Consensos para la Transformación del Sistema de Salud en Colombia

formulados por la Mesa Antioquia

MESA ANTIOQUIA

Por la transformación del sistema de salud colombiano

El presente documento: **Consensos para la Transformación del Sistema de Salud en Colombia,** versión 2021, es el resultado de un trabajo colectivo de la **Mesa Antioquia por la Transformación del sistema de salud colombiano,** y puede ser reproducido citado la fuente.

Para comentarios, sugerencias y aportes académicos puede escribir al correo electrónico: info.mesaantioquia@gmail.com

Presentación 2

Introducción 3

Línea 1. La Salud Pública 6

Línea 2. Rectoría y gobernanza del sistema de salud 12

Línea 3. Financiamiento 18

Línea 4. Aseguramiento social en salud 24

Línea 5. Prestación de servicios de salud 28

Línea 6. Talento Humano 34

Línea 7. Tecnologías en salud 40

Referencias 45

Presentación

La Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud colombiano es un colectivo de pensamiento que durante los últimos diez años ha debatido en torno a la salud como un derecho fundamental bajo una óptica amplia que incluye al concepto bienestar general, físico y mental, como elementos constitutivos de la salud.

Desde este trabajo, y luego de escuchar múltiples visiones, argumentos, y posturas, creemos que existen una serie de elementos que podrían constituirse en orientadores en la ruta de estructuración de lo que deben ser las grandes líneas de todo sistema de salud. Estos planteamientos, a los que hemos denominado **Consensos,** son los que se publican en el siguiente documento, el cual compartimos con el fin de buscar su enriquecimiento, pero también, para difundir entre la comunidad especializada, y la ciudadanía general, en la convicción de que es la participación de todos lo que permitirá construir un sistema de salud equitativo, justo, eficiente y que responda a las necesidades de los colombianos.

Agradecemos la difusión que pueda hacer de este documento y quedamos atentos de sus observaciones y comentarios al correo electrónico info.mesaantioquia@gmail.com

Introducción

Los **Consensos** se dividen en una serie de "Líneas" que recogen los planteamientos esenciales y fundamentales para lograr el máximo bienestar posible a los ciudadanos en cada uno de los aspectos abordados. La primera versión de los **Consensos** circuló en 2012, posteriormente fueron actualizados en 2017, y de nuevo en 2020, en cada una de esas oportunidades se realizaron modificaciones que permitieran facilitar la construcción de la agenda en salud del país.

Las ideas presentadas son el resultado de los análisis y propuestas concebidas por un colectivo de líderes de la salud que incluyen prestadores, aseguradores, servidores públicos, la academia, usuarios, autoridades sanitarias, y organismos de control, entre otros, y pretenden motivar la unión y el fortalecimiento de una alianza nacional con grupos y personas que trabajen con el mismo ideal de lograr un mejor sistema de salud en Colombia. Estamos convencidos de la necesidad de realizar cambios estructurales importantes en el sistema de salud colombiano con el objetivo central de garantizar el goce efectivo por el derecho fundamental a la salud.

Esta versión de los **"Consensos de la Mesa Antioquia"** se actualiza en medio de la pandemia de Covid-19, por

ese motivo el grupo ha revisado las versiones previas a la luz de las funciones esenciales de la salud pública, conscientes de la necesidad de repensar su rol y misión global, regional, nacional y local. La pandemia ha evidenciado la necesidad de un salto cualitativo y urgente en procura de reformas coherentes con la coyuntura del siglo XXI. El mundo no estuvo preparado, según el reglamento internacional, para enfrentar una crisis sanitaria que profundizó la crisis económica que ya vivían millones de personas en todos los países.

Un nuevo modelo de salud pública requiere estar más cerca de:

a) una vigilancia de la salud activa, en tiempo real, y orientada al bienestar de la población,
b) revitalizar y dotar los sistemas de emergencias y desastres de la bioseguridad requerida,
c) avanzar para reactivar la economía en la protección social de los más vulnerables, con énfasis en la seguridad ambiental, alimentaria y ocupacional,
d) garantizar la movilización y participación social en salud, trabajando en redes de apoyo social y comunitaria para la gestión integral de la salud pública y
e) construir en todas las regiones y países bases sólidas sostenibles para la investigación en salud pública y producción de insumos estratégicos para lograr soberanía en la disponibilidad de los mismos.

Esta nueva fase de la salud pública, *resignificada*, debe tener mayor gobernanza, liderazgo y desarrollo territorial, requiere también de una estrategia de atención primaria en salud con enfoque de salud familiar adelantada por equipos interdisciplinarios sólidos, estables, bien financiados, y con sentido de pertinencia para trabajar en los determinantes sociales de la salud, y en el caso colombiano, con base en la Ley Estatutaria 1751 que regula el derecho fundamental a la salud.

