

**SEGUNDO INFORME - AUTO 411 DE 2016 SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES
VIGÉSIMA PRIMERA Y VIGÉSIMA SEGUNDA – AUTOS 261 Y 262 DE 2012.
INFORME SEMESTRAL DE IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS Y EXPEDICIÓN DE
LA REGLAMENTACIÓN CORRESPONDIENTE**

ENERO 2018

CONTENIDO DEL INFORME

El Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud remite el segundo informe de cumplimiento del cronograma presentado mediante oficio 201711000022271 de 11 de enero de 2017, en cumplimiento del mandato contenido en el Auto 411 de 2012 proferido por la Sala de Seguimiento a la Sentencia T760 de 2008 de la Corte Constitucional, que dice:

“ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social: () i) *Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información, de manera que le permita:* a) *mejorar la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación;* b) *considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población;* c) *solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, según lo expuesto en la parte considerativa de este Auto. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente.* () ii) *Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente el porcentaje de equiparación a la meta del 95% señalada por el Gobierno. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente.* () iii) *Informar con una periodicidad de 6 meses, los cambios y resultados obtenidos con la implementación de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014.”*

Para responder, en el presente documento, lo relativo al punto i), teniendo en cuenta que los literales a) y c) se refieren al flujo y tratamiento de la información relacionada con el régimen subsidiado que sirve al cálculo de la UPC, estos se abordarán conjuntamente y posteriormente, se dará cuenta del literal b). Seguidamente, se responderán los demás puntos en el orden del mandato.

i) Adopción de medidas necesarias y emisión de la reglamentación pertinente, en consideración de este Ministerio para solucionar las deficiencias del sistema de información, en el segundo semestre de 2016:

“a) Mejorar la calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación” y “c) Solucionar la deficiencia de datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la

población del régimen subsidiado, según lo expuesto en la parte considerativa de este Auto”:

b) Considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población”

Respuesta:

Este Ministerio expidió la Resolución 1683 de 2015, por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS, con el propósito de mejorar la oportunidad, seguridad y confiabilidad en la entrega de la información que están obligadas a reportar las EPS, respecto de la negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a través de la plataforma de integración de datos - PISIS del Sistema de Información de la Protección Social-SISPRO.

Dicho acto administrativo fue objeto de observaciones por parte la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en evaluación al grado de cumplimiento de la Orden, en el Auto 411 de 2016 y ordenó a este Ministerio en el numeral cuarto, adoptar las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución en comento, así propiciar que los registros de tecnologías y servicios en salud que sean negados y aprobados por los CTC, sean precisos, actualizados, consistentes y confiables, y que a través de los reportes de información se facilite el análisis cuantitativo y cualitativo de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de manera que se determine: “i) cuáles son los servicios que más se niegan, ii) cuáles se encuentran incluidos en el POS, iii) cuáles son las EPS que más se abstienen de autorizar, iv) la razón por la que no son autorizados”.

Por otra parte, la expedición de la Ley 1751 de 2015, comporta para el Ministerio de Salud y Protección Social, la responsabilidad de procurar cambios normativos que viabilicen la garantía del derecho fundamental a la salud, así como, implementar mecanismos para su protección y acceso y la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias y teniendo en cuenta que el mecanismo de la Resolución 2361 de 2016 es obligatorio para las EPS que operan el régimen contributivo y para el régimen subsidiado solo cuando la entidad territorial opte de manera voluntaria por su aplicación, y en atención al mandato del Ordinal Cuarto del auto 411 de 2016, de conformidad con la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2007, en la definición de la información sobre los servicios negados para las Entidades Promotoras de Salud que operan este régimen y para las entidades territoriales en relación con los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico, profiere la Resolución 2064 de 2017 “Por la cual se adopta el instrumento para el reporte de la información de los servicios tecnologías en salud negados y aprobadas por el CTC, y suministrados a los afiliados del régimen subsidiado” (Anexo 1).

Acciones relacionadas con el tratamiento de la información:

A través de la **Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –TIC**, realizó las siguientes acciones:

- Estandarización y actualización de codificaciones para mejorar la calidad de los datos que se reportan al Ministerio en el marco del Reporte de prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC- MIPRES.
- Con relación al régimen contributivo en el 2017 se inicia la operación obligatoria del reporte de prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC- MIPRES para todas las EPS e IPS.
- En referencia al régimen subsidiado, mediante la Resolución 2064 de 2017 se realizaron las actualizaciones del anexo técnico y las nuevas tablas de codificación implementadas acerca de códigos de otros servicios en SERVICIOS ESPECÍFICOS Y SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD, homologando a las codificaciones establecidas en la Resolución 532 de 2017 de acuerdo a lo solicitado por la Dirección de Regulación del Aseguramiento en salud, Pensiones y Riesgos Laborales.
- Asimismo, se dispusieron los mecanismos automatizados para que la Dirección de Regulación del Aseguramiento en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales reciba y valide los datos reportados por las EPS relacionados con la negación de servicios de salud.
- Actualización permanente de los catálogos de codificaciones del POS.
- Actualización permanente en el marco de MIPRES de coberturas del PBS de acuerdo a lo indicado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y en el marco del Reporte de prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC- MIPRES.
- Con referencia al régimen subsidiado se realizan las adecuaciones al Reporte de prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC- MIPRES para que las **Entidades Territoriales puedan operarlo** de acuerdo al modelo que definan.
- **Se inició el proceso de sensibilización y verificación de condiciones técnicas y tecnológicas para la implementación de MIPRES- Régimen Subsidiado en las entidades territoriales:** Bogotá- Distrito Capital, Distrito de Barranquilla, Distrito de Santa Marta, Departamento del Cesar, Departamento de Risaralda, Departamento del Valle del Cauca y Departamento de Nariño, de acuerdo a la programación de la Dirección de Financiamiento Sectorial.

