

# **INFORME REUNION MINPROTECCION – SOCIEDADES CIENTIFICAS**

**FECHA:** 04 de Octubre de 2010

**HORA:** 18:35

## **ASISTENTES:**

DR. RODRIGO CORDOBA	PRESIDENTE A.C.S.C
DR. CARLOS F. FERNANDEZ	VICEPRESIDENTE A.C.S.C.
DRA. PATRICIA CORTES	SECRETARIA A.C.S.C
DR. MAURICIO BAQUERO	PRESIDENTE C.M.C
DR. SERGIO ISAZA	PRESIDENTE F.M.C.
DR. PEDRO CONTRERAS	PRESIDENTE ASMEDAS
DRA. LIZETH VILLEGAS	PRESIDENTE DE COPSA
CARLOS MUNERA	COORDINADOR ADTIVO ANIR
DERLY MABEL BAUTISTA	DIRECTORA EJECUTIVA ASSOSALUD

Asistieron también varios presidentes y miembros de las juntas directivas de otras sociedades científicas y de los trabajadores de la salud.

Se inicia la reunión con la presentación del doctor Madero quien con otros miembros de las sociedades científicas (6 en total) conformaran un comité para hacer un acercamiento preliminar a la Ley de Ética Medica que esta proponiendo el gobierno. Seguidamente se presento el informe de las mesas temáticas por uno de los dos delegados que fueron enviados a cada una de ellas. En el documento anexo se presenta el resumen de cada una de las presentaciones que realizaron los delegados.

Como conclusiones del ejercicio en la participación de las “Mesas Temáticas. Proceso de Reforma al Sistema de Salud” cuya intención por parte del Gobierno Nacional y el MPS era generar espacios de discusión técnica entre actores del sistema sobre temas cruciales de la reforma de salud, podemos exponer lo siguiente:

En relación a la Invitación hecha podemos decir que es positivo el hecho que se empiece a escuchar a los actores del sistema. Desafortunadamente esta invitación no fue vinculante para el Ministerio y las recomendaciones y propuestas no se vieron reflejadas en el borrador de la Ley estatutaria que presenta el gobierno.

La discusión estuvo enmarcada en el actual sistema de Salud por lo que las propuestas sobre algo distinto, es decir, sobre una reforma estructural o un nuevo modelo de salud no tenían cabida en este ejercicio que básicamente buscaba ideas para mejorar las actuales condiciones y problemas que ha presentado el sistema. En las discusiones consideramos que fueron invitados la mayoría de los involucrados en el sistema con excepción de los pacientes que son los que finalmente reciben la atención y cuya opinión es la que nos deja saber si el sistema esta funcionando bien o no. Finalmente los pacientes hicieron presencia y colaboraron en la discusión en algunas de las mesas.

Debido a la delimitación que establecieron en el marco de la Ley 100 hubo en la mayoría de temas disensos entre dos grupos; los profesionales y trabajadores de la salud, los entes territoriales, las clínicas y hospitales y los pacientes por un lado y el gobierno, algunos congresistas, Fasecolda y

Acemi por el otro. La mesa que menos presento desacuerdos fue la de financiación. Las mesas de prestación de servicio, política farmacéutica y aseguramiento reflejaron grandes divergencias entre los actores mencionados. En las mesas de recurso humano, salud pública, promoción de la salud, evaluación de tecnologías, rectoría y estructura, atención primaria en salud, inspección, vigilancia y control presentaron debates divergentes con algunas consideraciones comunes.

Las mesas nos dejaron como conclusión que la mayoría de los actores concuerdan con la Unidad de profesionales y trabajadores de la Salud en que se hace necesario, importante y urgente una reforma estructural que brinde soluciones a las múltiples problemáticas y deficiencias que actualmente presenta el sistema. Colombia requiere un sistema de salud sin barreras de acceso por condiciones económicas o de afiliación, con autonomía y autorregulación profesional en la prestación de los servicios, que ofrezca los medicamentos, procedimientos y exámenes suficientes, con condiciones dignas de contratación y trabajo, con un gran énfasis en la promoción y prevención de la Salud, en el que se incentive la mejora en la calidad de vida de los ciudadanos y no se premie la promoción de la enfermedad.

