uso de los recursos, de acuerdo con la reglamentación, dentro de ellas algunas situaciones de salud; deberá ser rendidas en forma nominal, como la mortalidad materna, perinatal, desnutrición, etc. y otras de acuerdo con las prioridades definidas por el ministerio de salud.</p> <p><b>21. Adictiva al párrafo 1 y 2: Artículo 135. Comité Ejecutivo</b></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional y evaluar el desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.</p> <p><b>Adictiva al párrafo 1: Algunos de estas acciones, serán vinculantes para el ministerio de Salud y PS, Departamentos y Distritos, y quedarán consignados en Acuerdo del comité ejecutivo Nacional.</b></p>
<p>Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios</p> <p><b>Adictivo párrafo 2: Algunos de estas acciones, serán vinculantes para el Departamentos y los municipios, y quedarán consignados en Acuerdo del comité ejecutivo Departamental.</b></p> <p><b>3. Propuestas de Desarrollo de accesibilidad - Prestación</b></p> <p><b>CONTROL DE LOS RECURSOS DE SALUD</b></p> <p><b>Integración vertical y uso visible de los recursos públicos de la salud.</b></p> <p>Eliminación de la discrecionalidad pública o privada, para el uso, contratación o acuerdos que comprometan los recursos públicos de la salud, para favorecer intereses económicos, o políticos; en contraria al cuidado y protección del derecho a la salud.</p> <p>Partimos de dos afirmaciones incontrovertibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Los recursos de la salud por su fuente de aportes parafiscales, presupuesto nacional y Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (recursos territoriales, sin control y visibilidad territorial), entre otros, son recursos públicos hasta su uso en la garantía del derecho a la salud.</li> <li>El uso de recursos públicos por constitución debe garantizar buen manejo y visibilidad de su uso para el objeto asignado, Art 267. "El control fiscal es una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes de la Nación" Negrillas fuera del texto. "La vigilancia de la gestión fiscal del Estado incluye el ejercicio de un control financiero, de gestión y de resultados, fundado en la eficiencia, la economía, la equidad y la valoración de los costos ambientales." CN 1991. Art 25 "Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente" - Ley 1751 de 2015.</li> </ol> <p>Sin embargo en el sector salud, los recursos públicos son entregados a entidades públicas o privadas (EPS) que no son vigilados de acuerdo a las normas, al contrario pareciera que tiene alta discrecionalidad para su uso en contratación con entidades de su propios interés (Integración vertical) por tener participación en su propiedad, por ser controlantes o mantener intereses económico no visibles, u otras seleccionadas bajo reglas no visibles ni reguladas, igual los precios de transacción contractual y menos la facturación, o la propia auditoría y cronograma de pago.</p>	<p>Pareciera que no aplicará en esto el art 267 de la CN, y Art 25, ley 1751, y otras normas del ordenamiento jurídico.</p> <p>Igual visibilidad deberá tener si esta función la cumple una entidad de origen Publico.</p> <p>Por lo anterior, el origen de los recursos obliga a que el ordenamiento legal para su administración elimine cualquier elemento de opacidad, permitiendo su visibilidad:</p> <p>Señor Ministro Guillermo Alfonso,</p> <p>Esperamos que nuestras observaciones, propuesta sirvan para mejorar el PL M339, que actualmente se discute.</p> <p>Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div data-bbox="828 1906 1128 2138"> <p><b>JULIAN FELIPE PINEDA</b> Presidente, Consejo Directivo Secretarías de Salud Municipios de Bito Antioquia tel. 3117245239</p> </div> <div data-bbox="828 2047 1128 2138"> <p><b>JULIO ALBERTO RINCÓN R. MIREZ</b> Director Celular 3002717074 E-mail julioarincos@gmail.com corporacioncosemam@gmail.com</p> </div> <div data-bbox="1372 2047 1445 2138"> </div> </div> <p><b>CC. Consejo Directivo COSESAM.</b></p>

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADOS CON PROYECTO DE LEY NÚMEROS 340, 341 Y 344 DE 2023 CÁMARA

por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.

Table with 2 columns: Left column contains sender information (Doctor JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA, Secretary General) and the main text of the letter. Right column contains the official response from the Ministry of Health and Social Protection, detailing various policy points and recommendations.

<p>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".</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p><b>KARINA RINCÓN GONZÁLEZ</b> Asesora para Asuntos Legislativos, Despacho Ministro de Salud y Protección Social</p> <p>Anexos: 202342300466192_00002 'ANÁLISIS PROYECTO DE LEY "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" (PL 339 de 2023)'. Copia: <a href="mailto:gestiondocumental@antioquia.gov.co">gestiondocumental@antioquia.gov.co</a></p>	<p>Medellín, 27/02/2023</p> <p>Doctora CAROLINA CORCHO MEJÍA Ministra de Salud y Protección Social Carrera 13 No 32-76 Bogotá D.C. <a href="mailto:dcorcho@minsalud.gov.co">dcorcho@minsalud.gov.co</a> <a href="mailto:correio@minsalud.gov.co">correio@minsalud.gov.co</a></p> <p>Asunto: Remisión documentos de análisis del proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones" (PL 339 de 2023).</p> <p>Cordial saludo doctora Carolina:</p> <p>La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, ha realizado el análisis detallado del proyecto de Ley No 339 del 2023, relacionado con la reforma al actual Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Se anexan a la presente comunicación tres documentos que contienen lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis generales del proyecto de Ley.</li> <li>2. Análisis detallado del proyecto de Ley donde se destacan los aspectos positivos, se plantean sugerencias y se identifican algunas preguntas relacionadas con el articulado.</li> <li>3. Consolidado de preguntas resultado de la socialización de la reforma con diferentes grupos de interés realizadas en el departamento de Antioquia.</li> </ol>
<p>Dada la importancia que tiene para el sector la propuesta de reforma, nos gustaría tener la oportunidad de compartir un espacio con usted y los grupos de interés para poner en común los contenidos y las inquietudes planteadas en los documentos anexos e igualmente se solicita, si es posible que las preguntas relacionadas sean resueltas para tener mayor comprensión del articulado y la forma como operaría el sistema en caso de aprobarse la propuesta.</p> <p>Agradezco su atención.</p> <p>Atentamente,</p>  <p><b>LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO</b> Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p> <p>Copia: Representante, Agmeth José Escaf Tijerino, Presidente Comisión Séptima <a href="mailto:comision.septima@camara.gov.co">comision.septima@camara.gov.co</a></p>	<p><b>ANÁLISIS PROYECTO DE LEY "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" (PL 339 de 2023)</b></p> <p>El departamento de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, con la participación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, el Comité Directivo, Gerentes ESE Departamentales e integrantes de los equipos técnicos, han analizado la propuesta de Reforma de la Salud presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social ante el Honorable Congreso de la República, ejercicio que permitió identificar elementos relevantes en el proceso de discusión ante los diferentes actores del actual Sistema de Seguridad Social en Salud y en especial, a las bancadas antioqueñas como representantes de las opiniones, los intereses y las preocupaciones de la población de su territorio a nivel local y departamental.</p> <p>La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento de la Red de Prestadores de Servicios de Salud pública (infraestructura, tecnologías en salud, dotación, talento humano y en general el fortalecimiento administrativo y financiero) así como la conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud- RISS, se ha venido adelantando en diferentes momentos y de acuerdo con la voluntad política, considerando la necesidad de dar continuidad a su desarrollo.</p> <p>Las fuentes para la financiación del sistema propuestas permanecen iguales a las actuales, y se presentan nuevas disposiciones para su uso, orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Públicas. Para cubrir las nuevas propuestas a desarrollar (Talento humano, infraestructura, dotación y tecnologías de información), se hace necesario buscar nuevas fuentes de financiación para que permitan avanzar en su ejecución.</p> <p>A continuación, se realiza el análisis de los aspectos relevantes y positivos y se plantean sugerencias frente al desarrollo del articulado, y finalmente se relacionan una serie de preguntas realizadas por diferentes públicos de interés.</p> <p><b>CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES, CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</b></p>

<p>Aspectos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ La propuesta de reforma se basa en un Sistema de Salud, conformado por políticas públicas; instituciones; competencias, procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación; que el Estado dispone para garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud.</li> <li>➢ Cuentan con unos elementos esenciales del sistema en salud: Obligatoriedad de aportes, parafiscalidad, humanización, eficacia, intersectorialidad, participación vinculante y enfoque de género. Lo que garantiza el financiamiento y la articulación con diferentes actores para brindar una atención de calidad.</li> <li>➢ El proyecto de Ley busca generar mayores niveles de accesibilidad y efectividad mediante el enfoque en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, retomando elementos que se ven plasmados en normas anteriores pero que a la fecha aún no se han desarrollado ni operativizado en su totalidad.</li> <li>➢ La importancia de articular acciones para elevar el nivel de la calidad de vida de la población tanto en áreas urbanas como rurales; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio.</li> <li>➢ Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud como prioridad del Estado colombiano, que se financiarán de manera transversal en los presupuestos de cada entidad.</li> <li>➢ La creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, la cual deberá establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien recogerá la información de otras instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.</li> <li>➢ La evaluación del impacto y evolución de las directrices en materia de salud y el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento, en el marco de los determinantes sociales.</li> </ul> <p>Preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Qué tiempos se han establecido para la implementación y desarrollo de la presente norma?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Desde el nivel nacional, ¿cómo tienen establecida la participación de los diferentes actores en los Consejos que se propone crear (a nivel nacional, regional y local), es decir, que tenga representatividad técnica no solo de lo público sino también del sector privado, el cual es esencial para la prestación de los servicios de mediana y alta complejidad?</li> <li>➢ Desde la concepción de la norma ¿Cómo se tiene previsto prevenir la presencia de monopolios estatales, tanto en la administración del sistema como en la prestación de los diferentes servicios de salud?</li> <li>➢ Cómo se articulan las acciones entre los Consejos Nacionales, Departamentales y Municipal/Distrital y las Entidades Gubernamentales Nacionales, Departamental y Municipal/Distrital para evitar duplicidad de funciones y competencias. ¿Cuál es el alcance de los órganos Consultivos que se propone crear, los cuales cuentan con una amplia representatividad de los grupos minoritarios y una conformación política pero no técnica y que pueden afectar la toma de decisiones?</li> <li>➢ ¿Cuál sería la articulación entre los Consejos planteados, las Entidades Territoriales y las funciones Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de Salud, la Gerencia de los Fondos Regionales?</li> <li>➢ ¿Cuál sería la estructura administrativa que garanticen la operación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud y cuál es su articulación con las Entidades Territoriales y Municipales en términos de Gobernanza?</li> <li>➢ ¿Se tiene contemplado el análisis de la relación de los determinantes con los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenibles), para identificar alianzas estratégicas en cada territorio, en el marco del pilar de la APS = Acciones intersectoriales en salud?</li> </ul> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ La propuesta de reforma debe alinearse y tener en cuenta lo ya contemplado en la Ley Estatutaria 1751 del 2015, la cual está orientada precisamente a garantizar que la ciudadanía acceda al pleno "Derecho fundamental a la Salud", de tal manera que no se generen duplicidades normativas que pueden poner en riesgo el orden jurídico de la presente propuesta de reforma y de la misma Ley Estatutaria.</li> <li>➢ Incluir los enfoques de curso de vida y étnico en los elementos esenciales, toda vez que son orientadores del quehacer de los actores en salud, acorde</li> </ul>
<p>a sus competencias de actuación en pro de la salud y la calidad de vida de los individuos, familias y colectivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Los diferentes Consejos planteados en la propuesta de reforma, se deben convertir en espacios que desde lo técnico permitan tomar decisiones basadas en hechos y datos. El ajuste en el número de participantes los hace más operativos.</li> <li>➢ Revisar la conformación y articulación de los Consejos, de tal manera que sean operantes, es decir, revisar el número de participantes, que faciliten la toma de decisiones por parte de las Entidades Gubernamentales sin generar conflictos o duplicidades y que tengan representatividad técnica en su conformación.</li> <li>➢ Articular al presente proyecto de reforma a las normativas que en la actualidad se tiene vigentes en materia de salud pública, en especial los apartes contenidos en el nuevo Plan Decenal de Salud Pública y las Políticas y lineamiento técnicos que en la actualidad se tienen establecidas en el sector salud.</li> <li>➢ Definir la continuidad o no, de instrumentos de planificación importantes y que en la actualidad permiten la operativización de los contenidos del Plan Territorial de Salud como son: Análisis de la Situación de Salud-ASIS, Plan de Acción en Salud- PAS, Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud-COAI, el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, ya que en el articulado no se menciona en los mismos.</li> <li>➢ Definir como se llevará a cabo la armonización de los lineamientos emitidos desde el Departamento Nacional de Planeación para el proceso de Planeación a nivel nacional, departamental y municipal, con los lineamientos que desde el Ministerio de Salud y Protección Social emiten sobre la Planeación Territorial en Salud, dado que en la actualidad es un reproceso que desgasta administrativamente a las Entidades Territoriales.</li> <li>➢ Definir el alcance operativo de las Coordinaciones Departamentales y Distritales de las Redes, y si son o no las mismas Coordinaciones Territoriales de las Redes y cuál es su articulación con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de Salud y con las Entidades Territoriales, Consejos Territoriales en Salud y con el Consejo de Evaluación y Planeación.</li> <li>➢ Si bien se incluyen los 13 determinantes sociales enunciados en el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, es importante realizar un análisis, que permita identificar a la luz de las necesidades de los territorios, si se pueden incluir algunos más y cuáles son las instituciones (sectores), con las que se debe</li> </ul>	<p>articular acciones en los territorios para incidir sobre ellos y mejorar la calidad de vida de individuos, familias y comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Desarrollar mecanismos de apropiación del concepto de Determinantes sociales en los territorios, para que se pueda involucrar a los diferentes actores en su impacto sobre la calidad de vida de las personas.</li> <li>➢ Reglamentar el carácter obligatorio para la implementación de las Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de Determinantes de Salud, en las que los Gobernadores y Alcaldes Distritales y municipales, de tal manera que las decisiones tomadas y/o los análisis, sean abordados de manera eficaz y eficiente para la implementación en cada territorio.</li> <li>➢ Desde el Departamento Nacional de Planeación-DNP, se deben articular acciones con el Ministerio de Salud y Protección Social para definir el mecanismo de reporte de los Planes Territoriales de Salud, los cuales deben estar acorde a los análisis realizados en las Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de los Determinantes de Salud.</li> </ul> <p>CAPÍTULO VI FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD</p> <p>Aspectos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Se mantienen las actuales fuentes de financiación lo que cambia es el uso de las mismas, para el desarrollo de los fines esenciales de la propuesta de reforma: fortalecer la prestación de los servicios de salud e implementar la atención primaria en salud como estrategia de país.</li> </ul> <p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Se continuará realizando el proceso de acreditación y certificación en salud para los municipios en general, para la autogestión de los recursos transferidos provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria?</li> <li>➢ ¿Se realizarán ajustes a la asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones?</li> <li>➢ ¿Por qué no tramitar la reforma como una ley estatutaria, si se tocara la estructura misma del sistema y se regulara el derecho fundamental a la salud? Esto para evitar el traumatismo que sucedió con el trámite de Ley</li> </ul>