- Actualización y/o creación de catálogos de variables transversales en el marco de la Resolución 532 de 2017 (Anexo 2). Procedimientos- CUPS; Medicamentos, Medicamentos Vitales No disponibles; Productos Nutricionales, Dispositivos Médicos, Servicios complementarios.

- Publicación de codificaciones para los sistemas de información del país en www.minsalud.gov.co

“ii) Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente el porcentaje de equiparación a la meta del 95% señalada por el Gobierno. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente”.

Respuesta:

La equiparación de la UPC para la vigencia 2018 se materializó con la Resolución 5268 de 2017 (Anexo 3), y se hizo evidente en las decisiones tomadas con base en la información reportada por las EPS, aplicables a los dos regímenes, ya que no solo igualó el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada del continente, sino que se ordenó un favorecimiento en las condiciones de la prestación de los servicios de salud en el subsidiado:

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Ajustó la prima en 7,83%, valor que incluye la actualización integral del Plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC	Ajustó la prima en 7,83%, valor que incluye la actualización integral del Plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC
Reconoce una prima adicional del 10% a 363 municipios catalogados como zona especial	Reconoce una prima adicional del 11,47% a 363 municipios catalogados como zona especial
Reconoce una prima adicional de 9,86% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.	Reconoce una prima adicional de 15% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (Zona Alejada)	Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (Zona Alejada)

El alto tribunal en la orden quinta del Auto 411 de 2016 impartió órdenes precisas al Ministerio de Salud y Protección Social en términos de avance en el **mejoramiento de la calidad de la información, especialmente de la reportada por el régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa para la definición de la Unidad de Pago por Capitación, específicamente en lo relativo a la frecuencia de uso de servicios de salud por parte de dicha población así como tomar las medidas necesarias para aumentar el porcentaje de equiparación de la UPC del régimen subsidiado a la del contributivo.**

Con el propósito de seguir avanzando hacia la **evaluación de los resultados de la prueba piloto de igualación de la prima pura del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo implementada con la Resolución 5968 de 2014** para las vigencias 2015 y 2016, con continuidad por dos (2) años consecutivos más; es decir, para las vigencias 2017 y 2018 (Resolución 6411 de 2016), este Ministerio consignó en la citada **Resolución 5268 de 2017, lo siguiente:**

“Título II

Disposiciones aplicables al Régimen Subsidiado

(...)

Capítulo II

Disposiciones referidas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado

Artículo 18. Para efectos de lo dispuesto en la presente resolución en la vigencia 2018 **continuará la aplicación de la prueba piloto de igualación de prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del régimen subsidiado al contributivo en las Ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali, y de Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, manteniendo las condiciones de dicho régimen, entendiéndose para el efecto, por prima pura de UPC aquella que resulta de descontar de la misma los gastos de administración en uno u otro régimen.**

Es **responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes para el mantenimiento de las pruebas piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al contributivo, el envío de la información que para el efecto defina la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio,**

de manera oportuna y con calidad, de conformidad con el instructivo igualmente definido, así:

La información de la vigencia respectiva se enviará cada cuatrimestre discriminando la misma en forma mensual; el plazo para su envío se extenderá hasta la cuarta semana del mes siguiente al vencimiento del cuatrimestre respectivo.

Parágrafo 1. La calidad en el reporte de la información entregada por cada EPS, deberá atender el instructivo que para el efecto defina la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Parágrafo 2. El incumplimiento de los plazos estipulados en este artículo dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que respetando el debido proceso, determinará la viabilidad de imponer sanciones.

Artículo 19. Fijar el **valor anual de la Unidad de Pago por Capitación de la prueba piloto Régimen Subsidiado (UPC-S)** para el año 2018, para las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali, y en Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, en la suma anual de OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$864.568,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL CUATROCIENTOS UN PESOS CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.401,58).

La estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S para la prueba piloto de la que trata el presente artículo, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.390.878,80
1-4 años	0,8179	707.130,00
5-14 años	0,3267	282.456,00
15-18 años hombres	0,3847	332.600,40
15-18 años mujeres	0,6381	551.682,00
19-44 años hombres	0,6415	554.619,60
19-44 años mujeres	1,0154	877.881,60
45-49 años	1,0376	897.076,80
50-54 años	1,2973	1.121.605,20
55-59 años	1,5738	1.360.659,60
60-64 años	1,9465	1.682.884,80
65-69 años	2,4125	2.085.771,60
70-74 años	2,9424	2.543.907,60
75 años y mayores	3,6575	3.162.160,80

Artículo 20. Las ciudades de Bogotá D.C., Medellín, Santiago de Cali y de Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario y de los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, podrán cofinanciar la prueba piloto de que trata la presente resolución con recursos propios o con los definidos en el numeral 5 del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013. Para el efecto, este Ministerio a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial revisará conjuntamente con las entidades territoriales los planes financieros de salud, con el fin de evaluar la posibilidad de cofinanciar la prueba piloto en las vigencia 2018.

Artículo 21. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas que integran la red prestadora de servicios de las Entidades Promotoras de Salud – EPS del Régimen Subsidiado y de las entidades territoriales en donde se desarrolla la prueba piloto, tendrán las siguientes responsabilidades:

21.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

21.1.1 Suscribir con la Entidad Promotora de Salud - EPS contratante, el compromiso de recaudo y gestión de la información solicitada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

21.1.2 Entregar a la Entidad Promotora de Salud - EPS Subsidiada contratante, la información correspondiente, con suficiente antelación para que ésta cumpla con los plazos de reporte de información a este Ministerio.

21.2. Entidad Territorial

21.2.1 Gestionar el envío de la información por parte de las IPS a las EPS -S, garantizando que las Empresas Sociales del Estado – ESE que tengan contratos con las EPS -S de su jurisdicción, remitan la información con calidad a las EPS -S respectivas. Para el efecto, en las sesiones de juntas directivas el alcalde o gobernador, deberá considerar el tema, dejando constancia en el acta de sesión de la respectiva reunión, que servirá como prueba de la gestión realizada.