La salud pública, el trabajo digno, la protección social y la bioseguridad, son las guías para la construcción de nuevos modelos de salud basados en la promoción y mantenimiento de la salud, la detección precoz y cuidado temprano de la enfermedad, del cuidado del planeta, de la justicia social y la paz. Los objetivos de desarrollo sostenible siguen vigentes, pero quizás hay que remodelar los énfasis y las estrategias para alcanzarlos en un mundo que debe reactivarse hacia una nueva economía para la sostenibilidad del planeta y el cuidado integral de las personas.

Línea 1

La Salud Pública

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

La Salud Pública

- Hacer efectivo el cumplimiento de la Ley Estatutaria en lo relacionado con: *"Es deber del estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de calidad de vida orientadas al logro de la equidad en salud de la política pública en salud"*. (Ley 1751 artículos 9 y 20).

- Recuperar las tareas de rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria en cada territorio (conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia del aseguramiento, armonización en la provisión de servicios y la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública; mediante el liderazgo del estado en la conducción de la salud pública como función indelegable, inserta en las políticas públicas con responsabilidad de todos los sectores del desarrollo. (Ley 1122 de 2011).

- Fomentar la creación de mesas de análisis situacional lideradas por el ente territorial para una gestión conjunta de las decisiones en salud pública. Mejorando las competencias del talento humano y de las secretarías de salud para el análisis situacional de salud y la toma de decisiones en tiempo real.

- Estandarización en las metodologías para realizar inteligencia sanitaria acerca de la situación de salud.

- Fortalecimiento de la participación social y ciudadana para la apropiación social del conocimiento en pro de complementar el desarrollo de los Análisis de Situación en Salud (ASIS).

- Desarrollar procesos de formación continua a los servidores públicos municipales para la formulación, implementación y seguimiento a los ASIS. Cada ente territorial departamental priorizará a aquellos municipios con menores transferencias por el SGP y con menor disponibilidad de talento humano, con el fin de implementar estos procesos formativos en alianza con las universidades, mediante un plan de formación concertado previamente.

- Creación de incentivos para una acción intersectorial por la salud efectiva en todos los niveles del gobierno.

- Implementar un sistema de vigilancia en salud pública que incluya, entre otros: vigilancia de los determinantes sociales de la salud, el acceso a los servicios de salud, vigilancia epidemiológica y de la salud ambiental; apropiando los recursos que sean necesarios para investigar problemáticas específicas.

- Trascender a una vigilancia epidemiológica que genere un salto cualitativo hacia el análisis intersectorial de los determinantes sociales de la salud para una adecuada gestión integral de la salud pública.

- Romper con la segmentación de las responsabilidades en salud pública que las reduce a un conjunto específico de acciones a cargo de los entes territoriales, buscando la confluencia de los actores del sector privado mediante la APS-R para impactar los DSS.

- Creación de nuevas fuentes de financiamiento e instancias para la gestión regionalizada de la salud pública. La promoción de la salud, en un sentido amplio concibe: la inclusión de la salud en todas las políticas de estado que puedan influir en la salud de la población y la evaluación de su impacto; la abogacía por el bienestar de la población; la generación de entornos saludables para el disfrute de la vida en todas las etapas; el desarrollo de acciones de información, educación y comunicación para la salud; el fomento de capacidades y habilidades humanas para los cambios en los modos de vida; y la reorientación de los servicios de salud hacia modelos que privilegien la promoción de la salud.

- Implementar un plan nacional de salud rural integral.

- Fortalecer los diferentes espacios y programas de participación de los individuos, familias y comunidades, para el acompañamiento a los problemas prevalentes en salud pública.

- Incluir las voces ciudadanas en los procesos de formulación de los planes territoriales de salud pública como lo ordenan la Constitución Política de Colombia, la Resolución 1536 de 2015 y la Resolución 1063 de 2017.

- Incentivar las alianzas público-privadas en el marco de la responsabilidad social territorial para contribuir con los modelos territoriales de gestión en salud pública.

- Generar alternativas de autogestión y autosuficiencia de las comunidades para impactar los determinantes sociales de salud.

- Incrementar las capacidades de asesoría y asistencia técnica de los departamentos para desarrollar y fortalecer la acción planificadora y gestión de los municipios.

- Promover e incentivar las asociaciones de municipios para la implementación de modelos regionalizados de gestión en salud pública, que atiendan a las demandas de los municipios con fundamento en los principios enunciados en la Ley 1454 de 2011.

- Fortalecer el rol de los departamentos para la regulación y fiscalización en materia de salud pública.

