MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Documento de revisión normativa de modelos o sistemas de Calidad en el ámbito de la protección social que lidera el Ministerio de Salud y Protección Social

Análisis normativo o sistemas de Calidad en el ámbito de la Protección Social – Contrato 926 de 2022

Luis Guillermo Echeverry Marulanda

Contenido

INTRODUCCIÓN ..... - 2 -

OBJETIVOS ..... - 3 -

CAPITULO 1: DEFINICIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y ANTECEDENTES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA ..... - 3 -

ANTECEDENTES CONCEPTUALES Y NORMATIVOS EN COLOMBIA: ..... - 8 -

AVANCES CON RESPECTO AL AVANCE EN CALIDAD Y NORMATIVIDAD DEL COMPONENTE DE RIESGOS LABORALES ..... - 15 -

CAPITULO 2: AVANCES CON RESPECTO AL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD ..... - 19 -

Mecanismo de exclusión de tecnologías, medicamentos y procedimientos excluidos de financiación con recursos de la salud ..... - 22 -

CAPITULO 3: AVANCES CON RESPECTO A LA PROMOCIÓN SOCIAL Y LOS SUBSISTEMAS DE CALIDAD ..... - 23 -

Abordaje de la Promoción Social desde la condición étnica, racial, de víctima de conflicto como Determinantes Sociales en Salud. ..... - 25 -

i) Modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud de víctimas del conflicto armado ..... - 28 -

i) Derecho a la Salud de la Población Indígena ..... - 29 -

ii) **Población Migrante** ..... - 32 -

CAPITULO IV: SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD, SU RELACIÓN CON LA PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRAS ENTIDADES QUE EJERCEN CALIDAD EN EL SECTOR SALUD ..... - 36 -

a. SUBSISTEMA NACIONAL DE CALIDAD ..... - 36 -

Así las cosas, existen servicios de salud que deben contar con certificaciones o aplicación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad (ISO 9000 de 2015). ..... - 40 -

Así las cosas, existen servicios del sector salud que deben contar con la implementación de la ISO 9000 para poder prestar sus servicios de salud, a pesar, de la existencia de SOGS. ..... - 41 -

b. SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS) - 41 -

V. CONCLUSIONES ..... - 44 -

Bibliografía ..... - 46 -

ANALISIS NORMATIVO O SISTEMAS DE CALIDAD PERSPECTIVA DESDE LA PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia de 1991, la salud es un servicio público que el Estado debe garantizar a toda la población, dado que está bajo su dirección, coordinación y control. Además, debe estar inmerso en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Por lo tanto, el Estado debe generar las políticas para la adecuada prestación de los servicios[1].

La protección social de la salud busca aliviar la carga de los problemas de salud y reducir los costos indirectos de la enfermedad y la invalidez, tales como la pérdida de ingresos por invalidez de corto y largo plazo, el cuidado de los miembros de la familia, la disminución de la productividad y los impedimentos a la educación y al desarrollo social de los niños. Una buena salud permite a las personas trabajar y generar ingresos, y tiene el poder de romper el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza (Organization, 2008).

Un sistema eficaz de protección social de la salud proporciona un acceso universal a la atención de salud esencial abordable, disponible y de calidad adecuada, y aporta además protección financiera en caso de enfermedad, accidente o maternidad. En este sentido, las brechas en la cobertura y la protección financiera son los principales obstáculos y los principales retos de la Protección Social. En muchos países, el gasto de bolsillo representa una parte importante del gasto nacional en salud. Con frecuencia, esto obliga a las personas a escoger entre el pago de la atención de salud y el pago de otras necesidades familiares y comerciales, especialmente cuando los gastos privados sobrepasan los niveles críticos de más del 40 por ciento de los ingresos netos del hogar (Organization, 2008).