<p>del derecho de petición, gestionado mediante la ley 1437 de 2011 y luego sustituida a través de la Ley 1755 de 2015 por orden de la Corte Constitucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo evitar que el sistema nuevo en salud sea un mecanismo más de inequidad si se basara en la territorialización, teniendo en cuenta las marcadas diferencias entre unos municipios y otros en cuanto su capacidad económica, financiera y de infraestructura? ¿Cómo llevar esa pretendida igualdad a la práctica real?</li> <li>➤ ¿Cómo se abordará este tema con el posible incremento de dichas acciones judiciales con ocasión de la transición que supone la implementación del nuevo sistema?</li> <li>➤ ¿Para la formulación de un Plan de inversión y desarrollo de Hospitales Públicos a largo plazo (diez años) por parte de los departamentos y distritos, se requiere contar con las fuentes de financiación, estos recursos serían suministrados directamente desde la Nación? o cómo sería la financiación prevista de los mismos?</li> <li>➤ ¿Qué mecanismos tiene previsto el Gobierno Nacional para controlar el aumento en el gasto de bolsillo? ¿Cómo se controlaría la evasión y la elusión por parte de la ciudadanía?</li> <li>➤ ¿Cómo se tiene previsto el financiamiento de los servicios de mediana y alta complejidad, dado que en la actualidad no se cuenta con una oferta que satisfaga la demanda?</li> <li>➤ ¿Qué mecanismos se tiene previstos desde el nivel nacional, para que el proceso de centralización administrativa y financiera, y la toma de decisiones sea ágil y oportuna, frente a la subsanación de necesidades básicas de las Instituciones de Salud de Estado -ISE relacionadas con el mantenimiento, pagos de proveedores (vigilancia, alimentación, servicios de lavandería, recolección de residuos u otros)?</li> </ul> <p>Sugerencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Destinar nuevas fuentes de financiación que permitan avanzar de manera ágil y sin afectar la prestación de los servicios de salud en el país, con el objetivo de modernizar y fortalecer la prestación de los servicios de salud y en general, la implementación del nuevo modelo de atención planteado en la reforma.</li> <li>➤ Definir mecanismos ágiles que permitan el flujo de los recursos de una manera más efectiva y eficiente, desde la entidad contratante (ADRES y los</li> </ul>	<p>Fondos Regionales de Salud) hacia los prestadores de servicios de salud, evitando las glosas innecesarias. Así mismo fortalecer el ejercicio de auditoría de cuentas médicas para facilitar los pagos oportunos por los servicios prestados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar claridad sobre el funcionamiento operativo de los fondos y la creación de las subcuentas tanto a nivel nacional como departamental y municipal/distrital.</li> </ul> <p>CAPÍTULO V. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO VI. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE, CAPÍTULO VII. REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD-RIISS, CAPÍTULO VIII. MODELO DE ATENCIÓN. CAPÍTULO XII. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD. CAPITULO XIII. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, CAPÍTULO IX. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS).</p> <p>Aspectos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El desarrollo de la Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud articulada a la estrategia de Estrategia de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud es una oportunidad que se tiene para realmente mejorar las condiciones de salud de la población, se optimizan recursos, se consolida una oferta de servicios, se realizan de manera articulada acciones individuales y colectivas según necesidades de los territorios y teniendo en cuenta la caracterización de los determinantes de la salud.</li> <li>➤ Se establece la participación comunitaria en la identificación de los determinantes sociales y en la formulación de los planes y políticas que respondan a las necesidades territoriales.</li> <li>➤ El desarrollo del sistema de información (con una historia clínica unificada, consolidada y compilada), facilita al personal de salud la revisión del histórico del paciente y le evita al paciente patinar con documentos afines de su historia clínica de un lado para otro.</li> <li>➤ El fortalecimiento de la Telemedicina favorece el acceso de los servicios de salud a las regiones más dispersas del territorio.</li> <li>➤ El establecimiento de tiempos y topes (el Fondo Regional de Salud pagará el 80% del valor de los servicios prestados dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de</li> </ul>
<p>estas, acorde al régimen de tarifas establecido). Este mecanismo permite mejorar el flujo de caja en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad y de esta manera fortalecer su sostenibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fortalecimiento de servicios como atención prehospitalaria y los servicios domiciliarios en todo el país.</li> <li>➤ La implementación del Sistema de Información Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS, es una necesidad sentida para el funcionamiento del sistema.</li> <li>➤ El ingreso de información de manera unificada permitiría disponer de un Tablero de Indicadores y la creación de nuevos según necesidades, con variables flexibles. El monitoreo y evaluación mediante la elaboración de informes permiten el análisis para la toma de decisiones oportuna.</li> <li>➤ El trabajo articulado con el Ministerio de Educación y de las Instituciones Educativas en el país permitirá la ampliación de la oferta de vacantes para que los estudiantes puedan acceder a las profesiones u especialidades que se requieren, teniendo en cuenta la alta demanda de estos servicios en todo el territorio y que a su vez se perfile el talento humano, desde la academia a responder a las necesidades del modelo.</li> <li>➤ La Estrategia del Atención Primaria en Salud, fortalece la gestión territorial en salud, con la identificación y caracterización de los territorios, de los entornos familiares, laborales, educativos, institucionales a nivel individual, familiar y comunitario.</li> <li>➤ La formulación de una Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud que garantizará el acceso a estos de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de asegurar el derecho fundamental a la salud. Se destaca la importancia del seguimiento anual para mejor control de las metas y ajuste de los procesos y actividades que lo requieran.</li> <li>➤ Las estrategias relacionadas con la transferencia tecnológica, investigación y desarrollo y el estímulo a la producción nacional de moléculas, favorece el desarrollo de las capacidades para producir medicamentos y tecnologías en salud que permitan satisfacer la demanda interna, lo cual también tendría repercusión positiva en los precios y disponibilidad de los medicamentos.</li> <li>➤ Se mantiene la política de regulación de precios para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.</li> <li>➤ Las compras conjuntas y la subasta inversa y la participación de Colombia Compra Eficiente, entre otros mecanismos de compras a gran escala son una oportunidad de optimización de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El proceso de identificación de los medicamentos mediante método electrónicos de última generación en el Sistema de Información Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS que permita obtener información oportuna para la toma de decisiones.</li> </ul> <p>Preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo se tienen definidos los servicios móviles y éstos estarían constituidos por equipos interdisciplinarios?</li> <li>➤ ¿A qué se refiere el término "indisociabilidad", cuando se prestan servicios de salud de baja-mediana y alta complejidad, los cuales serán reconocidos por el Fondo Regional de Salud?</li> <li>➤ ¿Cómo se tiene previsto suplir la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad que hoy es ofertada por el sector privado, ya que la propuesta plantea la "voluntariedad" por parte de estos en pertenecer o no a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS y se establecen tarifas únicas obligatorias que pueden no ser rentables para este sector?</li> <li>➤ ¿Cómo se tiene prevista realizar la evaluación de la suficiencia técnica y administrativa de la Redes integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS y caso de no cumplir cómo tiene previsto garantizar integralidad y continuidad de la atención en salud?</li> <li>➤ ¿Cuál es el objeto del SPUIIS y de la plataforma tecnológica, qué mecanismos tienes previstos para garantizar la intercomunicación entre las instituciones de salud?</li> <li>➤ ¿Qué pasará con los sistemas de información que en la actualidad se tienen disponibles y cuyos desarrollos han generado grandes inversiones de recursos en el país, tanto para Entidades Territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios u otros?</li> <li>➤ ¿Cómo evitar la pérdida de gobernanza y el control del proceso de referencia y contrarreferencia de las urgencias, emergencias y desastres, si se deja explícito en el articulado la opción que los municipios y distritos mayores a 100.000 habitantes pueden crear una o varias coordinaciones de referencia y contrarreferencia?</li> <li>➤ La inoportunidad del sistema de referencia y contrarreferencia radica en la escasez de camas disponibles y talento humano suficiente para responder a la demanda de servicios de mediana y alta complejidad; cómo se tiene</li> </ul>



