



OFICIO DE No 045-10

Bogotá, 8 de septiembre de 2010

Doctor:

MAURICIO SANTA MARIA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social

L. C

Asunto: PROPUESTA RED PÚBLICA HOSPITALARIA

Respetuoso Saludo:

La Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, **ACESI**, entidad que agremia 379 instituciones públicas representadas en 9 asociaciones Departamentales; ha realizado un análisis del sector salud y con base en el diagnóstico inicial del mismo, presentamos unos planteamientos que esperamos sean tenidos en cuenta

Una vez analizados varios aspectos del actual sistema, se identifica como diagnóstico:

Un sistema de salud colombiano ineficiente, inequitativo y desarticulado, lo que afecta el bienestar de la población.

Causas directas:

- Bajo impacto en Salud Pública.
- Debilidad en el sistema de información.
- Ineficaz sistema de vigilancia y control.
- El modelo de aseguramiento es ineficaz.
- Las políticas del sistema no garantizan el mandato constitucional del derecho a la salud.
- Deficiente rectoría en el sistema.

- Inequidad en la asignación, distribución y flujo de recursos.

Objetivo general:

El sistema de salud Colombiano al ser eficiente, equitativo y articulado, genera bienestar en la población.

Objetivos específicos:

- Sistema de información funcional.
- Efectivo Modelo de Aseguramiento.
- Alto impacto en salud pública.
- Rectoría eficiente.
- Asignación, distribución y flujo equitativo de recursos
- Se materializa el mandato constitucional del derecho a la salud.
- Eficaz sistema de vigilancia y control.

Estrategias:

A: Insumos
B: Procesos
C: Resultados

Rectoría eficiente

- a) Que se elabore una ley orgánica (estatutaria) que de coherencia y funcionalidad al sistema.
- b) Redefinición de la Estructura (separación de Ministerios, papel de la CRES, capacidad de respuesta de secretarías de salud de Departamentos y Municipios).
- c) Ejercicio estatal de la rectoría (revisión de competencias por niveles de rectoría (central, departamentos y municipios: proponer que las direcciones seccionales de salud retomen funciones y responsabilidades de acompañamiento a los primeros niveles (municipios categorías 4,5,6; intervención intersectorial con mayor capacidad resolutive de los niveles locales; redes regionales y funcionales de atención (redes integrales de servicios de salud; OPS)).

Asignación, distribución y flujo equitativo de recursos

- a. Revisión sistemática sobre evidencias de la utilización e impacto gasto en salud (Universidades).
- b. Dialogo social por la equidad (discusión social para definir el monto que está dispuesto a pagar la sociedad colombiana para responder a sus necesidades en salud).

- c. Concertación político – técnica de la línea estratégica para la asignación, distribución y flujo de recursos (Negociación con Ministerio de hacienda, se pasó de subsidio a la oferta pública por subsidio a la oferta privada, más que a la demanda; proponer disminuir el desgaste administrativo de los hospitales: análisis técnico y financiero del manejo administrativo de las ESE, en el cual el énfasis no sea financiero sino en la atención; que los dineros de la salud no llegue directamente a la EPS, sino a hospitales o municipios; recuperar la figura de asegurador estatal o mixta con perspectiva regional; alianzas estrategias entre alcaldías, secretarías).
- d. Mayor control de información sobre deudas y pagos entre EPS e IPS (no hay interlocución ante solicitud de pagos).
- e. Blindar los recursos de Salud que no haga caja con otros recursos del estado.

Eficaz sistema de vigilancia y control

- a. Redefinición de la estructura (orgánica y funcional. Redistribuir la vigilancia por niveles) de vigilancia y control (descentralizar).
- b. Redefinir lo que sería competencia de vigilar por la superintendencia de salud: garantizar la atención de servicios de salud, seguimiento a indicadores de calidad, accesibilidad y oportunidad de servicios, flujo de recursos (como función exclusiva de la superintendencia y las demás pasen al Ministerio y a los departamentos, estandarizar informes e indicadores, especificidad de los indicadores, vigilancia de la salud pública (cuando el responsable es quien ejerce dicha función).
- c. Fortalecimiento económico
- d. Independencia y autonomía de las instancias de V y C (¿quién vigila al que vigila?).
- e. Garantía del cumplimiento (descentralizada).