En el caso colombiano, el SGSSS es un modelo diseñado a favor del mercado fundado en el aseguramiento, con el fin de prever los riesgos financieros del sistema. Su afiliación es obligatoria y se realiza mediante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del sector privado o público. Asimismo, es de libre escogencia y la atención es ofertada por las IPS. Se divide en dos regímenes, según la capacidad de pago: el Régimen Subsidiado (RS), que es el encargado de afiliar a la población sin capacidad de pago, a los más pobres, quienes se identifican mediante una encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), el cual permite la clasificación de 1 a 3 y organiza a las personas de la siguiente manera: quienes se encuentran en el SISBEN 1 y 2 no realizan ninguna

[1] Corte Constitucional. Sentencia T-043-2019.

contribución de copagos ni cuotas moderadoras . Los que clasifican en el nivel 3 tienen un subsidio parcial. Por su parte, el Régimen Contributivo (RC) está diseñado para la población trabajadora e independiente con capacidad de pago.

La construcción del Sistema de Protección Social en Colombia enfrenta una dualidad, presente en el desarrollo de la seguridad social asociada al trabajo formal, por una parte, y a las políticas orientadas a enfrentar la pobreza, por otra. La visión previa a la Constitución de 1991 en materia de protección y de seguridad social, era altamente fragmentada. La ley 100 de 1993 significó un giro importante no sólo en la manera de concebir la seguridad social sino en el papel del Estado dentro del sistema. Con esta ley se entiende la seguridad social integral como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida". Esto es, se contempla el bienestar como el fin último de los programas que en este sentido pretenden proteger a las personas contra los riesgos de enfermedad/incapacidad o aquellos que comprometen la capacidad económica (Acosta Navarro Olga Lucia, 2015).

El presente documento busca abarcar un análisis normativo de los sistemas de calidad que se tienen desde el ámbito de la Protección Social, para lo cual, en una primera parte se abordará la definición de la Protección Social en Colombia; posteriormente se analizará los campos de acción de protección social que están a cargo del MSPS para posteriormente, analizar desde una perspectiva de calidad lo evidenciado dentro de esta búsqueda normativa, para lo cual, se comprenderá la división existente entre el Subsistema Nacional de Calidad y el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, siendo este ultimo desde un punto de vista reglamentario es desarrollado por el MSPS.

El sistema nacional de la calidad puede entenderse como todos los marcos de la política (pública), legal, regulatoria y administrativa y los arreglos institucionales (públicos o privados) que se requieren para establecer y poner en práctica la normalización, la metrología, la acreditación y el conjunto de servicios de la evaluación de la conformidad, que incluyen la inspección, pruebas, y certificación que son necesarios para proveer evidencia suficiente que los productos y servicios cumplan con requerimientos demandados por el mercado o usuarios o por las autoridades.

OBJETIVOS

- Realizar un análisis normativo de sistemas de calidad desde la perspectiva de la Protección Social.

CAPITULO 1: DEFINICIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y ANTECEDENTES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

Sobre la base de los valores fundamentales de equidad, solidaridad y justicia social, la OIT define la protección de la salud como una serie de acciones públicas o privadas organizadas y ordenadas públicamente como medidas contra el malestar social y las pérdidas económicas causadas por la reducción de la productividad, interrupción o reducción de ganancias, o el costo del tratamiento necesario que puede resultar de una enfermedad salud.

La equidad, la solidaridad y la justicia social se entienden aquí como características básicas de la universalidad, en consecuencia, el acceso a la protección social en salud se materializa en el reparto de la carga para la adecuada gestión de los riesgos sociales, el empoderamiento de la sociedad civil y la participación y articulación entre el sector privado, el Estado y la adecuada gestión de políticas públicas, y las acciones intersectoriales.

Así las cosas, corresponde a los gobiernos e instituciones nacionales poner estos valores en práctica.

De conformidad con lo planteado por la OIT, unos de los objetivos primordiales de la Protección Social es lograr la cobertura universal de protección social en salud, definida como el acceso efectivo a atención médica asequible y de calidad y protección financiera en caso de enfermedad. En este contexto, la cobertura se refiere a la protección social en salud, tomando en cuenta lo siguiente:

- Tamaño de la población que se encuentra con cobertura en salud;
- Accesibilidad financiera y geográfica a los servicios de salud;
- Gasto de Bolsillo y la adecuación de los servicios cubiertos.

La protección social en salud consiste en diversas financiaciones y opciones organizativas destinadas a proporcionar paquetes de beneficios adecuados para la protección contra el riesgo de enfermedades salud y la carga financiera relacionada y catástrofe (Organization, 2008).