21.2.2 Enviar los soportes y actos administrativos que determinen la fuente de financiación y los compromisos presupuestales respectivos, en caso de cofinanciar la prueba piloto con recursos propios o con los definidos en el numeral 5 del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.

21.2.3 Enviar los demás informes que le sean requeridos por la Dirección de Regulación, de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio.

Título III
Reporte de información

Artículo 22. Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar – CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y los demás actores y agentes del Sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación

de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable y en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto.

Artículo 23. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

Sin embargo, la información sobre los servicios y tecnologías en salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada según la normativa vigente y aplicable al momento del reporte, así:

- En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
- En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en las Resoluciones 4678 de 2015, y 1132 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 24. Los actores y agentes del SGSSS reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios y seguimiento de UPC, en las siguientes fechas:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Prueba Piloto – Igualación de Primas	Febrero	1. Mayo de 2018 2. Septiembre de 2018 3. Enero 2019	Cuatrimestral – Discriminado de manera mensual
Monitoreo de Tecnologías en Salud	Febrero	1. Abril de 2018 2. Julio de 2018 3. Octubre de 2018 4. Enero 2019	Trimestral – Discriminado de manera mensual

Parágrafo 1. Lo anterior sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad la información complementaria que a juicio se considere necesaria para la elaboración de estudios y reportes.

Parágrafo 2. Una vez recibida la información se realizarán los procesos de calidad y retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, a efectos de recibir justificaciones y aclaraciones de ser necesario.

Artículo 25. Los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC se realizarán con las bases de información que se encuentren disponibles”.

“b. Considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población”:

Respuesta:

1. Acceso a los servicios de salud:

Conforme a datos de la Encuesta de Calidad de Vida – ECV del DANE, se registran mejoras en el acceso a los servicios de salud con un incremento en la atención en salud de la población. Al analizar por tipo de vinculación al SGSSS, la proporción de afiliados que presentaron en los últimos treinta días una necesidad de atención en salud, entre los años 2011 y 2016, para el régimen contributivo fue de 11,31% y 6,32% y para el régimen subsidiado de 8,83% y 6,37%. De los afiliados al régimen contributivo que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, el 73,96% y 82,13% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016 respectivamente; mientras para los afiliados al régimen subsidiado esta proporción fue de 64,16% y 69,32% (Tabla 1).

Tabla 1. Necesidad de atención en salud y Uso Institucional de los Servicios de Salud

Años	Necesidad de atención en salud (%)			Uso institucional (%)		
	Contributivo	Subsidiado	Especial	Contributivo	Subsidiado	Especial
2011	11,31	8,83	14,65	73,96	64,16	81,55
2012	10,27	10,52	12,57	84,04	74,52	86,02
2013	10,04	10,50	11,63	81,85	73,79	86,63
2014	7,60	9,88	10,65	80,62	68,20	77,14
2015	7,34	8,68	9,59	78,33	67,32	81,09
2016	6,32	6,37	7,67	82,13	69,32	81,45

Fuente: Departamento Nacional de Estadísticas - DANE. Encuestas de Calidad de Vida. Cálculos MSPS - DPSAP.

Con relación a las barreras asociadas a las características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativa y calidad) se observa para el periodo 2011 – 2016, disminuciones del 13.64% en la razón del centro de atención queda lejos, del 33.87% en mal servicio o cita distanciada en el tiempo y del 5.09% en muchos trámites para la cita. A partir de la variación para el último periodo disponible (2015 – 2016), se observa una disminución en mal servicio o cita distanciada en el tiempo (-16.55%), mientras se presentan incrementos en muchos trámites para la cita y el centro de atención queda lejos (62.26 y 18,75%, respectivamente).

Con respecto a otras razones para no uso de los servicios de salud, incorporadas en la ECV a partir del año 2014, se observa para el período 2014 – 2016 un mayor incremento en la relacionada con la dificultad para viajar la cual que pasa de 1.10% a 2.31%, y le hacen esperar mucho para atenderlo, que pasa de 4.40% en 2014 a 5.73% en 2016 (con un aumento de 26,92%). En la razón no le cubrían o no le autorizaron se presenta una disminución, pasando de 1.60% a 0,90% para el citado período (Tabla 2).

En las barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación), a partir de la ECV se puede valorar la falta de dinero, la cual para el periodo 2011 – 2016 muestra una disminución del 41.23% (pasando de 11.40% en 2011 a 6,70% en 2016).

Tabla 2. Proporción de razones por las cuales no se asiste a servicios institucionales de salud

RAZONES DE NO USO (Personas que no asisten a los servicios de salud)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
El caso era leve	49.70%	54.90%	51.50%	54.70%	54.90%	51.61%
No tuvo tiempo	7.00%	5.40%	5.80%	3.60%	4.10%	5.83%
El centro de atención queda lejos	5.50%	5.80%	5.70%	3.20%	4.00%	4.75%
Falta de dinero	11.40%	11.50%	10.30%	8.80%	5.90%	6.70%
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	10.60%	8.30%	9.90%	9.70%	8.40%	7.01%
No lo atendieron	2.10%	1.70%	2.00%	0.70%	0.80%	2.32%
No confía en los médicos	2.80%	4.70%	4.40%	2.60%	3.00%	2.32%
Consultó antes y no le resolvieron el problema	5.60%	1.80%	2.80%	2.20%	2.30%	2.17%
Muchos trámites para la cita	5.30%	5.80%	7.50%	4.70%	3.10%	5.03%
No le cubrían o no le autorizaron la atención	0.00%	0.00%	0.00%	1.60%	0.90%	0.90%
Le hacen esperar mucho para atenderlo	0.00%	0.00%	0.00%	4.40%	6.70%	5.73%
Dificultad para viajar	0.00%	0.00%	0.00%	1.10%	0.90%	2.31%
Otro	0.00%	0.00%	0.00%	2.60%	4.90%	3.30%

Fuente: Departamento Nacional de Estadísticas - DANE.
Encuestas de Calidad de Vida. Cálculos MSPS – DPSAP

De la proporción de afiliados que respondieron no asistir a servicios institucionales, la razón más significativa es el caso era leve, que para el periodo analizado supera aproximadamente el 50%; sin embargo, como tal ésta no se considera como barrera de acceso sino está condicionada a la decisión del usuario.