Sistema de información funcional (fuentes, procesos, soportes y toma de decisiones)

A partir de allí definir:

- a. Unificar el sistema de información, al estilo DIAN o sistema financiero los cuales funcionan perfectamente.
- b. Manejo de HC en forma sistematizada con chip en tarjeta de aseguramiento, ya funciona en la Unión Europea.
- c. Plataforma tecnológica unificada y gratuita: falta unificar software para las instituciones prestadoras del nivel nacional, la historia clínica unificada).
- d. Sistemas de información que permitan toma de decisiones oportunas y efectivas a nivel local.

Modelo de Aseguramiento Eficaz

- a. El Riesgo financiero debe ser asumido finalmente por el Estado, ya que las administradoras de planes de beneficios obtienen beneficios del sistema pero no responden finalmente por las demandas del mismo.
- b. Modelo de administración de recursos: Se propone un sistema mixto público privado para población más vulnerable (régimen subsidiado). Se propone continuar con el actual sistema para el régimen contributivo con disminución de la intermediación financiera.
- c. Actores operando en márgenes estrictos de utilidad. ¿Será lógico y lícito que los actores del sistema generen utilidades, en un sistema de salud sin cobertura completa?
- d. Blindaje a corrupción.
- e. Restringir la intermediación, definir claramente las reglas de funcionamiento.
- f. Aseguramiento social más que financiero: proponer redes integradas de prestación de servicios.
- g. Control en integración vertical.
- h. Repensar el modelo de atención en salud (integralidad, recurso humano, diferenciación IPS y ESE) APS y Redes regionales y funcionales de atención (redes integrales de servicios de salud; OPS).
- i. Disminuir la atomización de hospitales, retomar subsidios a la oferta en determinados municipios.

Alto impacto en salud pública

- a. Análisis de determinantes: apoyo de las universidades.
- b. Intersectorialidad, trabajo articulado, continuidad: plan de estímulos y sanciones, pero equiparar el control según el nivel. Estado como asegurador único en salud pública, y contrata con IPS públicas o privadas la atención.
- c. Revisión sistemática sobre resultados en salud pública que evidencien el bajo impacto: apoyo de las universidades.
- d. Incoherencia entre morbi-mortalidad y la respuesta social: reunir de nuevo la prestación de servicios de salud con la atención en salud pública: APS, Salud Familiar, redes.

Se materializa el mandato constitucional del derecho a la salud

- a. Planes de beneficio actualizados.
- b. Accesibilidad (funcional, legal, cultural y geográfica)
- c. Cobertura en aseguramiento y en prestación.
- d. Calidad de servicios.

- e. Control Social (empoderamiento social, participación social y comunitaria).
- f. Identificación de usuarios (SIS).

Establecer una política pública de prestación de servicios:

- a. Pago del pasivo prestacional.
- b. Estatutos legales propios de las ESE (control de gestión (limitado al SOGC), políticas de contratación).
- c. Conformación y funciones de juntas directivas de las ESE (evitar conflictos de intereses).
- d. Régimen laboral (creación de la figura del trabajador de la salud).
- e. Retomar el subsidio a la oferta en servicios que no alcanzan equilibrio financiero.
- f. Sinergia entre prestación de servicios de salud y la atención de Salud Pública y riesgos profesionales.
- h. Creación de un régimen presupuestal exclusivo para ESE.
- j. Consolidar todos los informes de la ESE alrededor del decreto 2193.

Finalmente, con la homologación de planes de beneficios se hace necesario definir la participación de la red pública de mediana y alta complejidad en la prestación de estos servicios, los cuales, venían siendo prestados por ésta, a pesar de no existir los recursos suficientes para su cobertura y llevando muchas de éstas atenciones a la rentabilidad social de la entidad; sin embargo, con la ampliación de planes de beneficios de niños y niñas y menores de 18 años lo que se ha evidenciado a la fecha es la migración de éstos servicios hacia la red privada o hacia integración vertical por parte de las EPSs del régimen subsidiado.

Agradecemos de antemano la atención a la presente y esperamos se logre generar un espacio de análisis y discusión en donde participen todos los actores para así lograr la reforma estructural que requiere y necesita el sistema.

Atentamente,

OLGA LUCIA ZULUAGA RODRIGUEZ
Directora Ejecutiva

cc. Dra. Beatriz Londoño Soto – Viceministro de la Protección Social