En este sentido, existen varios mecanismos para financiar los servicios de salud:

i) Financiación con impuestos;

ii) servicios nacionales de salud, vales y prestaciones monetarias condicionadas, a cotizaciones

iii) Seguro social de salud obligatorio y seguro de salud privado obligatorio o regulado sin fines de lucro.

iv) Esquemas de seguros (con un rol claramente definido en un sistema nacional pluralista de financiamiento de la salud) sistema que comprende una serie de

subsistemas diferentes), así como planes de seguro de salud sin fines de lucro basados en mutualidades y comunidades.

Estos mecanismos normalmente implican la puesta en común de riesgos entre las personas cubiertas, y muchas de ellas incluyen explícitamente subsidios entre ricos y pobres. Alguna forma de subsidio cruzado entre los ricos y los pobres existe en todos los sistemas de protección social en salud, de lo contrario el objetivo del acceso universal no se puede buscar ni lograr.

En cuanto a la forma de generación de recursos para cumplir con los temas relacionados con la protección social se tiene que:

a) **Contribuciones o impuestos sobre la nómina:** Las contribuciones se recaudan para financiar la salud social esquemas de seguros. Las contribuciones suelen ser obligatorias y no están relacionadas con el riesgo, pero basado en el ingreso del trabajo que se recauda de la nómina. Empleadores y empleados compartir aportes. Esto generalmente involucra mercados laborales formales, lo que se traduce en cobertura extendida a los trabajadores de la economía formal y sus familias.

   La experiencia muestra que las contribuciones de los empleados pueden ser tan bajas como el 1 por ciento de los fondos cubiertos. En muchos países, las contribuciones se basan en la capacidad de pago y el acceso a la salud. servicios depende de las necesidades. Las cotizaciones pueden ser recaudadas por un solo organismo nacional de salud. fondo de seguro social – o por uno o más fondos de seguro social de salud que a menudo son independiente del gobierno, pero sujeto a regulaciones.

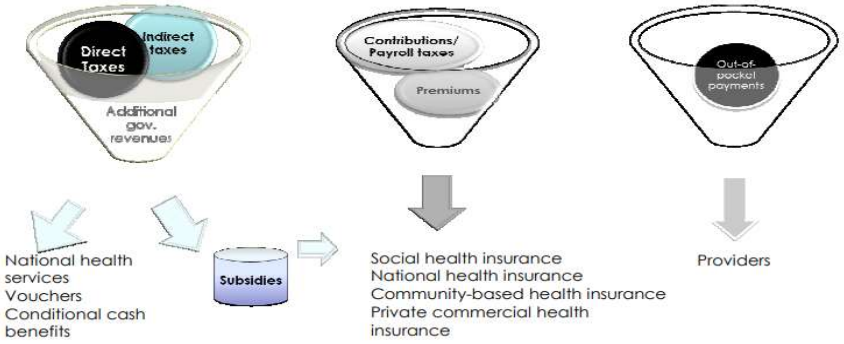
b) **Primas:** Las primas son recaudadas por planes de seguros privados, incluidos planes de seguro de salud basados en la comunidad y fondos comerciales privados. Los planes comunitarios suelen ser voluntarios y están gestionados por organizaciones de trabajadores de la economía informal, entidades comunitarias y no gubernamentales, cooperativas, sindicatos y grupos religiosos. Las primas suelen ser a tanto alzado y servicios frecuentemente limitados. Primas para fondos privados comerciales de seguros de salud. suelen ser voluntarios y basados en el riesgo. Las personas en grupos de alto riesgo pagan más y aquellos con menores riesgos paga menos. Los beneficios y servicios varían según el seguro empresa y asegurados.

c) **Pagos de bolsillo (OOP):** Los OOP se utilizan a menudo como fuente de financiación. Sin embargo, la OIT no los considera como un medio de financiación de la salud social. Se trata de pagos realizados directamente a

los proveedores de atención médica en el punto de entrega, en función de los servicios utilizados, y podrá pagarse parcial o totalmente.