- Recuperar la capacidad del estado frente a las funciones que le fueron entregadas a los actores del mercado, mediante la creación de un sistema integrado de inspección, vigilancia y control.

- Incentivar procesos formativos para la identificación de los riesgos de cada municipio y la formulación y actualización oportuna de los planes territoriales de emergencias y desastres.

- Redimensionar las transferencias a los territorios para la atención pertinente de los eventos naturales y antrópicos que ponen en riesgo la vida y la salud de los colectivos.

- Monitoreo permanente a los avances en relación con los determinantes sociales de la salud en conexión con los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante la figura de los Comités Intersectoriales por la salud a nivel de los territorios y en un gran Consejo Nacional de Salud del nivel nacional.

Línea 2

Rectoría y gobernanza del sistema de salud

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

Rectoría y gobernanza del sistema de salud

(Principios y valores, planificación, orientación del modelo de salud, inspección vigilancia y control)

- El Estado debe garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (1).

- Consecuente con la Ley Estatutaria en Salud (LES) el estado debe *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población (1), asimismo al derecho fundamental a la salud, "su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado"* (2,3).

- El modelo de atención de todo el sistema de salud debe estar basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Entendemos la APS como el cuidado integral (cuidado esencial) de la salud basado en métodos y

tecnologías costo-efectivas y socialmente aceptables para todas las personas, familias y comunidades, con su plena participación, ajustados a sus necesidades (4).

- Se debe promover la interdisciplinariedad y la intersectorialidad para abordar los determinantes de la salud.

- Es necesario adecuar la planificación y gestión de la salud a las necesidades espacio-poblacionales.

- Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud serán instancias del ámbito nacional, departamental, subregional, distrital, municipal y zonal urbanos.

- Entendemos el Plan Decenal de Salud Pública como el principal instrumento para la orientación y el ordenamiento sectorial y su relación con los planes nacionales, departamentales y municipales de desarrollo para implementar la acción intersectorial por la salud.

- Debe crearse un Consejo Nacional de Salud que haga parte del modelo de rectoría y gobernanza del sistema de salud.

- Los Consejos Departamentales de Salud estarán conformados por: Secretaría departamental quien lo preside, director de planeación departamental, representantes de secretarios de salud municipales, representantes de

hospitales públicos, representantes de hospitales privados, academia, sociedad civil organizada.

- Será función del Consejo Departamental de Salud elaborar planes maestros decenales de gestión territorial de salud que incluirán diseño, monitoreo y evaluación del modelo de atención integral, estructuración de las redes integradas e integrales de servicios salud (RIISS), planificación del talento humano, tecnologías y asignación de recursos según necesidades de la población.

- Proponemos diseñar un modelo de gradualidad de asunción de competencias en salud de los entes territoriales de acuerdo con su capacidad de gestión, con criterios de equidad, técnicos y de subsidiariedad, concurrencia y complementariedad, teniendo en cuenta el ordenamiento territorial vigente en el país.

- Proponemos la modificación de régimen de competencias y recursos en salud de los niveles territoriales, definiendo un modelo de rectoría y gobernanza de las autoridades sanitarias, contemplando la capacidad de gestión, para cumplir las funciones indelegables del estado en salud, y adecuando la estructura del estado a las necesidades del territorio vinculando el talento humano que se requiera.

- Proponemos la implementación de un sistema integrado de inspección, vigilancia y control con presencia efectiva, de forma desconcentrada y autónoma a nivel territorial.

- Con respecto a la regulación del sistema, es necesario definir el papel del Consejo Nacional de Salud como órgano de concertación de políticas en el sistema de salud; contara con una Secretaría técnica.

- Se debe fortalecer el liderazgo y conducción del Ministerio de salud y de las direcciones de salud territoriales.

- Deben definirse las nuevas competencias, funciones y mecanismos de coordinación de los actores del sistema, garantizando la cobertura de todas las necesidades en salud de la población.

- Las secretarías departamentales y municipales de salud deben ser autónomas para el ejercicio de su función rectora de la salud pública en sus territorios, para así tener capacidad permanente y suficiencia del talento humano vinculado bajo la modalidad de carrera administrativa, que les permita asumir responsabilidades, rompiendo con el esquema de tercerización atravesado por el clientelismo al que se han visto abocadas con la reducción del tamaño del estado.

- Las Direcciones Territoriales de Salud, en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, deben ser las encargadas de coordinar en su territorio la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud y su papel en este campo debe prevalecer sobre las funciones de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su territorio.

Línea 3

Financiamiento

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

Financiamiento

- Se entiende por sostenibilidad financiera del sistema el equilibrio entre la suficiencia de los recursos financieros para el cuidado de la salud y su aplicación para responder eficientemente, y con calidad, a las necesidades en salud de la población, en el marco del seguro nacional de salud descentralizado.