<p>previsto subsanar este déficit para que las coordinaciones de referencia y contrarreferencia si puedan realizar una adecuada y oportuna gestión, y como sería la coordinación operativa entre ellas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuál sería la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de alta complejidad públicas, en un lapso de dos años no solo cumplan en su totalidad los Estándares de Habilitación, sino que logren acceder a la Acreditación en Salud, requisitos hoy establecidos en la Resolución 3409 del 2012, y más si se tiene en cuenta que es una falencia preponderante el incumplimiento por parte de los prestadores de lo exigido en el Estándar de Infraestructura y en algunos casos de Dotación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?; Quien asumiría los sobrecostos de la formación del recurso humano?</li> <li>➤ Para el caso de transporte de pacientes, ¿Cómo sería el pago del transporte si requiere acompañante permanente y cómo se cubrirían los gastos de hospedaje, alimentación de ellos?</li> <li>➤ Dentro del proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, ¿quién sería el responsable de realizar la evaluación del funcionamiento de las coordinaciones nacional, regional, departamental, distrital?</li> <li>➤ Una de las causas identificadas para las estancias prologadas de pacientes que son dados de alta, pero no cuentan con acompañantes o un lugar donde vivir entonces se quedan hospitalizados hasta que su situación social no se defina. ¿Cómo establecer la garantía de un hogar de paso o albergue para este tipo de personas? Si las entidades territoriales deben asumir esta labor social, ¿cuáles serían las fuentes de financiación para garantizar el reconocimiento de los gastos de vivienda, alimentación y cuidado de estas personas?</li> <li>➤ ¿Cuál es el tiempo de temporalidad límite para que una persona pueda acceder a los servicios de un CAPIRS a otro, si requiere cambios temporales de lugar de residencia? ¿Cómo se estima que se realizaría el proceso de adscripción y quien lo realizaría?</li> <li>➤ ¿Cómo se llevaría a cabo el proceso de dispensación de los medicamentos para evitar los carruseles de un CAPIRS a otro?</li> <li>➤ ¿Cuál sería el rol a ejercer de la Nueva EPS, como una de las EPS del Estado, dado que en la actualidad es una EPS activa, y en caso de asumir las funciones que le son asignadas en la reforma, qué pasaría con las obligaciones que esta institución tiene pendiente con los diferentes prestadores de servicios de salud del país?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuáles serían las operaciones presupuestales previstas para la capitalización de la Nueva EPS, cuál sería el objetivo y cuáles serían las fuentes de financiación?</li> <li>➤ ¿Quién asumiría al momento de entrar en vigencia la reforma, la gestión del riesgo en salud y la gestión del riesgo financiero, el control del gasto en salud, la garantía de la prestación integral de los servicios y ese contacto directo con la población adscrita, así mismo la coordinación de trámites de contratación y pago, dado que las EPS tendrían otro rol muy diferente al actual? ¿Estas funciones estarían a cargo del Fondo Regional en Salud o de los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud-CAPIRS?</li> <li>➤ ¿Cuáles serían los modelos de contratación entre el ADRES-Fondo Regional en Salud?, persistirían los modelos actuales de contratación: capitado, ¿evento, pago global prospectivo, paquetes entre otros?</li> <li>➤ En el articulado no se establecen tiempos de transición para la implementación de la norma. ¿Qué pasaría con los contratos que hoy se encuentran vigentes entre aseguradores y prestadores de servicios de salud?</li> <li>➤ ¿Si las EPS entran en proceso de liquidación, el Gobierno Nacional tiene previsto que estos procesos de liquidación afectarían aún más la situación financiera de las instituciones poniendo en riesgo la prestación de los servicios de salud?</li> <li>➤ ¿Cómo se tiene previsto garantizar la atención de las personas afiliadas al Régimen Contributivo y que aportan económicamente al actual sistema, si ya no pueden acceder a los servicios y garantizar la continuidad de su atención en los puntos donde en la actualidad son atendidos, si las EPS privadas entran en proceso de liquidación?</li> <li>➤ ¿Cómo se articula a la propuesta de reforma los procesos de planeación territorial: definición del Plan de Acción en Salud, Componente Operativo Anual de Inversión, Plan de Intervenciones colectivas como instrumentos que permiten operativizar el Plan Territorial de Salud y a su vez, el Plan Decenal de Salud Pública?</li> <li>➤ En el marco de la implementación de la nueva propuesta, se evidencia que el prestador de servicios de salud debería asumir las funciones de asegurador social. ¿Cómo se tiene previsto realizar este proceso, si las instituciones de salud no cuentan con la experiencia (que hoy la tienen las EAPB- EPS) ni con el personal competente y capacitado, ni con las</li> </ul>
<p>herramientas tecnológicas suficientes para asumir esta nueva competencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dentro de la operación del actual sistema, ¿cómo se articulan, los profesionales independientes, las empresas con objeto social diferente y las clínicas de baja y mediana complejidad que prestan servicios particulares?</li> <li>➤ ¿Qué se tiene establecido dentro de la propuesta que medidas se tienen establecidas si las Instituciones de Salud del Estado-ISE no cumplen las metas y resultados de los indicadores de salud propuestos?</li> <li>➤ ¿Cómo se van a reconocer los servicios que se presten a personas que no tengan capacidad de pago y que no se encuentren adscritas a los centros de atención, es decir, las carteras o cuentas por pagar de estos usuarios?</li> <li>➤ ¿Qué mecanismos se tienen establecidos para la atención de los extranjeros que estén de manera temporal en el país para cubrir sus atenciones en salud y que no cuenten con pólizas de seguros en salud?</li> <li>➤ ¿Cómo tiene previsto el Gobierno Nacional que una sola entidad (ADRES) realice funciones de administración, contratación, pagador, auditoría cuando en la actualidad no tiene hoy la capacidad para responder de manera oportuna sin perjudicar el flujo oportuno de los recursos?</li> <li>➤ ¿Cuál sería el papel de los gestores farmacéuticos y operadores logísticos que actualmente realizan en gran medida la dispensación ambulatoria de medicamentos y afines en el país?</li> <li>➤ ¿Cómo tiene definido el Gobierno Nacional realizar la identificación de los medicamentos y la integración de la información que hoy se tiene disponible en los sistemas ya existentes (SISPRO, SISMED, Vigiflow, RIPS, entre otros) y cuál sería las modificaciones a la codificación de medicamentos existente?</li> <li>➤ ¿Cómo se articularían las normas ya existentes (Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007) que reglamentan los servicios farmacéuticos, de tal manera que no se afecte el funcionamiento de los mismos, durante la transición?</li> <li>➤ ¿Se tiene definido que el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) será el responsable de priorizar y definir la selección de los medicamentos esenciales para la atención en salud, así como la forma de distribución de los medicamentos y tecnologías en salud para todo el territorio nacional?</li> <li>➤ ¿Cuál es la articulación de los hospitales itinerantes a cargo de la Fuerza Pública (Militares, Policía y Patrullas aéreas) y las Redes Integrales de Servicios de Salud y los Centros de Atención Primaria Integral</li> </ul>	<p>Resolutiva en Salud? En términos de Gobernanza, estos harán o no parte de las Redes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo se tiene previsto dar continuidad al proceso de atención, garantizando integralidad en la atención cuando los servicios de mediana y alta complejidad no hagan parte de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud, o sea prestada por un prestador privado que no haga parte del sistema?</li> </ul> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir los mecanismos de evaluación de las Redes integrales e Integradas de Servicios de Salud- RIISS y las estrategias establecidas desde el nivel Nacional para que estas cumplan con las condiciones mínimas de suficiencia, sin afectar la prestación de los servicios a la comunidad.</li> <li>➤ Definir los criterios para la construcción de los Centros CAPIRS, ya que en algunos apartes menciona por cada 20.000 habitantes, luego por cada 25.000 y posteriormente establece que según las condiciones epidemiológicas y de la distribución de las personas en el territorio.</li> <li>➤ Definir el alcance en la prestación de los servicios domiciliarios (baja, mediana o alta complejidad).</li> <li>➤ Dimensionar el valor del mismo por persona (per cápita) de tal manera que permita implementar modelos de contratación basados en la gestión del riesgo de salud.</li> <li>➤ Definir un Manual Único Tarifario Referente que permita realizar negociaciones con todos los prestadores (públicos, privados o mixtos) sin poner en riesgo la sostenibilidad.</li> <li>➤ Las coordinaciones de referencia y contrarreferencia regionales pueden ser parte de las departamentales y así mismo a nivel municipal o distrital contar con un solo centro que coordine el proceso. De esta forma se optimizan los recursos disponibles.</li> <li>➤ La Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud debería ser considerada a largo plazo para realmente cumplir con las metas planteadas en la misma.</li> <li>➤ Generar mecanismos para que las compras centralizadas de medicamentos y tecnologías sean oportunas y eficientes y no afecten la prestación de servicios de salud por demora en los procesos de adquisición o distribución.</li> <li>➤ Fortalecer el trabajo que se adelanta por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y los avances que al respecto del</li> </ul>

<p>plan de actualización y formación continua del Talento Humano en Salud haya alcanzado el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en coordinación el Ministerio de Educación Nacional (MEN).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir bien las líneas y las acciones de la palabra soporte para la operación de los Hospitales Itinerantes a cargo de las Fuerzas Militares, Policía Nacional y Patrullas Aéreas, para no estar en contraposición de la Resolución 4481 del 2012 "Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema"; teniendo en cuenta que las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional tienen la responsabilidad de garantizar la soberanía nacional y la integridad territorial y de responder por el control del orden interno respectivamente, esto las hace históricamente actores armados del conflicto armado. A su vez la Misión médica enmarca la protección del personal sanitario y constituye una necesidad fundamental en el marco de situaciones de conflicto armado y otras situaciones de violencia, al ser la consecuencia lógica de la obligación de garantizar la atención médica y humanitaria a todas las personas heridas y enfermas, sin distinción alguna de carácter desfavorable.</li> <li>➤ Establecer una hoja de ruta, hitos e indicadores para el periodo de transición hacia el nuevo sistema, como condición mínima para la planeación de una nueva Política Pública de Estado y que estaría sujeta a la creación de una robusta jurisprudencia en la materia, dado los cambios estructurales que se plantean en la propuesta de reforma.</li> <li>➤ Se considera pertinente evaluar el periodo de vigencia de la lista de elegibles para los cargos de gerente, estas en el proyecto tienen propuesta de vigencia de 5 años, se propone que tenga la vigencia del periodo de los gerentes, 4 años y que de ese proceso quede vigente esa nueva lista.</li> </ul> <p><b>CAPÍTULO X. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL</b></p> <p>Aspectos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se mantienen los mecanismos de participación ciudadana y social definida en la normatividad vigente.</li> </ul> <p>Preguntas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Como se fortalecerán los procesos de participación comunitaria con el fin de garantizar la intervención ciudadana?</li> <li>➤ ¿Cuáles serán los tiempos para establecer la forma adecuada de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana y los procedimientos que vincularán la veeduría y el control social a la red de controladores del sector salud?</li> <li>➤ ¿Por qué solo se incluye a las comunidades étnicas y no se incluye la población con enfoque diferencial para la toma de decisiones en temas relacionados con participación, vigilancia y control?</li> </ul> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fortalecer en las instituciones educativas la promoción de la participación social y comunitaria en salud para la toma de decisiones, así como para la planeación territorial en salud (identificación de necesidades, definición de políticas, planes, programas y proyectos).</li> <li>➤ Incluir a toda la población con enfoque diferencial en la toma de decisiones.</li> </ul> <p><b>CAPITULO XIV. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD, CAPITULO XV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, CAPÍTULO XVI. AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION, CAPÍTULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO.</b></p> <p>Aspectos positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La propuesta de modificación del Régimen Laboral con el objeto de garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud del sector público mejorando sus capacidades.</li> <li>➤ La creación de becas crédito para el personal no médico del sector salud, es necesaria para el fortalecimiento de capacidades del Talento Humano en Salud en todas las áreas y perfiles requeridos para la prestación de los servicios de salud.</li> <li>➤ Creación de nuevas plazas para el Servicio Social Obligatorio para fortalecer la implementación del Modelo de Atención en Salud preventivo y predictivo de aplicación prioritaria en los territorios dispersos y alejados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El establecimiento de un Régimen Laboral especial para los trabajadores de la salud que permita avanzar en la laboralización del talento humano que en la actualidad se encuentran vinculados mediante contratos de prestación de servicios.</li> <li>➤ La implementación de incentivos económicos y sociales para que el Talento Humano básico y especializado se desplace a las regiones más alejadas también es una propuesta que se destaca en la reforma.</li> <li>➤ El proyecto de Ley busca el mejoramiento de las condiciones laborales y de formación continua de los trabajadores de la salud, lo cual es una necesidad fundamental. Es importante la convocatoria y la armonización de los planteamientos con el Ministerio de Educación.</li> </ul> <p>Preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo el Gobierno Nacional tiene previsto la financiación de las plazas del Servicio Social Obligatorio tanto para personal médico como odontológico, y para el personal de enfermería que responda a las necesidades de los territorios para la implementación efectiva del Modelo de Atención preventivo y predictivo propuesto?</li> <li>➤ ¿La implementación del Régimen para los Trabajadores Estatales de la Salud-Regimen Especial (contrato fijo, indefinido, Obra labor) está orientado a suplir la modalidad de contratos de prestación de servicios de salud?</li> <li>➤ ¿Cómo tiene previsto el Gobierno Nacional financiar la formalización del Talento Humano con el nuevo Régimen Especial, si bien plantea que el proceso se realizará durante 4 años? ¿En este análisis se tuvo en cuenta lo establecido en la Ley 617 del 2000, frente a los gastos de funcionamiento y gastos de inversión?</li> <li>➤ ¿El personal que actualmente se encuentra vinculado a la carrera administrativa (Ley 909 del 2004) así como los trabajadores oficiales, que tienen sus propios contratos y convenciones colectivas vigentes, serían incluidos en el Régimen para los Trabajadores Estatales de la Salud-Regimen Especial? ¿A quienes específicamente estaría dirigido este nuevo Régimen y cómo sería ese proceso de transitoriedad en su implementación?</li> <li>➤ ¿Cuáles serán los mecanismos de control que se establecerán al momento de realizar el giro directo para que se realicen de manera efectiva el pago de las obligaciones en la baja complejidad (nómina, mantenimiento, pago de proveedores entre otros) y evitar atrasos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La suficiencia del Talento Humano especializado es limitada para cubrir la totalidad de las regiones del país. Se ha tenido en cuenta, ¿cómo se les van a reconocer los honorarios a este Talento Humano, entendiendo que a muchos de estos profesionales no les interesa una vinculación laboral que implique cumplimiento de horario y que los salarios ofrecidos por las capacidades institucionales no son llamativos para el ejercicio de su profesión?</li> </ul> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar el análisis de suficiencia del Talento Humano para la creación de las plazas para el Servicio Social Obligatorio para personal médico, odontología, enfermería, bacteriología, según las necesidades territoriales. Este personal es indispensable para la implementación del nuevo modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud Integral y Resolutiva en Salud. En el análisis incluir todas las profesiones y disciplinas.</li> <li>➤ Articular las acciones con el Ministerio de Educación y evaluar las necesidades reales de talento humano en salud en los territorios frente a la oferta académica e institucional disponible.</li> <li>➤ En este proceso de articulación con el Ministerio de Educación y con las Instituciones educativas se debe revisar y ajustar los contenidos curriculares para que el proceso formativo responda a las necesidades identificadas: enfoque social, preventivo, predictivo, resolutivo más no netamente asistencialista e intervencionista.</li> <li>➤ Las propuestas planteadas deben incluir la totalidad de los profesionales de la salud, no solamente el Talento Humano médico. Es importante evaluar de fondo los diferentes tipos de contratación y vinculación del Talento Humano, tanto en el sector público como privado para cada una de las disciplinas, según la oferta disponible de este Talento Humano en el país.</li> <li>➤ Revisar jurídicamente la pertinencia de plantear el proceso de recertificación del Talento Humano en salud el cual ya fue declarado inconstitucional por la Corte.</li> <li>➤ Es importante revisar los aspectos jurídicos relacionados con el ajuste de los Regímenes Laborales (público y privado) así como la aplicabilidad del Régimen disciplinario y sancionatorio del Talento Humano que son solo aplicables al sector público y que en la propuesta se podrían estar haciendo extensibles al sector privado.</li> </ul>