MESA TEMATICA	REPRESENTANTE	RESUMEN DISCUSION
RECTORIA Y ESTRUCTURA	Dr. Sergio Isaza	Se discutieron ajustes sobre la base del modelo existente. La discusión se enmarco en el artículo 45 de la Constitución Política y el discurso del presidente Santos. Propusimos integrar la Salud con el S.O.A.T. y A.R.P. para utilizar una gran cantidad de dinero no ejecutado. La rectoría debe ser exclusiva del Estado y no delegable. También se planteo que era importante generar políticas transectoriales ya que todas las políticas se relacionan con la salud. Luego se hablo de los recursos, quien los dirige y adonde va. En lo que compete a la vigilancia estaría a cargo de la S.N.S. Se hablo sobre como garantizar a través de la rectoría la calidad en los servicios.
RECURSO HUMANO	Dres. Rafael Gomez, Roberto Baquero y Carlos Múnera.	Se establecieron dos ejes temáticos: la formación y el ejercicio y condiciones laborales. En relación a la <b>formación</b> se propuso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer estándares de calidad exigentes para la aprobación de escenarios de prácticas y cupos incentivando el desarrollo de Hospitales Universitarios; Capacitar a los profesionales que participan en docencia.</li> <li>• Establecer la obligatoriedad de la acreditación de todos los programas de formación del área de la salud.</li> <li>• Integrar la APS en la formación del talento humano en salud, fomentar el enfoque de salud familiar en todas las profesiones y la formación de especialistas en medicina familiar.</li> </ul> En relación al Ejercicio y Condiciones Laborales se



		4) queda pendiente plantear el problema de la intermediación, que también se da en promoción y plantear el papel del profesional de la salud
SALUD PUBLICA	Dra. Ana Lida Moreno M y Dr. Luis Angel Villard	<p>La promoción de la salud es, de manera simultánea, un proceso socio político y cultural, una dimensión del trabajo sanitario y un conjunto de acciones orientadas a lograr el bienestar colectivo. Como proceso político y social moviliza a la sociedad en su conjunto, integra diferentes sectores.</p> <p>Actúa bajo el liderazgo del Estado, busca construir políticas públicas que tienen en cuenta la diversidad de nuestro país y requiere de la participación de individuos, familias, comunidades y sociedad.</p> <p>Como dimensión del accionar sanitario encuentra su eje en la noción de salud asumida como bienestar y disfrute de una vida digna, así como promover hábitos y entornos saludables.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En el Nivel Central: Contar con un liderazgo político del Estado cuyo instrumento sea el CONPES.</li> <li>2. Como espacio orientador y generador de evidencias para el CONPES está la Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud con sus respectivos referentes territoriales. Este espacio técnico, será liderado por el Gobierno Nacional y apoyará desde el nivel central a los territorios para que realicen el diagnóstico territorial de sus determinantes y prioricen de acuerdo con este sus acciones.</li> <li>3. El Plan Nacional de Salud Pública debe establecer claramente las competencias, responsabilidades, espacios y acciones para la gestión y trabajo intersectorial de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.</li> </ol> <p>Definir estrategias para el fortalecimiento organizativo de las comunidades y de las instituciones en promoción de la salud y construcción de políticas públicas; para una operación diferenciada pero complementaria de la promoción social, con relación a las acciones realizadas por los prestadores de servicios en especial las de prevención. Definir contenidos y metodologías de formación en promoción social a ser trabajadas en los ámbitos comunitario e institucional.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frente a recursos humanos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Desarrollar estrategias con las universidades</li> </ol> </li> </ol>