Pueden tomar la forma de pagos directos, costos compartidos formales o pagos informales. pagos Se hace referencia a los pagos directos cuando el consumidor paga la totalidad cantidad de servicios de salud no cubiertos por ninguna forma de protección. Costos compartidos formales tarifas de usuario), por otro lado, implica gastos en servicios de salud que son incluidos en el paquete de beneficios, pero no están completamente cubiertos, para establecer incentivos.

Figure 2.1. Flow of funds



Fuente: ILO Strategy Social Health Protection, page 10

Cada mecanismo de financiación se caracteriza por formas específicas de recaudación de fondos, riesgo mancomunación y compra de servicios de salud. La recaudación de fondos involucra a una entidad que paga (por ejemplo, ciudadano, asegurado); un tipo o medio de pago específico (impuestos, contribuciones y primas); y una institución que cobra el pago - el gobierno (central, regional o local), institución de seguridad social, cajas de seguros privadas o proveedores de salud.

La agrupación de riesgos se refiere a compartir los riesgos financieros y acumular fondos para servicios de salud. La compra de servicios de salud implica el traspaso de los fondos a proveedores de servicios de salud para y en nombre de la población cubierta.

Prácticamente todos los países han establecido sistemas basados en múltiples mecanismos de financiación que combinen dos o más de las fuentes de financiación mencionadas- y la OIT explícita y reconoce pragmáticamente el carácter pluralista de los sistemas nacionales de protección de la salud.

La OIT aconseja la promoción de combinaciones sistémicas de sistemas financieros nacionales que proporcionar:

(a) acceso universal y equitativo a los servicios de salud;
(b) protección financiera en caso de enfermedad; y
(c) la prestación general eficiente y eficaz de los servicios de salud.

Direct, indirect taxes and other revenues	Contributions/ payroll taxes	Premiums	Direct, indirect taxes and other revenues
	Collected From		
■ Individuals ■ Households ■ Enterprises	■ Employers ■ Employees	■ Individuals ■ Households	■ Individuals ■ Households
	Collected By		
Government authorities	Social security institutions or public bodies	Private insurance funds	Providers

Fuente: ILO Strategy Social Health Protection, page 15

En este contexto, es importante garantizar que los sistemas nacionales de financiación de la salud no desplazar otros beneficios de seguridad social.

Al esforzarse por lograr la protección social universal de la salud, la organización y la financiación la protección de la salud no son suficientes por sí mismas; Los factores económicos y sociales también juegan un papel fundamental y se deben hacer intentos para abordar la pobreza, apoyar la formalización de la economía informal y crear lugares de trabajo dignos. Por lo tanto, la protección social de la salud no puede ser perseguido en forma aislada; es, y siempre debe ser visto como, parte integrante de un conjunto estrategia nacional de protección social.

Además, lograr la cobertura universal implica desarrollar regulaciones específicas y acuerdos que se centran en la eficiencia de la organización, incluidas las compras y el proveedor pagos; distribución de recursos y servicios a través de diferentes categorías de atención y áreas geográficas; calidad; y la participación de los interlocutores sociales y la sociedad civil. La naturaleza concreta de estos arreglos relacionados impacta significativamente en la adecuación y disponibilidad de atención, acceso a los servicios de salud y, en última instancia, sobre el costo total del sistema de protección social en salud. Una clave para este objetivo es participar en la participación social y nacional diálogo.

El financiamiento de los costos de atención de la salud se comparte entre los gobiernos, que aportan el 35 por ciento al gasto global en salud; seguro social (que cubre el 26 por ciento); seguro privado (20 por ciento); y gastos de bolsillo y otros gastos privados que representan para el 19 por ciento del gasto mundial.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES Y NORMATIVOS EN COLOMBIA:

La construcción del Sistema de Protección Social en Colombia enfrenta una dualidad, presente en el desarrollo de la seguridad social asociada al trabajo formal, por una parte, y a las políticas orientadas a enfrentar la pobreza, por otra. La visión previa a la Constitución de 1991 en materia de protección y de seguridad social, era altamente fragmentada. La ley 100 de 1993 significó un giro importante no sólo en la manera de concebir la seguridad social sino en el papel del Estado dentro del sistema. Con esta ley se entiende la seguridad social integral como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida". Esto es, se contempla el bienestar como el fin último de los programas que en este sentido pretenden proteger a las personas contra los riesgos de enfermedad/incapacidad o aquellos que comprometen la capacidad económica.