<p>➤ Generar mecanismos de control suficientes y efectivos de tal manera que la implementación de procesos de meritocracia para la selección de las Direcciones de las Instituciones de Salud del Estado no se vea permeados por actos de corrupción como lo han sido hasta el momento</p> <p>CAPITULO XI. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. CAPÍTULO XVII. REGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO. CAPÍTULO XVIII: TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.</p> <p>Aspectos positivos</p> <p>➤ El ADRES, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud a las Instituciones de Salud del Estado, tal y como en la actualidad se realiza.</p> <p>Preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo tiene previsto el Gobierno Nacional garantizar la implementación y sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria (CAP) en las comunidades dispersas?</li> <li>➤ ¿Cómo tiene planteado el Gobierno Nacional garantizar el control y supervisión para la correcta ejecución de los recursos de salud, evitando actos de corrupción?</li> <li>➤ ¿Cómo se llevará a cabo el proceso de fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (talento humano, técnico y financiero) para dar respuesta efectiva y oportuna en su competencia de inspección, vigilancia y control?</li> <li>➤ ¿Cuál sería el alcance real planteado al establecer los procedimientos aplicables a las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y el régimen sancionatorio? Estas funciones desde la parte operativa les daría condición de Jueces y/o Procuradores?</li> <li>➤ ¿Dentro del proceso de planeación para la implementación de la presente propuesta, hasta qué momento las EPS atenderán a sus afiliados?</li> <li>➤ ¿Cómo se garantizará la atención de los pacientes críticos, de alto costo, enfermedades raras durante el proceso de transición?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué mecanismos tiene establecido el Ministerio de Salud y Protección Social para adelantar en todo el territorio el proceso de territorialización de las EPS?</li> <li>➤ ¿Cuáles y quiénes ejercerían las disposiciones de inspección, vigilancia y control que sean requeridas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial de la salud, dado que en la actualidad son las Entidades Territoriales y los entes de Vigilancia y Control quienes ejercen estas funciones?</li> <li>➤ ¿Cuáles serían los incentivos para establecer en la transición las Entidades Promotoras de Salud converjan hacia los fines del modelo de atención en salud?</li> <li>➤ La negación sin justificación de los procesos de atención, según la propuesta, generaría una alta congestión en la rama judicial. ¿Cómo se ha previsto el impacto que puede generar ante un aumento de dichas solicitudes por posible insuficiencia de oferta de servicios?</li> <li>➤ ¿Las sanciones disciplinarias y éticas planteadas en el articulado aplicarían al sector privado?</li> </ul> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Generar mecanismos que permitan que el periodo de transición para la implementación de la reforma no dificulte la atención oportuna de los usuarios.</li> <li>➤ Fortalecer en estructura a la Superintendencia Nacional de Salud para que haga el debido control en el proceso de implementación y a los recursos asignados, mediante acciones efectivas y oportunas.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS RELACIONADAS-GRUPOS DE INTERÉS CON PROYECTO DE LEY "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" (PL 339 de 2023)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En la transición solo se hará consulta con las comunidades indígenas y no con los otros grupos minoritarios?</li> <li>2. ¿Se acabarán los regímenes subsidiado y contributivo? ¿Cómo se harán los aportes al sistema por parte de la población? ¿Se conservarán los porcentajes de aportes de los salarios?</li> <li>3. ¿Qué pasará con los hospitales que están en alto riesgo financiero? ¿Cómo pagarán las deudas?</li> <li>4. Dentro del capítulo 14 de la reforma no está muy claro el tema de las otras profesiones que hacen parte del talento humano en salud no asistencial, pues la política no debe ir dirigida solo al personal de salud asistencial. Existen otras profesiones que le aportan al nuevo Sistema Nacional de Salud y no se están teniendo en cuenta.</li> <li>5. ¿Cómo impacta esta reforma al profesional independiente?</li> <li>6. ¿Quién realizará auditoría, seguimiento y control a la ADRES?</li> <li>7. ¿Cómo se administrará el plan de beneficios en salud: qué está incluido y qué excluido? ¿El actual y sus exclusiones se mantendrán vigentes?</li> <li>8. ¿Cómo será la prestación de servicios a nivel nacional? ¿Seguirá segmentada por territorio o será abierta?</li> <li>9. ¿Qué políticas definirá el Estado para promover el cumplimiento de los deberes de los pacientes orientadas a su autocuidado, recomendaciones de promoción y prevención (P y P), además del uso racional de las prestaciones ofrecidas? Esto de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 parágrafo 1 y 2. La razón es que desde el lado del prestador se evidencia cómo muchos usuarios abusan del sistema, disminuyendo la posibilidades de atención para otras personas.</li> <li>10. ¿Cuáles serán las estrategias concretas de articulación de salud con otros actores como infraestructura, planeación, educación, justicia, gobierno, etc.? Dado que las deficiencias en estos sectores repercuten en la salud.</li> <li>11. Al transformarse las ESE en ISE, ¿cómo será el pago de pasivos y compromisos (financiación) para garantizar la operación?</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ANÁLISIS PROYECTO DE LEY "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" (PL 339 de 2023)</b></p> <p>El departamento de Antioquia, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, con la participación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, el Comité Directivo, Gerentes ESE departamentales e integrantes de los equipos técnicos, han analizado la propuesta de Reforma de la Salud presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social ante el Honorable Congreso de la República, ejercicio que permitió identificar elementos relevantes en el proceso de discusión ante los diferentes actores del actual Sistema de Seguridad Social en Salud y en especial, a las bancadas antioqueñas como representantes de las opiniones, los intereses y las preocupaciones de la población de su territorio a nivel local y departamental. Este análisis parte de la situación del sistema actual, teniendo como base la propuesta del proyecto de Reforma (PL 339).</p> <p>Durante los diálogos, se indica que la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, RIIS y el fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud avanzan, sin embargo, obedecen más a la voluntad política para desarrollarlo y a la gestión de recursos, lo que implica el fortalecimiento de las capacidades humanas, técnicas y financieras de los entes territoriales para asumir las responsabilidades que el nuevo modelo le asigna.</p> <p>Por su parte, las fuentes propuestas para la financiación del sistema permanecen iguales a las actuales y se presentan nuevas disposiciones para su uso, orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y a la Red de Prestadores de Servicios de Salud pública. Para cubrir las nuevas propuestas a desarrollar: talento humano, infraestructura, dotación y tecnologías de información, se hace necesario buscar nuevas fuentes de financiación que permitan avanzar en su ejecución, previas proyecciones de los valores reales necesarios para cumplir con los compromisos planteados. Lo anterior, para satisfacer las necesidades presentes y futuras que permitan al sistema ponerse al día en obligaciones financieras anteriores con la red prestadora y el talento humano, así se tendrá al núcleo central de la prestación en condiciones óptimas para iniciar el proceso de transición.</p>