- Colombia debe pensar en fuentes alternativas de financiamiento del Sistema de Salud. Las tradicionales han agotado su capacidad para dar respuesta a las necesidades en salud pública y para la atención a los eventos en salud. Se deben explorar las siguientes

    - Incrementar los recursos del SOAT, a partir de un mayor control en el pago de las primas y la evasión, no es razonable que cada vez crezca el parque automotor y el valor de los vehículos y el incremento es solo el inflacionario. El SOAT representa el 3 % del total de las fuentes de financiación.

    - Las rentas cedidas recaudadas por los entes territoriales están estancadas, se requiere generar estímulos para un mejor recaudo. Los departamentos son los responsables del recaudo, se centralizan los recursos y el retorno de los beneficios es menor. Se requiere mayor

autonomía para administrar estos recursos por parte de los entes territoriales. Las rentas cedidas representan el 3 % de las fuentes.

- Los proyectos de regalías deben ser tenidos en cuenta para financiar la salud.

- Se debe pensar en una contribución del impuesto predial para la salud.

- Todavía hay márgenes para obtener recursos a través de nuevos juegos de azar novedosos.

- El impuesto del 4 x 1000 que cumplió el papel de financiar la crisis financiera del sector bancario debe ser utilizado para financiar el incremento en las necesidades financieras del sector salud.

- El Sistema de Administración de Riesgos Laborales ARL trasladará a la Adres una contribución solidaria para la gestión del riesgo en salud de la población del Régimen Subsidiado que participa de la economía informal.

- Se deben mantener como prioritarias las fuentes de financiación del sistema a través de impuestos generales y no a través de la parafiscalidad. Hoy, los impuestos generales son la fuente principal. Esto ya es un logro y una tendencia mundial.

- Se deben igualmente, crear nuevas fuentes de financiación vía impuestos a sectores y/o productos que generen riesgos a la salud de los residentes en el país. Conocidos como impuestos saludables.

- Colombia debe mantener el mecanismo de agrupar sus recursos en una cuenta mancomunada fondo único para mantener su equidad financiera. Las fuentes, el Fondo y la UPC que de él se derivan, de acuerdo con las sentencias y la Ley estatutaria son recursos públicos y deben ser utilizados exclusivamente para la atención integral en salud que se defina para la población y buscando como principio el logro de metas sanitarias

- Los recursos deben estar a disposición para financiar la salud de todos los residentes en el país, incluyendo población migrante debidamente registrada. Los recursos que se destinen para financiar la atención en salud pública y la atención individual de los eventos debe establecerse en función de los riesgos

- En algunas regiones del país se requieren mecanismos de financiamiento y formas de organización de los servicios de salud diferentes a la competencia regulada. En la transición del modelo, para regiones alejadas como los territorios nacionales y otros municipios pequeños, la financiación debe ser vía oferta (subsidio).

- Las entidades territoriales serán garantes del adecuado uso de los recursos al igual que de los logros en las metas en salud para su población. Los recursos de la UPC en ningún caso deben ser considerados como primas de pago de seguros; en el sentido que el aseguramiento es responsabilidad estatal.

- Se destinará un valor porcentual del per cápita para funciones propias de la administración, logística y gestión del riesgo. El gasto de la UPC para actividades administrativas en los dos regímenes no debe pasar del 7 %.

- Se deben simplificar los procesos y trámites administrativos que no agreguen valor al cuidado de la salud, evitando costos y gastos innecesarios. La facturación (la factura) como proceso central debe ser superada con modelos de pago más integrales y menos transaccionales.

- La integración y coordinación de redes, servicios y actividades deben ser prioritarias de manera que se facilite el proceso de prestación de los servicios de salud, incorporando compromisos para la gestión integral de riesgo y formas de pagos globales, integrados y eficientes.

- Se debe propiciar mayor eficiencia en el gasto: compras a escala y centralizadas, negociaciones conjuntas. Continuar con una política de regulación y control de precios en los medicamentos e insumos.

- Se debe continuar con el desarrollo de un modelo enfocado en la prevención y gestión del riesgo como una contribución a una mejor gestión y sostenibilidad financiera del sistema.

La salud pública como prioridad colectiva debe financiarse con fuentes estables y recursos crecientes que se definan en la reforma del sistema general de participaciones. Hoy es el 10 % y la gradualidad en el crecimiento debe ser un punto porcentual anual hasta llegar al 15 %. La destinación debe ser hacia los planes de intervenciones colectivas y los eventos de interés en salud pública. De esta manera se podrá garantizar una cobertura del 100 % del territorio nacional y de manera permanente. No debe seguir las intermitencias de principio de año en la garantía de la salud pública.