La Constitución de 1991 consagra en Colombia una serie de derechos sociales que comienzan a materializarse con las primeras leyes que regulan los mandatos de la Carta. Para citar solo algunos ejemplos, la Ley 60 de 1993, regula competencias y recursos para la provisión de servicios sociales de forma descentralizada. La Ley 100 de 1993 creó el sistema de Seguridad Social Integral. La Ley 105 de 1994 o Ley General de Educación es la ley estatutaria que regula el servicio público de la educación. Sin embargo, solo en la siguiente década, luego de las enseñanzas de la crisis de finales de 1990, se propuso avanzar hacia una red integrada de atención de riesgos sociales, hacia un sistema de protección social. Se identificaron entonces múltiples tensiones: entre los objetivos de corto y largo plazo, entre los programas más estructurales y aquellos orientados a enfrentar coyunturas particulares y entre la red de seguridad social para el sector formal y su extensión a los trabajadores informales.

Con este marco, la Ley 789 de 2002, definió el sistema de protección social colombiano, como las acciones públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de la población, mediante la garantía de derechos como salud, pensiones y trabajo a través del Sistema de Seguridad Social Integral.

En este sentido, la protección social plantea la integralidad de la oferta de servicios, y la necesidad de garantizar mínimos socialmente aceptables, advierte la incapacidad de un grupo importante de población para acceder por sus propios medios a la protección. Por ello se hace explícita la necesidad de hacer el tránsito de las intervenciones asistenciales a otras basadas en la promoción de las capacidades de la población con diferentes vulnerabilidades, hasta hacerlos capaces de tomar por su cuenta la protección frente a diferentes riesgos, a través de los diferentes componentes del sistema de protección (seguridad social, acceso

a activos, fortalecimiento del capital humano o manejo de riesgos covariantes) (Acosta Navarro Olga Lucia, 2015).

En este sentido, el ámbito de la Protección Social en Colombia es un conjunto de acciones públicas intersectoriales orientadas mejorar las condiciones de vida de las personas, los hogares y las comunidades mediante la adecuada gestión del riesgo, la accesibilidad de los más vulnerables a bienes y servicios y es uno de los componentes del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) (SOCIAL, 2021).

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se tiene participación en la protección social de la población desde el acceso a los servicios de salud y de la garantía del derecho fundamental a la salud. En este sentido, y de conformidad con el Decreto 4107 de 2011, los ámbitos de competencia del MSPS con respecto a la protección social son los siguientes:

- **Aseguramiento:** El cual contempla todo lo relacionado con la afiliación en salud; riesgos laborales y pensiones.

- **Financiamiento:** Que se encargan en línea generales de gestionar la información relevante sobre el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, particularmente del aseguramiento a través de los regímenes subsidiado y contributivo y a nivel general del comportamiento del gasto en salud en el país, propendiendo por el flujo de recursos, estado de deuda y saneamiento general de Sistema de Salud.

- **Promoción Social:** Busca la construcción de un sistema de acciones públicas dirigidas a fomentar la movilidad social de personas y colectivos en condiciones de precario reconocimiento de derechos, extrema pobreza y exclusión social.

En términos del Ministerio de Salud y Protección Social, se tiene que el Sistema de protección social, consiste en el desarrollo acciones que contribuyan a que las personas, los hogares y las comunidades manejen el riesgo y a que las poblaciones más vulnerables accedan a bienes y servicios que mejoren sus condiciones de vida

AVANCES EN REVISIÓN NORMATIVA CALIDAD EN TEMÁS DE ASEGURAMIENTO

1. Autorización y Habilitación de EPS

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 682 de 2018, norma en la cual se determinan las condiciones para la autorización, habilitación y permanencia de EPS, especificando respecto a la gestión del riesgo que las EPS deberán contar los siguientes elementos:

- Modelos de Atención en Salud y de Gestión de la entidad, centrado en la gestión integral del riesgo en salud.
- Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre el riesgo en salud de la población afiliada.
- Implementación de instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada, la gestión de calidad en el proceso de atención al interior de su red y el seguimiento de resultados en el estado de salud de su población afiliada.
- Disponer de equipos de salud interdisciplinarios, que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.