<p>A continuación, se describen los aspectos más relevantes de la propuesta en términos de autoridad sanitaria, acceso a los servicios de salud, aseguramiento, prestación de los servicios de salud y salud pública, talento humano y financiación. Finalmente, se presenta una conclusión general para avanzar normativamente y contribuir a las posibles soluciones.</p> <p><b>Autoridad sanitaria- Gobernanza</b> La dirección del sistema de salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Consejo Nacional de Salud -37 integrantes-, que representan una oportunidad de participación social, sin embargo, se considera que debe tener menor número de integrantes, con una mayor solidez técnica y académica en su composición, lo que permite una mejor toma de decisiones y debe ser, igualmente, aplicado a nivel territorial. Así mismo, se plantea la necesidad de una revisión de sus funciones, algunas de ellas son propias del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El enfoque en los determinantes de la salud y la acción transectorial se afianza como herramienta para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y con la creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud permite la intervención que impacte los resultados en salud, así como lo plantea la propuesta, definiendo políticas, programas y proyectos. En ese sentido, la responsabilidad y competencia debe ser explícita para cada uno de los sectores y actores, orientado a la optimización e impacto de recursos asignados para intervenir las problemáticas identificadas.</p> <p><b>Acceso a los servicios de salud</b> El acceso a los servicios en especial en el área urbana que, según el Banco Mundial 2021, representa aproximadamente el 82% de la población, ha tenido avances importantes en términos de equidad y oportunidad en la atención, sin embargo, podrá ser objeto de mejora en coherencia con el desarrollo y la suficiencia de la oferta y la disponibilidad de recursos.</p> <p>Así mismo, se reconoce la necesidad de revisar con detalle el estado del acceso a las zonas rurales y rurales dispersas afectadas: 18% en promedio -de acuerdo con el Banco Mundial-, entre otras razones, por condiciones económicas, culturales, vías de acceso, orden público, oferta de servicios de salud en el territorio, entre otros. Adicionalmente, se llama la atención sobre la necesidad de hacer explícita</p>	<p>la función articuladora de las redes que hoy realizan las aseguradoras, ya que de no hacerlo se puede afectar el acceso, la integralidad y la continuidad de la atención.</p> <p><b>Aseguramiento en salud</b> En primer lugar, es importante resaltar las actuales coberturas de aseguramiento en salud que para el país, según el Ministerio de Salud, es de 99.66% y a nivel de Antioquia es de 101.31%, tomando como fuente la ADRES y la Fuerza Pública. En ese sentido, el análisis sobre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB; las Entidades Promotoras de Salud, EPS y la intermediación financiera, se debe reconocer la responsabilidad que han tenido sobre la gestión del riesgo en salud y avance hacia la gestión del riesgo social en coordinación y cooperación con otras organizaciones y sectores.</p> <p>Independiente de la discusión sobre la permanencia o no de los aseguradores actuales, el proyecto de Ley debe ser específico en las instancias que asumirían sus funciones, las estructuras técnicas, tecnológicas, humanas y financieras que se tendrían para ello, además de su financiamiento.</p> <p>Es importante garantizar el flujo de recursos con mayor oportunidad entre el ente financiador, el articulador y/o pagador con el prestador, disminuyendo los tiempos entre la prestación y el pago de los servicios, con unos procesos claros que permitan ampliar el giro directo a los prestadores de mediana y alta complejidad, así como el efectivo ejercicio de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Se plantea el valor de una Unidad Per Cápita, cuyo valor igualmente sería ajustado según las necesidades propias de los territorios: perfiles epidemiológicos, determinantes de la salud, condiciones sociales, culturales, económicas y gestión del riesgo en salud. Estos recursos serán girados, directamente, desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES, para el pago de las obligaciones de la operación de la baja complejidad de las Instituciones de Salud del Estado, ISE, situación que podría eventualmente generar una baja eficiencia -sin menoscabo del reconocimiento del trade-off entre eficiencia y equidad-. Igualmente, podría generar la necesidad de tener indicadores que permitan definir el impacto en salud, hacer monitoreo a la gestión, a los avances en equidad en salud y mejorar los procesos de evaluación de los directores.</p>
<p>Es importante prever que los directores cuenten con cierta autonomía presupuestal y financiera para resolver situaciones urgentes en la baja complejidad.</p> <p>Para las actividades de mediana y alta complejidad se estima la presentación de cuentas al Fondo Regional de Salud y su reconocimiento vía auditoría de cuentas por parte de la ADRES, institución que deberá ser fortalecida para tener capacidad de respuesta operativa en todo el país. Este proceso ha sido desarrollado desde las EAPB y deben reconocerse las lecciones aprendidas, el desarrollo de habilidades, sumado al conocimiento adquirido por el talento humano que allí labora.</p> <p>Hasta el momento falta claridad acerca de cómo será el pago de las deudas actuales con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: públicas, privadas y mixtas. En caso de liquidación de las EAPB, tampoco se establecen tiempos de transitoriedad en caso de implementarse la reforma y el retiro de las mismas del sistema, lo que genera riesgos en la operación de la red pública y privada y la atención de las poblaciones. Adicionalmente, la falta de claridad en este aspecto tiene consecuencias para el talento humano y proveedores del sistema, a quienes se les adeudan obligaciones que podrían quedar impagas y con serias limitaciones para engranarse a los cambios planteados en el modelo.</p> <p>Es necesario reconocer los avances del sistema, las responsabilidades de los aseguradores y por supuesto, la función articuladora entre la baja, mediana y alta complejidad, que debe mantenerse para atender las necesidades del ciudadano y evitar rupturas en la continuidad del proceso de atención, como podría suceder en el proceso de implementación y operación del nuevo modelo de atención, si no se hacen explícitos los mecanismos para evitar dicha situación. En ese sentido, es necesario definir quién será el garante como primer responsable ante las solicitudes de la población (PQRS).</p> <p><b>Talento humano</b> En la actualidad, las condiciones laborales del talento humano no son las más adecuadas, la formación está orientada a la atención intrainstitucional, morbi-céntrica y la suficiencia no responde a los requerimientos territoriales. Ante este panorama, es necesario avanzar en la formalización de los empleos, de manera que esté acorde con las necesidades y expectativas de cada disciplina: auxiliares, técnicos, profesionales, especialistas, subespecialistas entre otros. Igualmente,</p>	<p>deben permitirse diferentes modalidades de contratación que respeten los derechos laborales y constitucionales, que a la vez tengan flexibilidad, modalidades de remuneración y movilidad, que no afecte la oferta de servicios y funcionamiento de las instituciones.</p> <p>Es prioritario para la operación del sistema articular las acciones con el Ministerio de Educación, analizar las necesidades reales de talento humano en salud en los territorios, evaluar cómo se daría el fortalecimiento de la oferta académica, los recursos para su ejecución y contratación, la pertinencia de la formación para desempeñarse en el actual sistema de salud como parte integral de los Equipos Básicos de Salud dentro del Modelo de Atención Primaria en Salud predictivo, preventivo y resolutivo y en consecuencia, fortalecer las capacidades formativas locales.</p> <p>La creación de un régimen para los trabajadores estatales de la salud, régimen especial: contrato fijo, indefinido, obra labor, se presenta como un mecanismo para terminar con la figura de contratación por prestación de servicios de salud y plantea una transitoriedad en la implementación de la misma de cuatro años, situación que se debe analizar de fondo dados los costos que implica. En el proceso, se debe contemplar lo establecido en la Ley 617 del 2000 frente a los gastos de funcionamiento y de inversión según categoría.</p> <p>Igualmente, es oportuno revisar en la propuesta del proyecto de Ley la vinculación en plantas de cargos como única posibilidad, pues en muchos casos es necesaria la implementación de modelos contractuales flexibles, incentivos económicos y sociales para que el talento humano, básico y especializado, se desplace a las regiones más alejadas y así responder a las necesidades territoriales.</p> <p><b>Prestación de servicios de salud</b> Se fortalece la estrategia para la implementación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, RISS, en todo el territorio, lo cual es muy importante en términos de optimización de recursos, para mejorar el acceso y la oportunidad mediante una oferta de servicios que responda a las necesidades territoriales mediante la Atención Primaria en Salud. Es importante hacer zoom a una posible ruptura entre la baja complejidad con la mediana y la alta, diluyéndose el responsable directo de la atención del paciente.</p>

<p>La transformación de las Empresas Sociales del Estado, ESE, en Instituciones de Salud del Estado, ISE, tendrán a cargo los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud, CAPIRS, que podrán ser de baja, mediana y alta complejidad y tendrán a cargo las acciones del sistema de vigilancia epidemiológica. En la actualidad, esta función la realizan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, por lo tanto, se plantea un eventual riesgo en la gestión de los problemas de interés en salud pública al concentrarlo en el Estado, debido a la capacidad instalada.</p> <p>Actualmente, se estima que el 80% de los servicios son prestados por el sector privado, lo que indudablemente demuestra la necesidad de estas instituciones para la oportunidad, integridad e integralidad del proceso de atención de la ciudadanía y gestionar su participación en las redes. Es necesario prever una falta de acceso a los servicios de salud en la mediana y alta complejidad contrario a lo deseado, aumento del gasto de bolsillo al tener que acceder a estos servicios mediante la adquisición de servicios complementarios como medicina prepagada, pólizas de salud o pagando los servicios de manera particular y un posible aumento de la tramitología.</p> <p>Adicional a lo expuesto, se plantea un manual tarifario único y obligatorio, situación que puede poner en riesgo la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones privadas para las que, posiblemente, las tarifas planteadas no les garantice su sostenibilidad y desestime la calidad. En ese sentido, debe contemplarse la diversidad del territorio, las diferencias en los costos y gastos acorde con la oferta de servicios entre otros, por lo que la propuesta es revisar un manual tarifario único de referencia, que sea opcional su negociación y permita flexibilidad con negociaciones de confianza. Así mismo, es importante definir las metodologías y formas de contratación con los prestadores de salud públicos, privados y mixtos, así como con los profesionales independientes.</p> <p>Se focaliza la gestión del desarrollo y el mantenimiento de la red pública hospitalaria, que no cuenta con los recursos para realizar una transformación inmediata de sus equipamientos y así, aumentar su capacidad de respuesta a la demanda de servicios de salud básicos, de mediana y alta complejidad que hoy, en un gran porcentaje, son prestados por el sector privado. Así, es necesario avanzar en la flexibilización del cumplimiento del estándar del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, especialmente, el estándar de infraestructura sin afectar la seguridad de los pacientes.</p>	<p>Las direcciones territoriales de salud departamentales formularán el Plan Nacional de Equipamientos en Salud a diez años, lo que permitirá un proceso coherente de intervención e implicará el compromiso y gestión de recursos en la planeación de la infraestructura y dotación de cada territorio.</p> <p>El Sistema Público Único de Información Integral en Salud, SPUIIS, debe incluir la articulación por los sistemas existentes, lo que implica el desarrollo de mecanismos para interoperar con las demás redes e instituciones prestadoras de servicios de salud, de tal manera que la información esté disponible en tiempo real e integrada para la toma de decisiones.</p> <p><b>Financiación</b> La administración total del sistema será responsabilidad de la ADRES y se crearán los Fondos Públicos en Salud que gestionarán los recursos a través de sus cuentas para la operación del sistema.</p> <p>Las diferentes fuentes de financiación se mantienen, cambiando sus usos hacia el fortalecimiento de la red y la implementación de la nueva Estrategia de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.</p> <p>Para financiar las propuestas de atención primaria con los Equipos Básicos de Salud, el desarrollo de infraestructura y dotación, la gestión del talento humano con sus nuevas condiciones laborales entre otros, será necesario la creación de nuevas fuentes de recursos que permitan los flujos para responder a estas demandas del sistema. Es necesario determinar si las rentas cedidas departamentales que hoy financian el régimen subsidiado se reasignan para el fortalecimiento de la red pública departamental: talento humano, infraestructura, dotación, tecnología y que, definitivamente, compromete recursos territoriales a largo plazo.</p>
--	---

**CARTA DE COMENTARIOS DE LA UNIDAD REGIONAL BOGOTÁ, CUNDINAMARCA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADOS CON PROYECTO DE LEY NÚMEROS 340, 341 Y 344 DE 2023 CÁMARA**

*por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

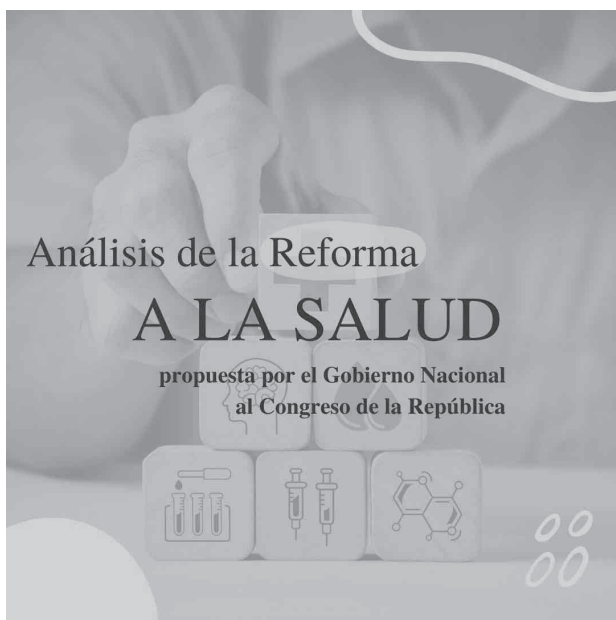
<p>Doctor <b>JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA</b> Secretario General Cámara de Representantes Congreso de la República de Colombia <a href="mailto:secretaria_general@camara.gov.co">secretaria_general@camara.gov.co</a> CARRERA 7 # 8 - 68 BOGOTÁ D.C.</p> <p>Código de verificación: 0F796 </p> <p>ASUNTO: Traslado por competencia rad. MSPS. 202342400670992. Propuestas acerca del Proyecto de ley No. 339 de 2023 Cámara.</p> <p>Respetado Doctor reciba un cordial saludo.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social ha recibido comunicación presentada por la UNIDAD REGIONAL BOGOTÁ CUNDINAMARCA (URBC), con radicado No. 202342400670992, relacionada con el proyecto de reforma a la salud, donde solicita "Si bien en el proyecto de reforma se abordan consideraciones sobre "determinantes sociales de la salud", se presentan fallas conceptuales y se carece en el proyecto de consideraciones suficientes sobre la adecuada caracterización epidemiológica de la población colombiana."</p> <p>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".</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Cordialmente,</p> <p><b>KARINA RINCÓN GONZÁLEZ</b> Asesora para Asuntos Legislativos, Despacho Ministro de Salud y Protección Social</p>
--	---