Línea 4

Aseguramiento social en salud

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

Aseguramiento social en salud

(Seguro nacional de salud descentralizado)

- Entendemos por aseguramiento social en salud la garantía que brinda el estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el estado.

- Incluye la integración y coordinación de actividades que faciliten el proceso de prestación de los servicios de salud, incorporando compromisos de gestión y formas de pagos globales prospectivos para servicios que deben ser garantizados por el estado (subsidio a la oferta donde se defina como necesario).

- La contribución de las entidades territoriales en el aseguramiento social en salud consistirá en liderar la planificación y acción intersectorial para modificar determinantes, condicionantes y riesgos para la salud.

- Se crearán Entidades Descentralizadas de Seguridad Social en Salud, de carácter departamental, una por departamento, que administren la totalidad de recursos

del aseguramiento social en salud de ese territorio, recursos con destinación específica y sin unidad de caja con la tesorería del ente territorial. También se podrán hacer convenios de cooperación entre departamentos.

- Las Entidades Descentralizadas de Seguridad Social, tendrán gobierno colegiado con representación de trabajadores, empresarios, proveedores de servicios, sociedad civil, academia, entre otros.

- Lo anterior implica que la administración del sistema no se puede delegar en particulares, es responsabilidad exclusiva del Estado. Se debe replantear y transformar la actual figura de las EPS. Ratificamos que el real responsable del aseguramiento, la garantía del servicio y la atención es el Estado. Las EPS podrán transformarse en prestadores de servicios en las lógicas de la gestión del riesgo.

- Los departamentos y distritos cumplirán con las funciones de adscripción poblacional al sistema de salud y aseguramiento. Se debe seguir buscando afiliar al 100 % de la población, cero oportunidades perdidas. Más que la adscripción se debe caracterizar a las poblaciones por riesgo y con base en ello establecer intervenciones y seguimiento. Siempre con enfoque preventivo. Este es el real aseguramiento.

- La fuente primaria de identificación de los ciudadanos será la Registraduría Nacional y las bases de datos de salud de todas las personas y familias de un territorio

serán administradas por la entidad territorial correspondiente. Se reconocerán los derechos de la población migrante en su condición de residentes en el país para garantizar el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud.

- Todas las condiciones de salud y enfermedad serán cubiertas por el sistema de salud con tecnologías seleccionadas según criterios de seguridad, efectividad y costo beneficio. Los servicios y tecnologías requeridos en el continuo asistencial deberán garantizarse buscando la integralidad, la solidaridad y el mayor nivel de salud posible de los sujetos de derecho. No obstante, deben hacerse explicitas las exclusiones, conforme al mandato de la Ley Estatutaria en Salud.

- El aseguramiento social en salud además de garantizar la atención en salud debe establecer los incentivos necesarios para cubrir la prestación de los servicios en todo el territorio nacional, buscando superar las inequidades y desigualdades, para ello se deben establecer modelos de atención y prestación de servicios innovadores que tengan como principio la atención prioritaria a poblaciones vulnerables, las necesidades colectivas e individuales, la calidad y la atención humanizada.

Línea 5

Prestación de servicios de salud

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

Prestación de servicios de salud

- El estado debe organizar la red de servicios con criterios de equidad, suficiencia, pertinencia, oportunidad, acceso, continuidad, de manera que se atiendan las necesidades de salud de la población con la mejor calidad, garantizando el derecho fundamental a la salud.

- Los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud coordinarán la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en un modelo de cooperación superando el concepto de competencia que ha primado hasta ahora.

- Se debe cambiar el modelo de Empresa Social del Estado atrapado en las lógicas del mercado por el de hospital público descentralizado en red, redefiniendo su autonomía en términos de su cooperación en red y su compromiso con los resultados en salud en su territorio. Estos hospitales públicos trabajarán con otras unidades de salud del territorio para lograr economías de escala, transparencia y participarán de un modelo de toma de decisiones colegiadas.

- Las RISS deben tener naturaleza jurídica propia y sistema organizativo único para toda la red. En el órgano de dirección de las RISS deben participar las autoridades municipales del territorio que cubren, las instituciones prestadoras de servicios de salud que la conformen, la comunidad beneficiaria y el departamento.

- La habilitación de las RISS seguirá un modelo de gradualidad en el cumplimiento de los criterios determinantes establecidos en el artículo 63 de la Ley 1438 de 2011. Las RISS desarrollarán un sistema de gestión estratégica para ganar eficiencia en el uso de los recursos financieros, tecnológicos y el talento humano (5).

- Las instituciones encargadas de garantizar el financiamiento (entre ellas la EDDSS) para la prestación de servicios de salud en el territorio contratarán a las RISS habilitadas y harán interventoría y acompañamiento de la prestación de servicios de salud con base en el cumplimiento de metas y resultados sanitarios.