Al analizar el comportamiento por Regiones, según la citada Encuesta, la proporción de personas que presentaron en los últimos treinta días una necesidad de atención en salud para los años 2011 y 2016, para la Región Pacífica (sin incluir Valle) fue de 10,37% y 15,48%, en la Orinoquía – Amazonía de 5,97% y 6,24% y en San Andrés y Providencia

de 5,92% y 2,93%; en tanto en la Región Central fue de 11,41% y 7,10%, en Bogotá de 12,24% y 5,12%, y en Antioquia de 5,96% y 6,24% para estos años (Tabla 3).

Tabla 3. Necesidad de atención en salud

Regiones	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atlántica	8,64%	11,16%	10,86%	12,06%	9,52%	5,09%
Oriental	8,75%	8,32%	8,48%	5,60%	6,68%	7,20%
Central	11,41%	12,27%	12,20%	12,85%	10,59%	7,10%
Pacífica (sin incluir Valle)	10,37%	12,18%	15,41%	12,24%	15,08%	15,48%
Bogotá	12,24%	10,25%	9,48%	4,24%	6,42%	5,12%
Antioquia	5,96%	7,77%	8,55%	7,53%	5,88%	5,85%
Valle del Cauca	6,93%	11,45%	9,31%	8,98%	10,10%	10,03%
San Andrés y Providencia	5,92%	3,54%	7,10%	9,09%	3,13%	2,93%
Orinoquía – Amazonía	5,97%	10,00%	5,73%	1,76%	10,38%	6,24%
Buenaventura						6,23%

Fuente: Departamento Nacional de Estadísticas - DANE.
Encuestas de Calidad de Vida. Cálculos MSPS – DPSAP

De las personas que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, en la Región Pacífica (sin incluir Valle) el 64,7% y 52,5% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016, mientras en la Región de la Orinoquía – Amazonía esta proporción fue de 56,2% y 78,9% y en San Andrés y Providencia de 85,3% y 94,3% para estos años, denotando aumento en el período (Tabla 4).

Tabla 4. Uso Institucional de Servicios de Salud

Regiones	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atlántica	68,7%	87,0%	74,1%	64,6%	69,1%	66,8%
Oriental	74,1%	85,9%	82,6%	79,2%	69,7%	67,2%
Central	53,7%	88,6%	69,3%	68,5%	66,1%	63,6%
Pacífica (sin incluir Valle)	64,7%	91,1%	66,7%	63,4%	61,1%	52,5%
Bogotá	61,5%	88,2%	77,5%	83,2%	74,9%	73,0%
Antioquia	81,1%	80,6%	80,5%	80,2%	76,7%	71,9%
Valle del Cauca	81,3%	86,5%	77,7%	86,6%	75,8%	68,8%
San Andrés y Providencia	85,3%	73,2%	95,4%	87,4%	95,3%	94,3%
Orinoquía – Amazonía	56,2%	85,1%	64,6%	89,6%	67,4%	78,9%
Buenaventura						73,2%

Fuente: Departamento Nacional de Estadísticas - DANE.
Encuestas de Calidad de Vida. Cálculos MSPS – DPSAP

2. Acciones implementadas desde la Prestación de Servicios de Salud

A continuación se presentan las acciones adelantadas para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud durante la vigencia de 2017, con relación al desarrollo

de lineamientos, regulaciones, diseño y disposición de instrumentos, prestación de asistencia técnica, entre otras.

2.1. Organización de la Prestación de Servicios de Salud

Durante el período se trabajó en el desarrollo e implementación de formas funcionales de organización, como las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, enfermedades huérfanas, y el prestador primario de servicios de salud.

- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

En la vigencia de 2017 las acciones estuvieron encaminadas a desarrollar el proceso de alistamiento para la implementación del marco regulatorio establecido mediante la **Resolución 1441 de 2016**, mediante la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la **habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS**, que deben ser presentadas por las EPS para su habilitación por cada uno de los Departamentos o Distritos, en los cuales están autorizadas para operar, con miras a brindar a la población afiliada una atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez.

En tal sentido, se **elaboraron y publicaron instrumentos metodológicos, como los Manuales de Habilitación de las RIPSS** para las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, y la Superintendencia Nacional de Salud; así como la prestación de asistencia técnica a las mismas.

De igual modo, se **realizaron los desarrollos conceptuales y operativos, el diseño y puesta en operación del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS**, el cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPSS (entrada, permanencia – incluyendo novedades, y renovación de esta), con las actuaciones de los agentes y entidades territoriales en el mismo.

En el marco de lo anterior, se expidió la Circular 043 de noviembre 28 de 2017 (Anexo 4), que establece la Entrada en operación del módulo de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, a partir del 1 de diciembre de 2017, en términos de lo dispuesto por el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 sobre dicho proceso¹.

De forma complementaria, se avanzó en la conceptualización y definición de las variables de captura de los componentes de talento humano, infraestructura y dotación del REPS,

¹ Resolución 1441 de 2016. *Artículo 16. Transitoriedad.* "La EPS que se encuentre habilitada a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución, deberá adelantar el procedimiento de habilitación de las RIPSS, definido en la presente Resolución, en un plazo no superior a doce (12) meses contados a partir de la fecha en la cual esté dispuesto el Módulo de Redes del REPS por parte de este. Si vencido el plazo anterior, no se ha culminado el trámite de habilitación referido en la presente resolución, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que estime pertinentes con respecto a la EPS y a la correspondiente entidad territorial, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia".

que tienen como función disponer de mayor información para la determinación de la suficiencia de las RIPSS.