Unidad Regional Bogotá Cundinamarca (URBC)/ CNQFC  
Análisis de la reforma a la salud propuesta por el Gobierno Nacional al Congreso de la República

## DOCUMENTO DE ANÁLISIS

08 de marzo de 2023



Unidad Regional Bogotá Cundinamarca (URBC)/ CNQFC  
Análisis de la reforma a la salud propuesta por el Gobierno Nacional al Congreso de la República

### CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.1. Inicio del proceso.....	4
1.1.2. Integrantes del equipo de análisis.....	4
1.1.3. Enfoque y secuencia del análisis.....	4
1.1.4. Sobre este documento.....	5
1.1.5. Pasos a seguir.....	5
2. ASUNTOS GENERALES.....	6
2.1. Aspectos conceptuales, transición, recursos y política farmacéutica nacional (PFN).....	6
2.2. Farmacia comunitaria.....	7
2.3. Información en salud.....	8
2.4. Gobernanza.....	9
3. COBERTURA.....	10
4. ACCESO EFECTIVO A LA ATENCIÓN EN SALUD.....	11
5. SOLIDARIDAD.....	13
6. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA/RACIONALIDAD.....	15
7. TRANSPARENCIA.....	18

### PREFACIO

En el contexto nacional de hechos políticos en relación con reforma al sistema de seguridad social en salud se presenta este documento como uno de los productos del proceso que la URBC del CNQFC ha coordinado con el apoyo del nivel nacional del CNQFC en cumplimiento de función misional de la Institución ante la sociedad colombiana.

Este proceso se desarrolla en el marco estratégico definido por la URBC desde 2022 en pro de construir una genuina agenda farmacéutica nacional, propiciando la conformación estatutaria de las primeras dos salas especializadas nacionales del Colegio orientadas a "Farmacia Comunitaria" y a "Política Industrial Farmacéutica en pro de Autonomía Sanitaria", respectivamente, y generando mecanismos de constitución de equipos de análisis sobre asuntos de alta prioridad nacional.

El proceso específico de análisis en curso de la reforma, si bien presenta consideraciones relacionadas con el Proyecto de Ley presentado por el Gobierno al Congreso el 13 de febrero de 2023, no se circunscribe sólo a este proceso legislativo, sino que observa realidades de la atención en salud en Colombia "en clave farmacéutica" y genera consideraciones que serán útiles, sí, en proceso de diálogo del Colegio con las instancias políticas que participan de este proceso específico en el Congreso, aunque también aborda asuntos que deben concretarse en la agenda nacional, más allá de este proceso específico de reforma, como:

1. Aportar mejoras del Plan Nacional de Desarrollo (PND) en aspectos como el necesario avance en autonomía sanitaria del país.
2. Señalar la perentoria necesidad de salto cualitativo en el país en el ámbito de los establecimientos farmacéuticos minoristas, de modo que emerja en Colombia un genuino ámbito de farmacia comunitaria.
3. Urgir al Gobierno en dar cuenta de los resultados obtenidos de una década de la política farmacéutica nacional en términos del Compes 155/2012, y de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y estar en disposición de contribuir en la labor de consolidar al respecto una evaluación rigurosa en pro de proyectar el siguiente decenio de dicha política.

Logros como la aprobación plena en primer debate de Proyecto de Ley 092 de 2022 en Comisión VI del Senado y la agenda de confianza que dicho logro ha implicado al interior del Colegio y con, entre otras instancias, el senador Pedro Flórez y su UTL, la Asociación Colombiana de Programas de Farmacia (Ascolprofar) y los cuatro gremios industriales farmacéuticos de Colombia (AFIDRO, ANDI, ASINFAR, ASCIF), son consecuencia de este proceso que a la vez que busca fortalecer institución, se enfoca en construir profesión en compromiso con la sociedad colombiana y con la comunidad universal profesional farmacéutica.

Con enfoque en que día a día los colegas se perciban mejor representados por el Colegio y prestos a conformarlo e integrarse a sus líneas de acción, la URBC en meses recientes ha logrado que se hayan integrado más de 180 químicos(as) farmacéuticos(as) y ha tejido acciones estratégicas con colegas de múltiples regiones del país e incluso con colegas residentes en el exterior que permanecen atentos a la realidad nacional.

La URBC acoge en sus actividades a colegas que aún no se hayan afiliado al Colegio en su agenda estratégica, que incluye eventos abiertos como el realizado el 01 de marzo de 2023 sobre socialización del proceso de este análisis de la reforma y presentación de aportes de todos los colegas del país. Registro del evento está disponible en:

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Inicio del análisis

En la semana del 30 de enero de 2023 la Unidad Regional Bogotá Cundinamarca (URBC) del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia (CNQFC) convocó con el respaldo del Presidente Nacional del CNQFC a un equipo de colegas que coordinaran una dinámica de análisis de la reforma a la salud, la cual fue radicada por el Gobierno Nacional al Congreso de la República el 13 de febrero de 2023.

#### 1.2. Integrantes del equipo de análisis

A la fecha este equipo de análisis está conformado por los colegas Angela Caro, Angélica Agudelo, Bárbara Gerena, César Huérfano, César Moreno, Diego Galvis, Federmán Núñez, Ismael Basto, Jaime Alejandro Hincapié, Jazmín Prieto, Jhon Jairo Gallo, Juan Camilo Gutiérrez, Juan Pablo Osorio, Maily Riveros, Manuel Machado Beltrán, Miguel Cortés, Orlando Molano, Patricia Zuluaga, Pedro Amariles, Vilma Berrio.

En la construcción de este documento también aportaron la Sala Especializada Nacional en "Farmacia Comunitaria" del Colegio y el colega Camilo Saavedra. El proceso ha contado con el apoyo del comunicador social y periodista Sebastián Gutiérrez.

#### 1.3. Enfoque y secuencia del análisis

Desde la semana del 06 de febrero de 2023 se definió una matriz inicial de análisis que constituyó base del inicio del proceso de análisis.

A la par se dio inicio a acciones de socialización del proceso a través de redes sociales de la URBC

[https://fb.watch/iIKPcBzq\\_Y/](https://fb.watch/iIKPcBzq_Y/)

En la semana del 13 de febrero de 2023 sobre la base de los antecedentes respectivos se propuso un instrumento de análisis según la siguiente secuencia "en clave" o con énfasis en el ámbito farmacéutico:

#### Fase 1

##### 1.1. ¿Qué LOGROS se han alcanzado en atención en salud en Colombia?

¿La reforma los protege o fortalece?

¿La reforma no los protege o los debilita? (por favor identificar el Artículo en el proy. Ley)

##### 1.2. ¿Qué problemas y necesidades persisten en atención en salud en Colombia?

¿La reforma la/o soluciona? Sí/No/Parcialmente

En caso negativo, ¿La reforma la/o profundiza?

#### Fase 2

##### 2.1. ¿Qué le falta al proyecto de ley de la reforma?

##### 2.2. ¿Qué le sobra al proyecto de ley de la reforma?

##### 2.3. ¿Qué hay en la reforma "que hay que reformarle"?

Desde dicha semana se han recibido los aportes de equipos de análisis y se han realizado labores de socialización estableciendo mecanismo abierto a todos los colegas para recibir los aportes según la secuencia antes descrita y el mecanismo detallado en <https://fb.watch/1MuixK4Ozt/?mibextid=dbqmp1>

**1.4. Sobre este documento**  
 En esta versión se presenta a consideración del equipo de análisis texto preliminar síntesis de los aportes recibidos de integrantes de equipo de análisis a través del chat de Whatsapp del equipo como del mecanismo abierto a todos los colegas a través del correo electrónico oficial de la URBC.

El documento está estructurado en una secuencia de los siguientes temas:  
*Asuntos generales, cobertura, atención en salud efectiva, integralidad, Sostenibilidad financiera/razionalidad, Transparencia*

Y a través de una convención de colores señala en subrayado en verde logros de atención en salud, en rojo, problemas/necesidad de atención en salud, en amarillo se resaltan aspectos en los cuales se presentan avances en salud en Colombia, aunque es necesario consolidarlos y a través de una convención tipo semáforo se señala si la propuesta de reforma del gobierno protege o no los logros y si aborda de manera completa o no a los problemas/necesidades.

Al final del documento se encuentra un apartado específico con lo que le sobraría a la propuesta de reforma y las respectivas referencias.

**1.5. Pasos a seguir**  
 Según la hoja de ruta prevista desde el inicio del proceso de este análisis, procede que este documento sea revisado por el equipo de análisis y que según sus aportes sea consolidado y divulgado ampliamente a los colegas del país de modo que se enriquezca con sus contribuciones de manera que se construya un documento institucional del Colegio con el cual se incida en instancias del Congreso de la República a través de audiencias públicas y otros mecanismos, de modo que se aporte en genuino bien del país.


En el país no se cuenta con suficientes profesionales de la salud, en especial médicos especialistas, personal de enfermería y talento humano farmacéutico para lograr salto cualitativo en farmacia comunitaria. Tampoco se cuenta con mecanismos de seguimiento y gestión de migración de talento humano en salud.


Preocupa la forma ligera con que en muy poco tiempo se pretende constituir a hospitales públicos en hospitales universitario, desconociendo los mecanismos consolidados por los ministerios de salud y de educación en décadas recientes.

Preocupa la forma no rigurosa con que emerge de nuevo la figura de "promotores de salud" a través de nuevo proyecto normativo, dado que todo talento humano con responsabilidades en salud debe estar cualificado formalmente y contar con mecanismos para asegurar su idoneidad.

Al respecto es importante recordar que esta figura no es nueva, pre Ley 100 las promotoras de salud eran la piedra angular para detectar casos y referirlos al primer nivel de ser necesario, figura que se ha desdibujado en las últimas 3 décadas y que es importante retomar desde la participación comunitaria, claro está, con la debida capacitación.

**2.2. Farmacia comunitaria**  
 Es perentorio incluir la farmacia comunitaria como una instancia de la atención primaria en salud (APS) que pudiera resolver situaciones en salud y favoreciendo la promoción y la prevención, así como un elemento vital de puerta de entrada al sistema de salud. Al respecto, se desagregan algunas consideraciones que se deberían incorporar al proyecto de reforma:

 Eliminar la figura del empirismo (credencial de expendedor de drogas) en las actividades farmacéuticas dado que va en contravía con la Ley 1164 de 2007 sobre talento humano en salud.

 Es imprescindible incluir actividades farmacéuticas en el marco de la atención primaria en salud, dentro de las redes integradas e integrales de los servicios de salud de cada Departamento y Distrito, de tal manera que el profesional farmacéutico pueda apoyar en:

- Dispensación respetando los regímenes de venta establecidos (con o sin prescripción)
- Indicación farmacéutica
- Educación sanitaria
- Atención Farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico
- Farmacovigilancia
- Desprescripción y desescalamiento de medicamentos.
- Control de antibióticos
- Gestión adecuada de medicamentos de alto interés en salud pública como, por ejemplo: antibióticos, medicamentos de alto riesgo, medicamentos de control especial y para enfermedades transmisibles (tales como lepra, tuberculosis y Chagas).

**2. ASUNTOS GENERALES**

En décadas recientes y en cumplimiento de, entre otras normas, la Ley 212 de 1995 y el Decreto 1945 de 1996, la participación de profesionales químicos farmacéuticos en el ámbito asistencial, en especial en el hospitalario, ha constituido un avance nacional relacionado con reducción del riesgo de eventos adversos asociado al uso de medicamentos y con la gestión de este riesgo a través de programas de farmacovigilancia que en mayor o menor grado están articulados a las redes nacional y territoriales de este campo.