- El estado a nivel nacional y territorial privilegiará y financiará una política pública de fortalecimiento de los hospitales públicos, garantizando los recursos para su adecuado funcionamiento, y que contenga suficientes instrumentos que incentiven el trabajo en RISS. Con énfasis en las áreas rurales y dispersas del territorio nacional. Se

diseñará un sistema de fortalecimiento de los hospitales públicos para su integración en red.

- Las RISS deben trabajar coordinadamente con las entidades territoriales y bajo su rectoría, para el abordaje de los determinantes, condicionantes y riesgos para la salud, bajo las lógicas de los atributos esenciales de las RISS adoptadas en la Ley 1438 de 2011 .

- Los entes territoriales departamentales deben crear los equipos técnicos regionales y zonales que apoyarán la conformación y desarrollo de las RISS del territorio asignado.

- Se debe reformar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con un componente de habilitación que favorezca la capacidad resolutiva de los primeros y segundos niveles de atención para el trabajo en redes integradas en torno a las necesidades de salud de la población en sus propios territorios con criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y rentabilidad social.

---

[1] Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las RISS son un instrumento muy relevante para el desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS, dado que mejoran la accesibilidad al sistema de salud, reducen la atención inapropiada, reducen la fragmentación de los servicios de salud, mejoran la efectividad clínica de los servicios, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción y responden mejor a las necesidades y expectativas de salud de las personas/comunidades. La OPS ha definido 14 atributos esenciales para las Redes Integradas de Servicios de Salud, así:
1. Población y territorio a cargo, definidos y conocimiento de necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2. Extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud; 4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado; 5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial; 6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad; 7. Un sistema de gobernanza único para toda la red;
8. Participación social amplia; 9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud; 10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; 13. Gestión basada en resultados

- Se debe definir un Modelo de Atención en Salud de aplicación nacional, basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y común para todas las Redes Integradas de Servicios de Salud que se conformen en el país, que sea adaptable a las condiciones particulares de cada territorio.

- El usuario y su familia estarán adscritos a un Equipo Básico de Salud que hace parte de una RISS. En todo caso, cuando el usuario y su familia accedan a cualquier unidad de la red, esta garantizará la solución de su problema en el lugar y nivel de atención requerido.

- Los hospitales públicos descentralizados en red podrán fusionarse y/o asociarse entre sí. Todo hospital público descentralizado en red deberá ser parte de una RISS.

- Los recursos financieros garantizados por parte del estado para cubrir un conjunto definido de servicios de salud para una población de un territorio y administrados por las instituciones asignadas para el efecto, llegarán a los hospitales públicos descentralizados en red a través de compromisos de gestión y en forma de pagos por presupuestos prospectivos.

- Las RISS adaptarán las modalidades de tele salud y atención domiciliaria según las condiciones de cada territorio y con el objetivo de mejorar permanentemente la cobertura, la

coordinación asistencial, la continuidad y la integralidad en el cuidado de la población.

- Las RISS crearán espacios, a manera de salas situacionales, donde se realicen, en conjunto, análisis predictivos y descriptivos, con la información sobre las características y la situación de salud de la población adscrita a la red, para que mediante la aplicación del instrumento de Sala Situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad.

Línea 6

Talento Humano

Foto: www.nortedesantander.gov.co

MESA ANTIOQUIA

- Propender por una distribución justa del talento .humano en salud de acuerdo a las necesidades de la población, y en condiciones laborales dignas, teniendo en cuenta las autoridades sanitarias de los entes territoriales. Fortalecer su capacidad para una gestión integral del talento humano garantizando el trabajo digno y decente. Con equipos de trabajo competentes, cualificados y con criterio para el análisis y gestión de la situación de salud de la población. Conformar comisiones departamentales del desarrollo del talento humano en salud.

- El desarrollo de la política de talento humano debe tener la información que permita la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia, respetando la dignidad del talento humano que apoya el cuidado integral de las personas, la familia y la comunidad, con un monitoreo adecuado por la autoridad sanitaria. Desarrollar una estrategia descentralizadora que facilite la gestión de los departamentos en relación con el talento humano que requieren sus territorios.

- Implementar sistemas de información que permitan a la autoridad sanitaria conocer la dinámica del talento humano en los territorios así como las condiciones en

que laboran y las formas de contratación y proceder en consecuencia.

- Se requiere la articulación entre los sectores de educación y salud (prestadores de servicios de salud) para desarrollar planes de formación del talento humano, educación continua y definir perfiles y competencias de técnicos y profesionales. Debe existir una política clara en la planificación, gestión y regulación del THS, articulada desde los ministerios de salud y educación y mediada por la comisión intersectorial de THS de carácter participativo, conforme a las necesidades en salud de los territorios.