SALUD PUBLICA		<p>para su inclusión de la promoción en los currículos de pregrado, como tema independiente de la prevención.</p> <p>1.2. Promover formación especializada en promoción de la salud.</p> <p>1.3. Fortalecer el componente en los postgrados de salud pública</p> <p>1.4. Retomar y actualizar la figura del promotor de la salud, como referente comunitario de la promoción en salud.</p> <p>1.5. Definir en la estructura funcional del nuevo ministerio funcionarios con responsabilidad específica en Promoción de la Salud.</p> <p>2. Frente a recursos financieros:</p> <p>2.1. Definir en el marco del esquema actual de asignación de recursos para salud un porcentaje específico para promoción de la salud.</p> <p>2.2. Explorar la posibilidad de nuevas fuentes, vg. regalías</p> <p>2.3. Definir mecanismos para identificar y articular recursos existentes en diferentes sectores cuyo objeto sea el mismo.</p>
ASEGURAMIENTO	Dres. Cesar Burgos y Carlos F. Fernandez.	<p>Se perfilaron diferentes propuestas:</p> <p>La que lidera ACEMI, con su propuesta continuista y ajustes inocuos. La que lidera la secretaría de Salud y Clínicas y Hospitales, que es de Aseguramiento público, pero centrada más a los aspectos de financiamiento centralizado. La que lidera el ex Senador Benitez (continuista). La nuestra que sólo tuvo el disenso del representante de Fasecolda y un representante de la CEPAL, pero nos respaldan los Usuarios, el representante de un ente territorial y la representante de la defensoría del Pueblo. Básicamente se trata de aseguramiento público con un fondo único que pague a las IPS.</p> <p>El grueso de la discusión rondó (infortunadamente) en función del financiamiento del aseguramiento (Plan de Beneficios - POS) aunque se insiste y se solicita ampliar el debate a la luz del modelo de atención, la evaluación de la eficacia/eficiencia del gasto y la necesidad de revisar la financiación de la salud pública.</p> <p>Con relación al primer punto se plantea la intención del gobierno de apuntar a la unificación de planes de beneficios y posterior incorporación de los eventos actualmente no POS, de modo tal que se minimicen en el tiempo las tutelas y recobros.</p> <p>No obstante, se informa que se ha planteado desde el Gobierno la posibilidad de que la financiación de la</p>

<p>ASEGURAMIENTO</p>		<p>unificación se ligue a esquemas de cofinanciación por parte de los Entes Territoriales, con lo cual se avizora la posibilidad de perpetuar la vulneración del derecho a la salud en su componente de prestación de servicios. Una segunda discusión plantea si la financiación del seguro debería continuar teniendo el esquema actual de fuentes (Impuestos/Cotizaciones). Al respecto, y aunque hubo posiciones divergentes, se argumenta que dada la volatilidad actual del mercado laboral y las condiciones de flexibilización laboral, que resultan funcionales incluso a la evasión de aportes, lo conveniente sería buscar una mayor participación del rubro impuestos, pero con énfasis en impuestos al capital del aparato productivo y no generando aumento de la base gravable de los trabajadores.</p> <p>La idea de contar con un Fondo único parece ser de buen recibo, buscando mejorar los flujos de recursos. Se advierte que cualquier ampliación del plan de beneficios, implicaría una reevaluación del equilibrio de la oferta de servicios (infraestructura, recurso humano y tecnología), lo cual obligaría a definir esquemas de financiación adicionales que permitan, un esquema de progresividad/transitoriedad para evitar un colapso operativo frente a la demanda de servicios. Se anota además por varios de los asistentes que el problema de financiamiento, no radica solo en el tema de aseguramiento, sino también en resolver el tema del pasivo pensional de los hospitales, el rezago tecnológico o la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión institucional.</p> <p>Por otro lado, en la segunda parte de la discusión se insiste en la necesidad de que el tema de financiamiento se subyugue al de “Modelo de salud y de Prestación”, pues el actual modelo asistencial curativo, no se orienta a la preservación de poblaciones saludables, sino se centra en el daño. Desde este punto de vista, se plantea que el diseño financiero debe buscar financiar y promover los resultados en salud (sanitaria) y no asegurar la sostenibilidad institucional en función de la atención de eventos (A más enfermos, más ingresos).</p> <p>Finalmente se propone que un nuevo Sistema obliga al reentrenamiento del recurso humano en salud, empoderándolo de nuevos conocimientos que le permitan una atención integral y preventiva. Por supuesto ello requiere financiación.</p>
	<p>Dr. Saúl Rúgeles</p>	<p>En el día de hoy se instaló la mesa y se inició la discusión, la cual fue de gran altura técnica. Se llegó a</p>