Este avance ha estado compaginado con el incremento en el país de capacidades formativas del talento humano profesional farmacéutico en universidades con pregrados en farmacia, lo que también está relacionado con la creación y consolidación de posgrados relacionados con el área asistencial y sus respectivas líneas de investigación científica que han contribuido a la generación de una masa crítica nacional vigorosa, en crecimiento y en una dinámica de importante trabajo profesional y académico en diálogo con otras disciplinas y con profesionales en otros países.

**2.1. Aspectos conceptuales, transición, recursos y política farmacéutica nacional (PFN)**  
 Si bien en el proyecto de reforma se abordan consideraciones sobre "determinantes sociales de la salud", se presentan fallas conceptuales y se carece en el proyecto de consideraciones suficientes sobre la adecuada caracterización epidemiológica de la población colombiana.

Si bien hay una serie de derechos adquiridos relacionados con regímenes especiales en salud, es válido dar el debate sobre el eventual factor de inequidad que ellos pueden estar generando en el ámbito de salud en la sociedad colombiana.

Preocupa que el Gobierno Nacional no ha presentado a la sociedad colombiana un balance de la década de implementación de la PFN según el marco definido por el Conpes 155 de 2012, ni ha definido cómo se enfocará esta política en el decenio que va inició. Independiente de reforma estas son obligaciones de gobierno que cuyo cumplimiento no se observa avance.


Al respecto en el proyecto de reforma se observa una aparente inconsistencia conceptual cuando se hace referencia a política farmacéutica y a política de tecnologías sanitarias sin definirlos claramente.


Es muy preocupante que no se definen unos mecanismos ni tiempos de la eventual transición del actual sistema al que se implementaría con el proyecto de reforma.


No se observa la disponibilidad de recursos para implementar los avances genuinos en APS, que serían decisivos para que el sistema avance significativamente en su carácter preventivo y predictivo


Es importante propiciar la incorporación del QF a los equipos multidisciplinarios implicados en el manejo de medicamentos para eventos de interés en salud pública (VIH, malaria, PAI, tuberculosis, lepra, etc.) así como de programas de enfermedades crónicas (DM2, HTA, etc.).

- Apoyo a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como, por ejemplo: vacunación, deshabitación tabáquica
- Garantía de la trazabilidad de los medicamentos


 Si bien no es posible contemplar en lo inmediato que haya farmacéuticos suficientes para suplir las necesidades del actual sistema de salud en las actividades propias de acuerdo a la realidad del país, se propone un ejercicio de interconsulta priorizada a los profesionales farmacéuticos desde los equipos involucrados directamente en los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud –CAPIRS – y, modificar la realidad del talento humano en los establecimientos farmacéuticos actuales a través de una profesionalización de las personas para quienes haya sido expedida credencial de expendedor de drogas.

 Dado que no se contempla la figura de la farmacia comunitaria, tampoco se contempla su papel como instancia derivadora al sistema de salud, como sucede en otros países, en los que la farmacia comunitaria a través del farmacéutico apoya a la resolución de síntomas menores de medicamentos de venta libre y que son tratados por los mismos pacientes en los hogares; al no tenerse esta labor farmacéutica se presenta la saturación de servicios de urgencias por enfermedades que podrían tratarse de manera simple.

 Actividades relacionadas con el ámbito de la farmacia comunitaria no son valoradas dentro del sistema de salud como un servicio de salud a prestar (CUPS).

 No se abordan graves fenómenos como uso indiscriminado de antibióticos (resistencia bacteriana), auto prescripción, incremento de eventos adversos y errores de medicación, aumento del gasto de bolsillo, información deficiente en el manejo de medicamentos y su farmacoterapia pudiendo afectar la seguridad y efectividad tratamientos, falta de adherencia a los tratamientos, polimedición no racional, venta de medicamentos adulterados, falsificados y vendidos, venta indiscriminada de medicamentos en establecimientos no farmacéuticos e incluso a través de bodegas (al por mayor).

**2.3. Información en salud**  
 Se reconoce como importante que en la actualidad se cuente con sistemas de información en diferentes ámbitos como son la prestación de servicios (RIPS), vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), precios de medicamentos (SISMED) y dispositivos médicos (SISDIS), farmacovigilancia (SNFV), problemas nutricionales (SISVAN), entre otros, que permiten la toma de decisiones en aspectos clave como la contención e intervención de eventos de interés en salud pública o la regulación de precios de medicamentos, así como también la realización periódica de algunas encuestas de hogares y de demografía y salud.

 No obstante, hay que tener en cuenta que estos sistemas y fuentes de información aún no están debidamente integrados, y se presentan dificultades en la interoperabilidad de estos, y el nivel de desarrollo y consistencia del procesamiento de datos es dispar entre ellos.

<p><b>¿La reforma lo protege o fortalece?</b>  <i>Sí, mediante la implementación del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS como sistema único de información, no obstante, se desconoce si técnicamente es viable su implementación en los tiempos establecidos (1 año), además, no es clara la integración de la información de farmacovigilancia en la parte de medicamentos (Art 105)</i></p> <p><b>¿La reforma no lo protege o lo debilita?</b>  <i>Depende de cómo se implemente el SPUIIS y cómo se diseñe e implemente la Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud.</i></p> <p><b>2.4. Gobernanza</b></p> <p>Debido al alto grado de centralización del país y la insuficiencia técnica en algunos territorios, las Comisiones de Determinantes contempladas en el Artículo 8 pueden requerir de un mayor apoyo técnico desde el nivel central de parte de todos los sectores del gobierno, así como mayores plazos de preparación, fortalecimiento local e implementación.</p> <p><u>Procede exigir una mayor participación de otras agremiaciones de la salud (incluyendo, por supuesto, a los Químicos Farmacéuticos) en el Consejo Nacional de Salud (Artículo 10).</u></p> <p>Es posible que las funciones de Consejos Territoriales en Salud y Comisiones de Determinantes, puedan unificarse en un solo organismo articulando así las políticas nacionales y las necesidades locales.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud, no incluye miembros que representen, entre otros actores importantes, a las cadenas de abastecimiento.</p> <p><u>Preocupa que en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS no se encuentren acciones propias del químico farmacéutico en el ámbito asistencial, lo cual está relacionado con que en el Ministerio de Educación Nacional (MEN) la profesión farmacéutica no esté registrada en el ámbito de la salud. Al respecto es necesario que el CNOFC, Ascolorofar y otras instancias profundicen gestiones ante el MEN y sucesivas ante las entidades correspondientes para que esta situación se resuelva. De este modo se reconocerían acciones donde trasciende la idoneidad del profesional químico farmacéutico en el marco del sistema de salud.</u></p> <p><u>En relación con lo anterior, es urgente que también se profundicen gestiones relacionadas con el necesario ajuste de lo relacionado con el sector "Químico y Farmacéutico" en el "Marco Nacional de Cualificaciones", dado que documento publicado por el gobierno en 2022 presenta graves errores e información tendenciosa en perjuicio de la profesión farmacéutica y su trayectoria. Al respecto el Colegio dirigió derecho de petición a varias instancias de gobierno en 2022 sin que se hayan conocido respuestas sobre esta comunicación que se radicó con sentido de urgencia.</u></p>	<p><b>3. COBERTURA</b></p> <p><u>Hay notorios logros en afiliación. Para 2022 se contaba con una afiliación del 99,12% de la población, aunque hay que advertir que este alto nivel de cobertura no se traduce necesariamente en atención efectiva en salud, ni implica que no existan inequidades, pues persisten evidentes ejes de desigualdad en el acceso a la atención entre territorios, dentro de un mismo territorio, o por regímenes de afiliación. Al respecto es justo reconocer el esfuerzo de reducción de desigualdades en este último aspecto, motivado en su momento por la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional de 2008.</u></p> <p><u>También se destaca que se ha dado cobertura a importante proporción de la población migrante venezolana.</u></p> <p><b>¿La reforma lo protege o fortalece?</b> <i>Sí, aunque la forma como se implementen los cambios propuestos trae dudas sobre la generación de barreras a un acceso efectivo durante la implementación.</i></p> <p><u>En la estructura normativa, el sistema de salud garantiza una cobertura amplia de tecnologías en salud al compararse con el listado de medicamentos esenciales de la OMS.</u></p> <p>No obstante, ante múltiples barreras, los pacientes afrontan demoras y problemas de acceso, lo cual se evidencia, entre otros ámbitos en el de judicialización del derecho a la salud en especial vía tutelas</p>
<p><b>4. ACCESO EFECTIVO A LA ATENCIÓN EN SALUD</b></p> <p><u>Se ha propiciado la priorización de atención de pacientes con cáncer</u></p> <p><b>¿La reforma lo protege o fortalece?</b>  <i>No se menciona en el Art.102</i></p> <p><u>Se han logrado avances (aunque limitados y parciales) en la gestión y seguimiento de la atención de los pacientes con algunas enfermedades desatendidas.</u></p> <p><b>¿La reforma lo protege o fortalece?</b>  <i>Si bien se contempla el reducir incidencia y fortalecer diagnóstico y tratamiento, no se observa mecanismo efectivo para resolver la falta de disponibilidad de muchas de las pruebas diagnósticas en el país (Art. 100).</i></p> <p><u>Se ha contado con adopción de modelos de contratación de servicios y medicamentos, a nivel de compra centralizada en medicamentos de alto costo.</u></p> <p><u>La red de prestadores se encuentra concentrada en las grandes ciudades (especialmente alta complejidad) y en zonas específicas de las mismas (ej: buena parte de las clínicas y hospitales de Bogotá están en el oriente de la ciudad pero la gran mayoría de población reside en el occidente).</u></p> <p><b>¿La reforma la/o soluciona?</b>  <i>Sí, pero sólo si se implementa correctamente la APIRS favoreciendo un acceso equitativo y una reducción el gasto de bolsillo en las poblaciones con mayor inequidad (ver apartado de Solidaridad).      Sí, aunque es imprescindible que la forma de implementar el enfoque de determinantes y la APIRS sean adecuadas y con recursos suficientes para poner a punto capacidades nacionales/locales o mecanismos eficientes de participación transectorial.</i></p> <p><u>Hay zonas en las que la atención en salud no es efectiva</u>  <b>¿La reforma la/o soluciona?</b>  <i>Parcialmente a través de los CAP, que tendrían clara cobertura territorial.</i></p>	<p><u>Se presentan demoras en la atención en salud (incluido acceso a medicamentos), lo cual impacta gravemente algunos resultados en salud.</u></p> <p><b>¿La reforma la/o soluciona?</b>  <i>No se especifican tiempos de atención.</i></p> <p><u>Hay dificultades en procesos de atención para el paciente y también para sus cuidadores. Es muy importante fortalecer la dinámica de cuidado, en especial de cuidado crónico y específicamente urge abordar el ámbito de la conciliación medicamentosa al egreso hospitalarios de pacientes crónicos, en especial polimedicados.</u></p> <p><b>¿La reforma la/o soluciona?</b>  <i>No se observa mecanismo que garantice avance.</i></p>



### 5. SOLIDARIDAD

En el sistema es notorio el principio de solidaridad en el financiamiento, donde las personas con capacidad de pago ayudan a sostener a aquellas que no la tienen (apoyo del régimen contributivo al subsidiado).



**¿La reforma lo protege o fortalece?**  
 Si, se mantiene la solidaridad según lo mencionan los Artículos 19, 20, 26 y 30.

En Colombia se tiene un gasto de bolsillo PROMEDIO bajo frente a otros países de la región, con un nivel de cerca del 15% según Minsalud 2022, aunque hay que señalar inequidades en el riesgo de incurrir en gasto catastrófico según nivel socioeconómico y nivel de demanda de servicios. En términos del gasto total de los hogares se expresan ejes de inequidad del gasto según algunas variables socioeconómicas, geográficas y de nivel de demanda de servicios.



**¿La reforma lo protege o fortalece?**  
 Si, "mediante la Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud replanteada cada 4 años (Art 123)"  
 Se sigue contribuyendo a través de las cotizaciones de trabajadores/ empleadores.



**¿La reforma no lo protege o lo debilita?**  
 Una implementación inadecuada de las reformas puede llevar a que la población tenga que adquirir medicamentos por su cuenta aumentando el gasto de bolsillo y catastrófico.