- La conformación de los equipos de salud de los territorios debe seguir la regulación por parte de las comisiones departamentales de talento humano en salud y no debe estar vinculada a las dinámicas de los actores del mercado del aseguramiento.

- Incrementar la calidad y cantidad de profesionales vinculados a las Direcciones Locales de Salud para mejorar la capacidad analítica y resolutiva de los problemas de salud de la población. Desestimular la tercerización en las políticas de vinculación del talento humano.

- Se debe propender por el trabajo digno y decente del talento humano en salud. Establecer un estatuto especial

para los trabajadores en salud que garantice modalidades de vinculación laboral dignas, justas y legítimas según necesidad institucional, respetando condiciones laborales básicas. Se debe trabajar por generar una política clara de contratación en coherencia con los derechos laborales y los principios de la OIT, que supere las prácticas ilegales de intermediación laboral presentes en el país.

- Se propone un servicio social obligatorio de un año en el primer nivel de atención como un buen "primer empleo", privilegiando las zonas del país con alta ruralidad y en áreas rurales dispersas. La rectoría sobre la asignación de las plazas rurales debe ser retomada por las Secretarías Departamentales de Salud.

- Se debe definir claramente la conformación de los equipos básicos de salud y la formación que deben tener sus integrantes. Equipos de trabajo interdisciplinario, competentes, cualificados, con capacidad de respuesta a las necesidades de salud y con criterios para el análisis, planificación y gestión de la situación de salud de la población en sus territorios.

- Se debe implementar la formación de agentes comunitarios de salud como parte de los equipos básicos de salud que mejoren la capacidad de respuesta del sistema de salud a la caracterización de las necesidades de salud en los territorios y faciliten el primer contacto de sus comunidades

con la institucionalidad del sector. Propiciar la continuidad de su proceso de formación técnica y profesional.

- Se deben implementar incentivos para lograr la permanencia de los profesionales en el primer nivel de atención y requisitos mínimos de permanencia en estos servicios para ingresar a una especialidad. Garantizar el número y tipo de profesionales con base en el modelo de APS y RISS de acuerdo con un modelo de salud integral con enfoque territorial. Garantizando la presencia de equipos interdisciplinarios con capacidad de respuesta a las necesidades en salud de los territorios.

- Exhortar a las universidades para que formen el talento humano con las condiciones de calidad y pertinencia que respondan a las necesidades de la población en sus territorios.

- Se deben efectuar reformas curriculares en las profesiones de la salud, de las áreas administrativas, sociales y humanas, para que se adecúen al nuevo modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y mejoren la capacidad de resolución de los problemas de salud. Se debe tener un documento de consenso entre autoridades y los centros de formación sobre las competencias de las profesiones en salud en Colombia, con base en el perfil de las diferentes profesiones y oficios de los integrantes de los equipos de salud.

- Se deben implementar incentivos para formar especialistas que vean atractivo para ellos y sus familias retornar a las regiones y mejorar la capacidad resolutiva en esos territorios.

- Se debe regular por parte del Estado la formación de las especialidades para que el sistema de salud pueda responder a la demanda de atención. Regular la aprobación de subespecialidades, factor que está restringiendo el campo de acción de las especialidades básicas. Revisar la política del Sistema Nacional de Residencias (SNR) y la regulación de subespecialidades.

- El estado debe garantizar la suficiencia en el territorio nacional de profesionales generalistas y especializados con capacidad resolutiva como parte de los equipos interprofesionales y para ello establecerá una estrategia de crecimiento gradual basada en los parámetros recomendados por la OMS/OPS de profesionales generales y especialistas por cada mil habitantes.

- Se debe fortalecer el modelo de Colegios profesionales para auto-regular el desarrollo de las profesiones, evitando la fragmentación de la regulación que se genera por el control que ejercen las asociaciones de especialistas.

- Se debe redefinir la evaluación del desempeño del talento humano vinculado a las instituciones del sistema de salud inscrito a la carrera administrativa con el fin de garantizar

la eficacia de los mecanismos establecidos en la norma para atender a las necesidades de la población y las instituciones del sector.

Línea 7

Tecnologías en salud

MESA ANTIOQUIA
Por la transformación del sistema de salud colombiano

Tecnologías en salud

El Ministerio Salud y Protección Social (MPS) de Colombia ha definido las tecnologías en salud como el conjunto de medios técnicos y procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la investigación y los operadores del sector salud para sus elecciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- Las tecnologías en salud y para la salud requeridas para la atención de las necesidades de las personas deben ser accesibles, disponibles, costo-efectivas, aceptables y de calidad como lo indica el derecho fundamental a la salud. (6).