- **Unidades Funcionales de Atención de Cáncer Adultos e Infantil y Habilitación de Servicios Oncológicos**

En apoyo a la implementación de la Resolución 1477 de abril 22 de 2016, que define el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto -UFCA y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil – UACAI, se brindó asistencia técnica a entidades territoriales departamentales y distritales, así como a prestadores de servicios de salud, mediante medios presenciales y virtuales. Dichas asistencias técnicas, incluyeron lo relativo a la operación del Módulo de Unidades Funcionales del REPS y del instrumento para la verificación previa de estas Unidades. A la fecha se ha habilitado una unidad funcional y están en proceso de inscripción para habilitarse, varios prestadores, según los registros del Módulo de Unidades funcionales.

Con respecto a la habilitación de servicios oncológicos, en el marco de lo preceptuado en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el Artículo 118 del Decreto Ley 019, en el cual se exige al Ministerio de Salud y Protección Social la verificación y habilitación de los nuevos servicios de oncología, durante el año 2017 se continuó con la verificación de nuevos servicios de oncología.

- **Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas**

Conforme a lo definido en la Ley 1392 de 2011, se elaboró el Proyecto de Resolución “Por la cual se define el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacias para la atención integral de las Enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de Centros de Referencia para la atención de Enfermedades Huérfanas”, para la adecuada atención en salud de pacientes que padezcan estas enfermedades. El citado proyecto de norma, se encuentra en la Dirección Jurídica del Ministerio para su revisión, luego de un proceso de socialización, revisión y ajuste, para el cual fueron convocadas entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud, entidades territoriales, asociaciones científicas y demás.

- **Prestador Primario de Servicios de Salud**

En el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y de las RIPSS, se elaboró una propuesta técnica sobre el Prestador Primario de Servicios de Salud y un Proyecto de Resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud”, como forma de organización funcional para la gestión de la prestación del componente primario. El proyecto de norma surte el proceso de discusión, revisión y ajuste, en el marco de los procedimientos establecidos para su expedición.

- **Sistema Único de Acreditación:**

En desarrollo de las acciones para el fortalecimiento de la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se prosiguió con la asistencia técnica, a la par que se expidió la Resolución 5135 de diciembre 7 de 2017 (Anexo 5), "Por la cual se designan miembros del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud".

2.2. Fortalecimiento de la Prestación Pública de Servicios de Salud

Durante la vigencia de 2017 se continuó con la asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales y distritales, y las Empresas Sociales del Estado – ESE para el fortalecimiento de la planeación y gestión de la prestación de servicios de salud.

- **Fortalecimiento de la capacidad instalada de ESE**

Durante los años 2016 y 2017 se realizaron inversiones en proyectos de mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como se presentan en las Tablas 5 y 6.

Tabla 5. Número y Monto de proyectos Viabilizados 2016 y 2017

Vigencia	2.016		2.017		TOTAL	
	# Proyecto s	Valor (millones)	# Proyecto s	Valor (millones)	# Proyecto s	Valor (millones)
Infraestructura	21	188.728	22	206.007	43	394.735
Infraestructura - Dotación	10	117.243	4	51.944	14	169.187
Dotación	15	17.482	30	38.213	45	55.695
TOTAL	46	323.453	56	296.164	102	619.617

Fuente: Subdirección de Infraestructura en Salud – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Tabla 6 Número y monto de proyectos que efectivamente terminaron siendo financiados 2016 y 2017, según fuente de financiación.

VIGENCIA FUENTE FINANCIACION	2016		2017	
	# Proyecto s	Valor (millones \$)	# Proyecto s	Valor (millones \$)
3.1. PGN - Minsalud				
Contrato Plan	1	15.000		
P Fortalecimiento Resol. 0829	1	8.629		
Isagen			2	16.042
OGTED				
3.2. SGR *	25	69.628	30	108.468
3.3. Findeter	6	135.758		
3.4. Cuentas maestras SGP**		40.480		33.584

*SGR: Corresponde al número de proyectos que fueron viabilizados por los OCAD – Fuente: DNP – Sistema General de Regalías.

**Cuentas Maestras SGP: Corresponde a información reportada al MSPS por parte de las entidades territoriales en el marco de la Resolución 4624 de 2016.

Así mismo, en términos de precisar las condiciones para la inclusión de iniciativas de inversión en los Planes Bienales ante situaciones de emergencia, se expidió la Resolución 5096 de diciembre 5 de 2017 (Anexo 6), por la cual se establecen las condiciones y el procedimiento para que las entidades territoriales incluyan en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, los proyectos de inversión para atender necesidades en situaciones de declaratoria de calamidad pública, desastre o emergencia sanitaria en salud o emergencia nacional en salud pública, sanitaria y/o evento catastrófico. Para el caso específico del departamento de la Guajira, la Resolución 5097 de diciembre 5 de 2017 (Anexo 7), por la cual se autoriza al departamento de la Guajira el ingreso al aplicativo de Planes Bienales de Inversiones Pública en Salud.

- Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE

Para el saneamiento de pasivos de ESE en intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se asignaron recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, como se presenta en la Tabla 5.