Se mantiene el acceso a atención diferenciada (inequitativa) según capacidad de pago (contributivo vs subsidiado, aunque hay avances al respecto), o filiación institucional (régimen especial) no atendiendo al acceso igualitario a la atención en salud como un derecho inherente a la categoría ciudadano/residente del país.



**¿La reforma la/o soluciona?**  
 Si técnicamente, al establecer que la capacidad de pago, preexistencias o períodos de cotización no pueden ser barreras de acceso, así como al definir a la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud – APIRS (Art 84, 93) con un enfoque territorial. No obstante, esto depende de las capacidades, recursos y tiempos adecuados para su implementación (Art 149 sobre régimen de transición)...PERO: Podría potencialmente profundizarlo de no contar con los recursos, tiempos y capacidades necesarias para implementar el APIRS (art 149), así como las medidas suficientes para evitar el uso innecesario de recursos. No se observan mecanismos contundentes para afrontar los ejes de desigualdad (por mayor demanda, nivel socioeconómico, o ubicación geográfica) a nivel de gasto de bolsillo en general y farmacéutico en particular.



Si, pero sólo si se implementa correctamente la APIRS favoreciendo un acceso equitativo y una reducción el gasto de bolsillo en las poblaciones con mayor inequidad, frente a este último apartado también es clave la Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud... PERO: Si la forma de implementar el enfoque de determinantes y la APIRS no son adecuados o si los recursos, capacidades nacionales/locales o participación transectorial no son suficientes.

### 6.SOSTENIBILIDAD FINANCIERA/RACIONALIDAD

Es importante contar con un sistema de regulación de precios de medicamentos para garantizar su acceso y la sostenibilidad financiera del sistema, complementado con mecanismos de compra centralizada de vacunas, tratamientos de hepatitis C y algunos medicamentos para enfermedades de interés en salud pública



**¿La reforma lo protege o fortalece?**  
 Si, pero sólo indirectamente, pues si el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS se implementa correctamente su componente de precios de tecnologías se vería beneficiado.  
**¿La reforma no lo protege o lo debilita?**  
 Depende de cómo se implemente el SPUIIS y cómo se diseñe e implemente la Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud.

Se presentan fallas en el mercado de competencia de aseguramiento, lo que ha llevado al cierre de muchos aseguradores generando una concentración tendiente al oligopolio con los riesgos de problemas sobre la calidad y eficiencia que esto implica



**¿La reforma la/o soluciona?**  
 Si pues se cambia la naturaleza de las EPS, aunque se desconoce si bajo la nueva figura sea viable su operación. Si la nueva figura de las hoy EPS no permite el establecimiento de un mercado rentable para su operación, significaría su cierre en el caso de las entidades privadas y podría suscitar ineficiencias de operación en las de carácter público

En algunos casos se ha abusado del mecanismo de tutela como vía a acceso a atención en salud.



**¿La reforma la/o soluciona?**  
 No se observa solución.

Es necesario desestimular a sobreutilización de servicios/tecnologías INNECESARIOS (no solo la educación al usuario) en pro de optimizar uso adecuado de recursos públicos.



**¿La reforma la/o soluciona?**  
 No hay claridad del funcionamiento de eventuales instancias de autocontrol de médicos o de gestión de riesgo financiero

Es necesario definir con mayor claridad fuentes de financiamiento, precisando los recursos necesarios y mecanismos de pago (Art. 40).

No es claro a nivel de la gestión de control de precios en productos, y no se observan medidas para mantener lo que actualmente se realiza en cuanto a la prescripción en denominación común internacional y concentración. Art. 105.

Se debe establecer el perfil fármaco epidemiológico como herramienta de compra de medicamentos (Art. 123).

No se observan políticas que propendan por el autocuidado, que involucren al paciente como primer interesado en su proceso de salud.

Se tiene en Colombia un gran número de intermediarios en la cadena de abastecimiento sin clara dinámica de agregación de valoración ni de regulación integral.

Falta definir mecanismo y criterios de actualización de planes de beneficios.

Es crítico que no se observa reconocimiento a la acción de gestores y operadores logísticos y por lo tanto no se tiene en el proyecto de reforma una eventual fase de transición al respecto.

Es necesario definir rol de establecimientos farmacéuticos minoritarios y su articulación con la Reforma.

Se evidencia la necesidad de evaluar el efecto regulador y normativo de los medicamentos en el marco del funcionamiento del servicio farmacéutico. Se sugiere articulación con los programas de farmacovigilancia.



En los centros APIRS debe ser propiciarse transición de modo que la información de las actuales E.P.S se valore, proteja y fluya para no comenzar de cero.

Debe procederse con un mecanismo de referenciación de ejemplos internacionales de implementación de sistemas basados en APIRS, para el diseño de los tiempos del plan de implementación de la correspondiente transición.

Respecto a art. 86/ actualmente ya existe un sistema de referencia y contra referencia que es la plataforma de la ADRES.

Se observa sesgo al asumir el copago como una barrera de acceso (Art 26), pues este es, al menos en la teoría, una medida válida para evitar el uso innecesario de servicio y tecnologías.

En el Art. 13 no se genera claridad del objetivo de entregar informes de los consejos territoriales en salud a las universidades, cuando estos informes actualmente son de carácter público y están disponibles en web del Minsalud.

<p>En la sección de medicamentos del SPUIIS del Artículo 106 sería recomendable se integrara también la información de seguridad de los medicamentos con base al programa de farmacovigilancia y el SIVIGILA.</p> <p>Es necesario mayor análisis sobre las capacidades de la ADRES para considerar la viabilidad o no de sus nuevas funciones. La experiencia acumulada de las EPS en aspectos contables, administrativos y financieros debería aprovecharse.</p> <p><u>Art. 30: Definir la gestión de recursos de una región por la distribución poblacional, no tiene en cuenta la carga enfermedad de la misma.</u></p> <p>Art. 54: Actualmente las E.P.S tienen la red más grande de prestadores de salud y con más equipos de diagnóstico, su infraestructura debe ser aprovechada de formas adicionales a las descritas en este artículo: Compra de medicamentos, gestión de riesgo, modelos de contratación y RIAS ya establecidas.</p> <p><u>Art. 60: La forma de determinar el presupuesto a cada institución, por intermedio de un presupuesto definido por el director, desconoce las limitantes presupuestales del Estado.</u></p> <p>Art. 76: Desconoce a los operadores logísticos y gestores farmacoterapéuticos.</p> <p>ART. 81: Desconoce que ya existe una regulación para el tema de habilitación de servicios farmacéuticos.</p> <p>Art. 83: El Artículo. genera un retroceso en el proceso que actualmente llevan a cabo las e.p.s. Actualmente estos centros ya se están definiendo por el hogar de las personas. Al obligar a las personas a inscribirse a un lugar en específico y que no exista un sistema obligatorio de afiliación se vuelve un problema de acceso.</p>	<h2 style="text-align: center;">7. TRANSPARENCIA</h2> <p><u>Es necesario robustecer a los sistemas de información en salud.</u> ¿Lo resuelve la reforma?</p> <p style="text-align: center;"> Parcialmente a través del Art. 102.</p> <p><u>Hay ausencia de claridad sobre alcance, funciones y responsabilidades de las Asociaciones de pacientes</u></p> <p style="text-align: center;"> ¿Lo resuelve la reforma? No se menciona.</p> <p><u>Es necesario darle mayor énfasis en la utilización adecuada de los recursos, así como la eficiencia y mecanismos para lograrlo, en las funciones y obligaciones de Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES planteadas en el Artículo 22 y 24. Lo anterior debido a que la falta de controles adecuados lleve al despilfarró de recursos públicos y a la afectación de la calidad y del acceso a los servicios.</u></p> <p><u>Es necesario un fortalecimiento de la periodicidad y tipo de encuestas en salud, como fuente de información específica del sector no cubierta por otras encuestas de hogares ni por los sistemas de información habituales</u></p> <p><u>Es importante consolidar la historia clínica digital, como herramienta de seguimiento de atención.</u></p> <p><u>El modelo actual de Inspección, Vigilancia y Control, y en general de vigilancia sanitaria debe cubrir adecuadamente a todos los establecimientos que implican riesgo en salud, y que dichas funciones sean cumplidas por talento humano idóneo (químicos farmacéuticos y regentes de farmacia) y estén debidamente cubiertas las funciones por cargos estables y también que se definan los mecanismos de control para que este tipo de funciones no estén cooptadas por intereses ilegítimos.</u></p>
<h2>Bibliografía</h2> <p>Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Proyecto de Reforma a la Salud.</p> <p>Alvis, J. Marrugo, C. Alvis-Zakzuk, N. Gómez, F. Florez, A. Moreno, D. Alvis-Guzmán, N., (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia Rev. salud pública 20(5), 591-598.</p> <p>Faus M. J., Amariles P., &amp; Martínez F. (2008). Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Grupo de Investigación Farmacéutica. Universidad de Granada.</p> <p>Figueredo, D. A. (2020). El acceso a medicamentos en Colombia y los contornos de un derecho y una política farmacéutica a medio camino. Justicia 25(37), 125-149.</p> <p>Gutiérrez, J. C., Gasto catastrófico en salud y variables correlacionadas en una muestra de hogares de 37 municipios del departamento de Cudinarmarca (Colombia), 2017. Universidad Pompeu Fabra, 2019. URL: <a href="https://repositori.upf.edu/handle/10230/43285?locale-attribute=en">https://repositori.upf.edu/handle/10230/43285?locale-attribute=en</a></p> <p>International Pharmaceutical Federation (2016). Community Pharmacy Section. Vision 2020.</p> <p>Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud (2019). Informe Técnico 11: Acceso a Servicios de Salud en Colombia. URL: <a href="https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf">https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf</a></p> <p>López, C. Y., Zapata, D., Vanegas, M. V. Modelos de Contratación de Salud en Colombia. Universidad CES. Facultad de Medicina. 2019. URL: <a href="https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3978/1026146069_2019.pdf;jsessionid=0BC32221A710E8060AE261725F0F1949?sequence=3">https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3978/1026146069_2019.pdf;jsessionid=0BC32221A710E8060AE261725F0F1949?sequence=3</a></p> <p>Lugo, G. B., Vera, Z. C., Aguilar-Rabito, A., Samaniego, L. R., &amp; Maidana-de-Larroza, G. M. (2019). Barreras que impiden la implementación efectiva de la Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica (Internet), 60(4), 199-204.</p> <p>Moreno C. E (2007). Visión Histórica de la farmacia en Colombia. Bogotá, Colombia: Grupo APSIS.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras del aseguramiento en salud. En: <a href="https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx">https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx</a></p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la conformación, organización y gestión de las redes de prestación de servicios de salud .URL: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf</a></p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. Criterios para Identificar Patologías de Alto Costo en Colombia. URL: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf</a></p>	<p>Oñatibia-Astibia, A., Aizpurua-Arruti, X., Malet-Larrea, A., Gastellurrutia, M. Á., &amp; Goyenechea, E. (2021). El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. Ars Pharmaceutica (Internet), 62(1), 15-39.</p> <p>Organisation for Economic Co-operation and Development. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. URL: <a href="https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm">https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm</a></p> <p>Organización Panamericana de la Salud &amp; Organización Mundial de la Salud (2013). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.</p> <p>Pharmaceutical Group of the European Union (2012). Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europa.</p> <p>Rojas, M. L., (2021). Desigualdades territoriales en la mortalidad potencialmente evitable de niños menores de cinco años. Colombia, 2000-2019. Pontificia Universidad Javeriana. URL: <a href="https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/23871">https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/23871</a></p>

**C O N T E N I D O**

Gaceta número 848 - Miércoles, 12 de julio de 2023

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**CARTAS DE COMENTARIOS**

**Págs.**

Carta de comentarios de la Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales acerca del Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara, acumulados con Proyecto de ley números 340, 341 y 344 de 2023 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones, aprobado en primer debate en la Cámara de Representante .....	1
Carta de Comentarios del Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara, acumulados con Proyecto de ley números 340, 341 y 344 de 2023 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.....	5
Carta de comentarios de la Unidad Regional Bogotá, Cundinamarca al Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara, acumulados con Proyecto de ley números 340, 341 y 344 de 2023 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. ....	13