- Incentivar modelos de investigación en perspectiva de desarrollo humano integral que tengan en consideración el saber de las comunidades para la toma de decisiones pertinentes en salud pública.

- Se debe promover la evaluación y seguimiento social a las acciones de la Política Farmacéutica Nacional teniendo como eje fundamental la solución de las necesidades en salud de los individuos y las colectividades en consonancia con las estrategias que buscan la mejora en el acceso,

oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

- El fomento para el desarrollo de la Ciencia, Tecnología, Innovación e Investigación debe basarse entre otras, en la Estrategia y el Plan de Acción en Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual de la OMS, en el Libro Verde 2030 de 2018, las recomendaciones de la Misión de Sabios 2019 y la reciente legislación para el fortalecimiento de la tele salud en Colombia (8).

- Colombia está llamada a fortalecer su soberanía en relación con su política de adquisición, compra y distribución de las tecnologías en salud que le permitan proteger la salud pública de sus habitantes, sin someter sus intereses a los de la gran industria farmacéutica transnacional.

- Se debe mejorar la articulación y la evaluación de tecnologías para el cuidado esencial de la vida y la salud de las personas como lo consagra la Ley estatutaria en salud. Para ello, se requiere una estrecha articulación entre el INVIMA, el Instituto de Evaluación de Tecnologías y el Instituto Nacional de Salud.

- Los instrumentos para la regulación y control de precios deben operarse desde la perspectiva de la salud como derecho humano fundamental (principio pro homine).

- El Estado debe garantizar la disponibilidad de las tecnologías en salud necesarias para la adecuada atención. Para ello:

    - Se implementarán procesos de negociación y compra unificada y centralizada de tecnologías seleccionadas y de alto costo, para responder a problemas de baja frecuencia y de alta prioridad en salud pública.

    - Se deben crear programas nacionales para garantizar el acceso a la atención en salud a personas con enfermedades de muy baja frecuencia y muy alto costo de atención.

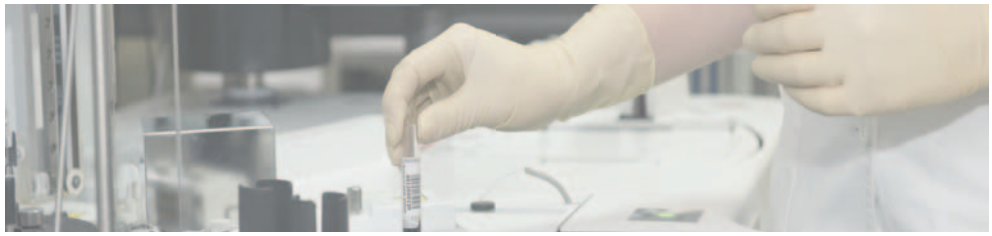
- El Estado debe ser el responsable directo del manejo de estos programas nacionales y encargarse de la compra agregada de sus insumos y medicamentos. Se delegará en las Direcciones Departamentales de Salud la organización de la prestación de servicios para las personas afectadas.

- Es necesario simplificar la normatividad y las formas de contratación y pago de las diferentes tecnologías e insumos que hacen parte del proceso de atención.

- Se debe promover la elaboración de conjuntos estandarizados de intervenciones, procedimientos y procesos para ser incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y que sean respetados por todos los actores del sistema.

- En la gestión de las tecnologías en salud es necesario crear un sistema de incentivos y correctivos para orientar su uso adecuado dentro de un marco de APS y RISS.

- La situación de la pandemia originada por la COVID-19 hace que entre con mayor vigor el uso de las tecnologías para la atención sanitaria en Colombia, esto es, la teleducación, tele asistencia hospitalaria, tele atención pre hospitalaria y telemedicina cobijadas por normativa y su implementación deberá ser regulada escalonadamente en todo el territorio nacional a demanda y circunscrita al fortalecimiento de las acciones de atención primaria territorial.



Referencias

1. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria en Salud. Ley Estatutaria en Salud. Ley 1751/2015 de 16 de febrero. Artículo 5: Obligaciones del estado.

2. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria en Salud. Ley Estatutaria en Salud. Ley 1751/2015 de 16 de febrero. Artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.

3. Colombia. Constitución Política actualizada con los Actos Legislativos a 2015. Artículo 49.

4. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.

5. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Art 63: Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud.

6. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria en Salud. Ley 1751/2015 de 16 de febrero.

7. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 155.

8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y propiedad intelectual. 68° Asamblea Mundial de la Salud. 26 de mayo de 2015.

Este es el enlace del INS que nos muestra los Rt por ciudad
https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus-rt.aspx