EVALUACION TECNOLOGIAS		<p>los siguientes puntos de consenso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de una agencia de evaluación de tecnologías independiente, de alta capacidad técnica, alta credibilidad y coordinadora de un sistema de evaluación.</li> <li>2. La financiación será pública</li> <li>3. La priorización de su trabajo será definida por el Ministerio de Salud</li> <li>4. Sus conceptos serán de dominio público</li> </ol> <p>No hubo consenso en cuanto a si esta agencia debe ser pública, privada o mixta y si sus conceptos son vinculantes para el Ministerios de Salud, la CRES y el INVIMA.</p>
ATENCION PRIM. SALUD	Dra. María Lucía Mesa.	<p>La atención primaria de salud es una política pública, base fundamental del sistema, enmarcada en un proceso histórico, que concibe la salud integralmente y una estrategia para integrar las acciones del sistema de salud y de otros sectores del Estado y de la sociedad, para de forma corresponsable, lograr estados óptimos de bienestar, calidad de vida, salud y equidad en salud. Busca reorientar los servicios de salud para garantizar atención integral , promoción, la prevención el tratamiento y la rehabilitación, alcanzar la universalidad y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, articular las acciones del sistema de salud con las políticas públicas orientadas al desarrollo sostenible económico, social y cultural y reorientar el liderazgo en salud. Los valores que la fundamentan son: el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, interdependiente con los otros derechos económicos, sociales y culturales; la dignidad humana, la solidaridad, la justicia y la equidad social.</p>
PRESTACION SERVICIOS	DE Dr. German Redondo.	<p>El eje central de la reforma debe estar enmarcado y dirigido a darle cumplimiento a lo establecido en la Sentencia T760 de la Honorable Corte Constitucional que estableció la salud como un derecho fundamental.</p> <p>El modelo de atención debe ser INTEGRAL E INTEGRADO, dar respuesta a las necesidades de atención de la población.</p> <p>PRINCIPIOS</p> <p>Accesibilidad: eliminación de barreras administrativas (autorizaciones), económicas (copagos y CM), de aseguramiento (períodos de carencia) y geográficas (IPS cercanas, ruta de la salud).</p> <p>Atención integral e integrada: servicios suficientes y adecuados con niveles de atención coordinados.</p>

<p>PRESTACION DE SERVICIOS</p>	<p>Sostenibilidad: recursos suficientes, apropiados y sostenibles en el tiempo.  Longitudinalidad: permanencia en el tiempo.  Continuidad: secuencia lógica e ininterrumpida de acciones en salud.  Efectividad: respuesta adecuada y en el nivel requerido a la necesidad de atención.  Oportunidad: disminución de tiempos de espera a los indicadores de alerta temprana establecidos por la Súper Salud.  Seguridad Intersectorialidad: afectación positiva de determinantes sociales. Participación social</p> <p>AUTORIZACIONES: El proceso de autorización debe ser transparente para el usuario. Debe simplificarse el proceso de autorizaciones y abolirse para eventos POS y Medicamentos incluidos en el manual vigente, cuando el evento haya sido previamente autorizado, igualmente abolirse para actividades de P y P. Cuando proceda, la autorización debe ser interinstitucional.  La autorización de los servicios posteriores a la Atención de Urgencias debe depender de la suficiencia de red y de la oportunidad y se dará prioridad al punto de atención inicial del paciente. En todo caso, no procederán autorizaciones cuando el usuario demuestre su condición de afiliado en una IPS de la red del respectivo asegurador, cuando se trate de eventos POS o de medicamentos incluidos en el manual vigente. El proceso de autorización de todos los servicios del Asegurador debe ser requisito habilitatorio.</p> <p>EVALUACIÓN: se debe realizar con base en indicadores de resultados deseables en salud, tomando en cuenta el perfil epidemiológico de cada departamento.</p> <p>SISTEMA DE PAGOS: El pago por los servicios prestados debe tener relación directa con la consecución de las metas.</p> <p>RELACIÓN OFERTA /DEMANDA. CAPACIDAD INSTALADA/SUFICIENCIA DE RED. Las EPS deberán ampliar su red de servicios en proporción a la ampliación de su número de afiliados. Las IPS ofrecerán su potencial de contratación en proporción a su capacidad instalada para evitar las continuas emergencias funcionales o sobrecupos.</p> <p>La mesa opina que los servicios MISIONALES no deberían ser tercerizados. Debe darse cumplimiento a la sentencia C-614 de 2009, de la Corte Constitucional, que señala que las actividades permanentes deben ser</p>
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>PRESTACION DE SERVICIOS</p>		<p>desarrolladas por el personal de planta. Existe vacío normativo respecto a los centros de belleza o estética y de medicina alternativa.</p> <p>La mesa opina que es urgente revisar y actualizar las normas sobre habilitación.</p> <p>En relación a los servicios de alto costo:</p> <p>-El POS no debe excluir enfermedades, por lo que estas patologías deben estar incluidas. Los límites deberían establecerse en las remisiones al exterior, en la evaluación de la tecnología, en medicamentos cuya efectividad no ha sido demostrada y en aquellos procedimientos no avalados.</p> <p>-La mesa propone que las patologías de alto costo, en lo posible sean atendidas en centros de excelencia para garantizar la atención integral e integrada, con continuidad y pertinencia.</p> <p>En relación a las Guías: Son necesarias, pero concebidas como lineamientos que respeten la autonomía médica y que orienten las buenas prácticas médicas basadas en la Lex artis y la evidencia científica, tomando en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, adaptadas a los perfiles epidemiológicos de las regiones. Para su construcción, se harán conferencias de consenso, con participación de las sociedades científicas, la Academia y las universidades.</p>
<p>INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL</p>	<p>Dr. Julio Guzman</p>	<p>INTERVENCIONES FINALES DEL DIAGNÓSTICO DE IVC.</p> <p>Se debe mejorar la comunicación a la población de sus deberes y derechos para que puedan ejercer el verdadero control social; no tienen ni idea de qué es el sistema que les cubre y mucho menos de cómo actúa la IVC para hacer valer sus derechos, igual pasa con los medios de comunicación que enredan el asunto, tergiversan la información y no son multiplicadores sino generadores de caos e incompreensión del sistema. No obstante, se habla de una mejoría en el conocimiento de los usuarios. Hay que fortalecer el tema, el usuario se le debe fomentar la información sobre sus derechos, los mecanismos de participación y se le debe involucrar en los mecanismos de IVC, que sea parte de la IVC.</p> <p>La capacitación de los profesionales que hacen parte de la IVC; ya que se nombra personal no idóneo y se cometen errores en el sistema de IVC. Lo relacionado con los ET y sus competencias de IVC, ya que se plantea</p>