**Tabla 5. Asignación de recursos 2016 – 2017 – FONSAET
Saneamiento de Pasivos – ESE intervenidas por la Supersalud**

(Pesos corrientes)

Año	Acto Administrativo	Depto	Municipio	Nombre	Asignación	
2016	Resolución 3845	Córdoba	Montería	ESE Hospital San Jerónimo de Montería	20.008.264.680	
		La Guajira	Maicao	ESE Hospital San José de Maicao	11.503.499.586	
		Meta	Villavicencio	Hospital Departamental de Villavicencio	10.713.213.723	
		Guainía	Inírida	ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo	7.089.109.871	
		Chocó	Quibdó	ESE Hospital Deptal San Francisco de Asís en liquidación	17.054.351.161	
	Subtotal Resolución 3845					66.368.439.021
	Resolución 6136	Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. Del Carmen en liquidación	1.500.100.060	
		Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta	5.333.835.991	
	Subtotal Resolución 6136					6.833.936.051
	SUBTOTAL AÑO 2016					73.202.375.072

Año	Acto Administrativo	Depto	Municipio	Nombre	Asignación
2017	Resolución 1179	Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. Del Carmen en liquidación	3.000.000.000
		Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta	5.335.050.819
	Subtotal Resolución 1179				8.335.050.819
	Resolución 3132	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima	4.398.194.257
		Nariño	Tumaco	ESE Hospital San Andrés de Tumaco Nariño	6.000.000.000
		Meta	Villavicencio	ESE Hospital Departamental de Villavicencio	4.398.194.257
		Chocó	Quibdó	ESE Hospital Deptal San Francisco de Asís en liquidación	9.031.833.536
		Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. Del Carmen en liquidación	5.747.000.000
	Subtotal Resolución 3132				29.575.222.050
	SUBTOTAL AÑO 2017				37.910.272.869
	TOTAL AÑOS 2016 - 2017				111.112.647.941

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Para la financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE categorizadas en riesgo medio y alto, durante la vigencia de 2017 se asignaron los recursos que se relacionan en la Tabla 6.

Tabla 6. Asignación de recursos 2017 – Financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE

(Pesos corrientes)

Año	Acto Administrativo	Entidad Territorial	Valor Asignado
2017	Resolución 3132	Atlántico	15.348.019.000
		Buenaventura	2.122.991.000
		Chocó*	13.756.900.000
		La Guajira	4.802.253.000
		Putumayo	1.301.327.000
	Subtotal Resolución 3132		37.331.490.000
	Resolución 4522	Atlántico	4.651.980.000
		Boyacá	1.884.407.000
Buenaventura		761.835.000	

Año	Acto Administrativo	Entidad Territorial	Valor Asignado
		Chocó	511.508.000
		La Guajira	1.723.289.000
		Putumayo	466.981.000
		Subtotal Resolución 4522	10.000.000.000
		TOTAL AÑO 2017	47.331.490.000

*El valor incluye recursos para capital de trabajo de la Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís de Quibdó, en cumplimiento del artículo 23 de la Ley 1837 de 2017. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Así mismo, conforme a lo dispuesto por el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, se expidió la Resolución 1755 de mayo 26 de 2017 (Anexo 8), por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.

- Desarrollo de Esquemas de Operación de ESE

Según lo establecido en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015), se trabajó en el desarrollo de esquemas alternativos de operación para las ESE, en procura de mejorar sus condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad. Entre estas medidas se encuentran las siguientes:

- Ajuste al régimen laboral de las ESE: en desarrollo del Acuerdo de la Mesa de Negociación del Sector Salud (Gobierno Nacional y Centrales Obreras), se trabajó con la misma en la elaboración y presentación al Congreso de la República del Proyecto de Ley 012 de 2017 – Senado “Por la cual se otorgan facultades extraordinarias pro t mpore al Presidente de la República para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial y para expedir el Sistema Específico de Carrera Administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades, y se dictan otras disposiciones”, el cual está para trámite.
- Modificación del mecanismo de nombramiento de gerentes, en implementación de las medidas expedidas en el año 2016, al finalizar el año 2017, de las 931 ESE habilitadas, en 150 sus gerentes habían sido elegidos por concurso, 156 reelegidos por evaluación de su gestión (Decreto 052 de 2016), 596 nombrados (Ley 1797 de 2016 y Decreto 1427 de 2016), 7 con intervención de Superintendencia Nacional de Salud y 22 sin nombramiento y posesión de gerente.
- Mecanismos de operación que se apoyen en alianzas público privadas: se elaboró y publicó en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social, el documento con los lineamientos técnicos para las Asociaciones Público Privadas -APP en el Sector Salud, en el contexto de lo dispuesto por las Leyes 1508 de 2012 y 1753 de

2015 y sus reglamentaciones. De igual manera, se prestó la asistencia técnica demandada sobre el tema por parte de entidades territoriales.

- Regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficiencia: en reglamentación del artículo 2 de la Ley 1797 de 2016 que modificó la distribución del Sistema General de Participaciones para Prestación de Servicios de Salud en lo no Cubierto con Subsidios a la Demanda y la Financiación del Subsidio a la Oferta, se expidió el Decreto 762 de Mayo 12 de 2017 (Anexo 9) en el cual se reglamentan los criterios, el procedimiento y las variables de distribución y asignación para estos recursos; en cuyo marco el Departamento Nacional de Planeación mediante el Documento SGP-17-2017 de Mayo 22 de 2017, realizó la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones correspondiente a las once doceavas de la Participación para Salud del Componente de Prestación de Servicios de Salud en lo no Cubierto con Subsidios a la Demanda y la Financiación del Subsidio a la Oferta, vigencia 2017.

Información para la calidad:

A continuación se describen las principales acciones de reglamentación, de política pública y de rectoría que la Oficina de Calidad ha realizado, en el marco de lo definido en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, para propender por la calidad de la atención en salud y el acceso efectivo a los servicios de salud.

1. Definición y operación de un nuevo sistema de información para el mejoramiento de la calidad en la atención:

- La actualización del Sistema de Información para la Calidad-SIC (Resolución 256-16), avanzó durante la vigencia 2017 con un plan específico de implementación en búsqueda del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, derivado de los procesos de atención, aseguramiento y salud pública inmersos en los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y las Entidades Territoriales de Salud.