<p>INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL</p>		<p>que el hecho de tener competencias puede generar conflicto de intereses, es necesario observar esto y replantear el tema de los ET en IVC. Se informa tener en cuenta lo que tiene que ver con las INTERVENCIONES FORZOSAS Y LAS INTERVENCIONES DE LIQUIDACIONES las cuales no deberían ser de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud porque sería juez y parte en el asunto interviene y se vigila a la vez, esto debería ser de resorte del Ministerio o de presidencia.</p> <p>El otro punto es el área de la justicia, cuando salen tutelas que no tienen nada que ver, van en contra de la Ley es un punto que debemos tener en cuenta, el problema de los fallos de tutela exorbitantes. No obstante la Corte constitucional se está asesorando bien en el campo pero los Jueces de primera instancia no lo están haciendo allí se debe buscar fortalecerlos a través de estos mecanismos y buscar recursos que financien esto, o buscar jueces especializados en salud para evitar los desmanes que se evidencian en los fallos. La tutelitis es generada por las propias EPS, ya que dan indicaciones de negar y negar y trabar en los CTC, que conlleva a que el usuario prefiera la medicina prepagada, y los que no tienen con qué, buscar el mecanismo de la tutela, en verdad al usuario le duele que haya tanta negación y por eso busca como protegerse.</p> <p>Se necesito la emergencia social para ponernos a todos a trabajar, en pro de la salud, y se ve que lo discutido va de la mano con los proyectos de los senadores.</p> <p>Apareció en 1991 la Resolución de los derechos en la Salud, pero quienes los conocemos y hablamos de nuestros derechos y responsabilidades. Gastando tanto en publicidad por que la divulgación e estos derechos no hemos logrado transmitirlos. Porque no trascendemos, si es tan importante para todos nosotros.</p> <p>No ha habido una adecuada puesta en marcha de la IVC.</p> <p>Autonomía: No existe autonomía real hay mucha sujeción al MPS; tampoco la hay en los otros organismos de IVC, con funciones específicas como el INVIMA, SNS, INS y DTS.</p> <p>Capacidad Institucional: Deficiencias en recursos</p>
---------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL</p>		<p>humanos, tecnológicos, informáticos. Se requiere una especialización temática o por áreas de todo lo que es el sistema de salud y su control.</p> <p>Manejo de los recursos: el MPS, el Ministerio de Hacienda? Hay duplicidad de funciones, falta de articulación entre los organismos de vigilancia y control. Una cantidad de normas que van saliendo, que no se asignen funciones sin asignar recursos. Se planteó el tema de la adecuada articulación de los usuarios al control.</p> <p>Existen muchos entes de control, porque todo se concentra en la SNS; por qué no se desconcentra para que cada una mire en lo que ella está especializada, ejemplo en lo de recursos económicos la Superintendencia Financiera, y en prestación de servicios SNS, la financiera tiene como mirar lo financiero la SNS no.</p>
<p>POLITICA FARMACEUTICA</p>		