A través de la puesta en marcha de este sistema de información, se pretende generar acciones de mejoramiento al resultado de los indicadores de calidad, por parte de los actores del sistema de salud y ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los mismos. En este sentido, se realizaron acciones orientadas a disponer los soportes y la asistencia técnica necesaria para la implementación del sistema. A su vez se elaboró y publicó un instrumento metodológico que brinda las orientaciones técnicas para el mejoramiento de los resultados de los indicadores del monitoreo de la calidad en las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, y los Prestadores de Servicios de Salud.

El comportamiento del reporte de información a la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO ha sido el siguiente:

Tabla No. 7. Cobertura de reporte a PISIS. Resolución 256 de 2016

Clase de prestador	Primer Semestre 2016	Segundo semestre 2016	Primer semestre 2017
Prestadores de Servicios de Salud (IPS y Servicios de Transporte Especial de Pacientes)	42%	47%	61%
Entidades Promotoras de Planes de Beneficios	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia Oficina de calidad - MSPS

Durante la vigencia 2017, se adelantaron los procesos de cierre de periodos de reporte de la información en PISIS, perfilamiento de la fuente de información, consolidación de datos, integración de la información a SISPRO y producción de salidas de información. De otra parte, se publicaron en el SISPRO los resultados de más de 100 indicadores de monitoreo de la calidad en temas de efectividad, seguridad de la atención, gestión del riesgo y experiencia en la atención, con el fin de facilitar la toma de decisiones en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.

Es de aclarar que esta fuente de información tiene un desarrollo prospectivo, por lo que está contemplado un mejoramiento gradual a partir del primer reporte de los actores del sistema de salud. Se estima una curva de aprendizaje aceptable de un año y óptima en tres años, por parte de todas las entidades involucradas en su construcción. Existe un compromiso colectivo para que la información esté disponible para los diferentes usos, conservando simultáneamente, todas las condiciones de seguridad en el transporte y almacenamiento de datos y las consideraciones de habeas data, todas ellas garantizadas dentro de las reglas de operación del SISPRO.

Con la operación de este nuevo sistema de información, se pretende constituir el monitoreo de la calidad en una herramienta de evaluación de la política pública del país, la cual busque el fortalecimiento de la gestión del riesgo, una atención más efectiva y segura y mejores experiencias por parte de las personas que utilizan el sistema de salud. Es decir, un mejoramiento de la calidad de la atención en salud y un acceso efectivo a los servicios de salud.

2. Desarrollo de estrategias de aprendizaje colaborativo, que fomenten el mejoramiento de la gestión y articulación de los agentes del sistema de salud.

El proceso de implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud-PNMCS 2016-2021 tiene por objeto centrar los esfuerzos del sistema en las personas (usuarios y trabajadores), fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo de la calidad y, enfocar la gestión al logro de los resultados en salud y la generación de valor social. De forma complementaria, se iniciaron tres pruebas piloto definidas para el desarrollo, aplicación y validación de instrumentos metodológicos

que contribuyan a: (i) articulación de los actores del sistema en el eje cafetero para la atención de los niños con Leucemia, (ii) mejoramiento de la atención materno infantil en Bogotá y Cundinamarca y por último (iv) mejoramiento de la calidad de la gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cundinamarca, a partir de los resultados de los indicadores de monitoreo de la calidad.

3. Fomento a la mejora de la atención clínica en salud e innovación en el Sistema de Salud:

Con relación al desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica para proveer directrices en materia de calidad acordes con evidencia científica, durante la vigencia se realizó la actualización de las Guías de Hipertensión Arterial, Síndrome Coronario Agudo, cáncer de mama y cáncer de colon. A su vez se adaptaron las Guías de Práctica Clínica para demencia, suicidio y uso componentes sanguíneos. Esto permite que los usuarios del sistema de salud accedan a servicios con la más alta evidencia clínica disponible, lo que además, soporta la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, impidiendo el surgimiento de barreras de acceso técnicamente injustificadas.

4. Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios frente a las EPS y definición de estrategias que mejoren la experiencia del usuario con el sistema de salud.

Para la vigencia 2017 se realizó la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS, con el fin de establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca del desempeño y la calidad de las EPS, desde diferentes dimensiones. La encuesta estuvo dirigida a afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que usaron los servicios de salud de las EPS en los 6 meses previos a la aplicación de la encuesta. Fueron encuestadas zonas urbano-rural (centros poblados); se incluyó población de todas las edades. De la aplicación de la encuesta fueron excluidas las personas pertenecientes a los regímenes especiales, medicina prepagada y planes complementarios.

Se utilizó un tipo de muestra probabilística, multietápica, estratificada y de conglomerados. Se crearon tres estratos de los cuales se hizo la selección de 95 municipios, 32 capitales de departamento, 23 municipios de categoría 1 a 5 (Clasificación DNP) y 40 municipios categoría 6. Posteriormente, se seleccionaron las manzanas mediante diseño proporcional a la cantidad de hogares y por último, se seleccionó a una persona dentro del hogar que cumpliera las condiciones establecidas. Se encuestaron un total de 24.586 personas.

Los ejes temáticos evaluados a través de la encuesta fueron satisfacción, oportunidad, acceso, trato digno, respuesta, caracterización del usuario y corresponsabilidad del usuario. Los resultados de la encuesta se encuentran publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud y pueden ser consultados a través del link: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

A continuación se presentan algunos resultados de la encuesta frente a la percepción de los usuarios de las EPS en procura del mejoramiento de la calidad y acceso efectivo de los servicios de salud:

- La satisfacción global para el año 2017 fue del 72,6% en el total de usuarios. Cifra similar al año anterior. Al igual que en otros indicadores de percepción sobre la calidad del servicio, los usuarios en el régimen subsidiado refieren estar más satisfechos que los del régimen contributivo. La diferencia entre los dos fue de 10,5%, superior a la distancia que se tuvo en el 2016 de 7,1%. Los usuarios de régimen contributivo son más exigentes con el servicio, lo que resulta en una menor satisfacción (66,6%), frente a la de cotizantes y beneficiarios (77,1%).
- Al revisar la satisfacción por servicios se encuentra que se mantienen una menor satisfacción en especial en el servicio de urgencias y en citas no programadas. Servicios como medicina interna, sufrieron un deterioro de la satisfacción de cerca al 10%, mientras que en el caso de cirugía general, hubo una mejora en la misma proporción, con respecto a la del año pasado. Esta mejora es aportada por una mejora en el régimen contributivo.
- En el análisis de debilidades y fortalezas, se encontró que las debilidades más importantes de las EPS, siguen siendo el tiempo de espera en la atención y la simplicidad y agilidad en los trámites. Estos problemas de oportunidad y de trámites, aparecen también como razones importantes en la presentación de quejas y derechos de petición.
- En promedio los tiempos de espera de medicina general aumentaron de 6,6 días en el año 2016 a 8,5 en este año. La brecha por régimen se amplió a 5 días, siendo mayor el impacto del crecimiento en el tiempo de espera en el régimen contributivo.
- La percepción de los usuarios frente a los tiempos de espera más altos están asociados a las citas de medicina interna, cirugía general, otras consultas de medicina especializada y en los programas de promoción y prevención. El aumento en el último año para estos servicios ha sido considerable, es el caso de las citas de otras consultas de medicina especializada que ascendieron a 8,6 días con respecto al año anterior y esta diferencia se debe básicamente a una percepción en el aumento de los días de espera para la asignación de citas de medicina especializada en el régimen subsidiado.
- La facilidad en el acceso a los servicios de salud desmejoró en un 5%, sin embargo la proporción de usuarios que utilizaron la tutela o derecho de petición para obtener un servicio, disminuyó con respecto al año anterior.
- La medición de los tiempos en la realización de trámites administrativos ante una EPS, muestra que las mayores medianas de tiempo se dan para tramitar: cambio de EPS, desafiliación de una EPS, solicitud de reembolsos y autorización a procedimientos quirúrgicos. Para el caso de cambio de EPS, el tiempo es de 6,4 días, siendo más demorado en el régimen subsidiado 7,8 días.
- Los usuarios de las EPS refieren que algunos trámites son complejos y lo llevan a desertar de llevarlo a cabo. Los mayores niveles de deserción fueron el cambio de

contrato, desvinculación los aportes adicionales al sistema (44,9%), el cambio de régimen (23,6%), el cambio de EPS (23,3%) y los reembolsos (8,9%).

- Los usuarios refieren el desplazamiento a otro municipio como el trámite más engorroso. La proporción de usuarios que se trasladaron a otro municipio para la autorización de procedimientos quirúrgicos fue de 29,1%, siendo significativamente mayor esta proporción en el régimen subsidiado 33,4%. Otros de los trámites en los cuales fue necesario también el desplazamiento a otro municipio fueron: autorización para la atención de los servicios de salud en otra ciudad diferente a la afiliación (por necesidad temporal) 23,8%, radicación de Licencia de Maternidad 22,2%, autorización para pedir una cita de medicina especializada 18,9%; radicación de una queja 15,3%, y autorización para radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico en un 14,8%.

Estos resultados son un insumo fundamental para enfocar los esfuerzos de política pública en donde los usuarios están puntualizando que existen las oportunidades de mejora. Esto se traduce en dirigir las acciones de este Ministerio de manera más asertiva en pro del mejoramiento del acceso a la salud. Por otro lado, dado su carácter público, esta información pretende cerrar las brechas de conocimiento por parte de los usuarios del sistema de salud para orientar su toma de decisiones, por ejemplo, la escogencia de las EPS que mejor se ajusten a sus necesidades de salud específicas y garanticen de mejor manera el acceso a servicios de salud.

De otra parte, según lo establecido en la Resolución 1379 del 28 de abril de 2015, la Oficina de Calidad durante la vigencia 2017 ha realizado un proceso de verificación trimestral de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Carta de Desempeño de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Se adelantaron estrategias para el empoderamiento de los usuarios en el Sistema de Salud en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Ferias de Servicio al Ciudadano, realizadas en diferentes municipios, en las cuales se realiza la difusión de los derechos y deberes de los afiliados en el SGSSS y, se ha realizado una amplia divulgación de los derechos y deberes de los usuarios en el Sistema de Salud, a través de las redes sociales.

Finalmente, en materia de disposición de conocimiento la Oficina de Calidad opera el Observatorio Nacional de Calidad en Salud, el cual es una instancia que dispone y divulga información sobre la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos. Durante la vigencia, se dispuso de salidas dinámicas de información con los resultados de los indicadores del monitoreo de la calidad en las Empresas Promotoras de Servicios de Salud y de los Prestadores de Servicios de Salud. Esto es de vital importancia para que los colombianos(as) tengan información de primera mano sobre la calidad del sistema de salud y sus agentes y de esta forma, empoderarlos con el conocimiento suficiente que les permita acceder de manera más oportuna y eficiente a los servicios de salud.

“iii) Informar con una periodicidad de 6 meses, los cambios y resultados obtenidos con la implementación de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014”.

Respuesta:

Está contenida en el documento adjunto: *“Segundo informe resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo”*. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Subdirección de Costos. Diciembre 2017. (Anexo 10)

Anexos

1. Resolución 2064 de 2017
2. Resolución 532 de 2017
3. Resolución 5268 de 2017
4. Circular 043 de noviembre 28 de 2017
5. Resolución 5135 de diciembre 7 de 2017
6. Resolución 5096 de diciembre 5 de 2017
7. Resolución 5097 de diciembre 5 de 2017
8. Resolución 1755 de mayo 26 de 2017
9. Decreto 762 de Mayo 12 de 2017
10. Documento adjunto: *"Segundo informe resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo"*. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Subdirección de Costos. Diciembre 2017.

Ruta electrónica: C:\Users\phuertas\Desktop\T760_08\Autos 410 y 411\Auto411_16\segundo informeCronograma\MemoRemiteSegundoInformeDJ.docx