Ahora bien, en el 2021 este Ministerio expidió la Resolución 497 de 2021, acto administrativo que desarrolla los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las EPS, d*esarrollando adicionalmente disposiciones para el Sistema de Gestión de Riesgos y la operación territorial, como ejes fundamentales y transversales en el desarrollo de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.*

Para que una EPS de cumplimiento a los lineamientos de Gestión Integral del Riesgo en Salud, debe diseñar e implementar un modelo de atención en salud para la población afiliada, soportada en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que *den cuenta del cumplimiento de los criterios y estándares establecidos en el manual técnico de la Resolución 497 de 2021,* cumpliendo adicionalmente lo siguiente:

- Garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud de la población afiliada, integrando las perspectivas diferenciales de atención
- Capacidad de la entidad para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, generando condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la definición de políticas, procesos y procedimientos de gestión, que incluyan metodologías de identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de diferentes categorías de riesgos.
- Promoción de una cultura institucional de autoevaluación, mejora continua, innovación y desarrollo de capacidades, orientadas al fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud

- Cultura organizacional de servicio centrada en el usuario, con transparencia, autorregulación, calidad, uso adecuado de la información y mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad.

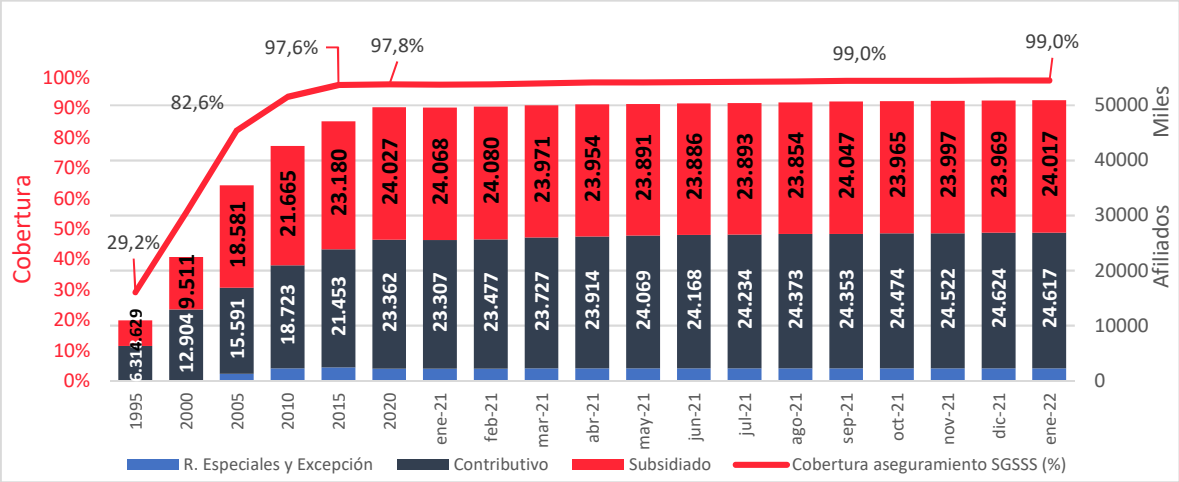
Expedición del Decreto 441 de 2022

Con la expedición del Decreto 441 de 2022, el cual modificó el Decreto 4747 de 2007, integrado al Decreto 780 de 2016, se incluyen varios puntos de ajuste orientados a garantizar la gestión del riesgo:

- Mecanismos de protección al usuario para garantizar la atención integral, sin barreras y oportuna.
- Disposición de información que permita la toma de decisiones informadas acerca de su prestador o proveedor, así como de la EPS a la cual desean estar afiliados.
- Eliminación de la autorización para la atención de enfermedades como el cáncer infantil, el cáncer de adultos, el VIH y la atención para la promoción y mantenimiento de la salud y atención de población materno perinatal.
- Modelos de atención que respondan a las diferentes necesidades en salud, de acuerdo con las diferencias poblacionales y de territorio.
- Que los usuarios en general y en especial quienes presentan condiciones crónicas y de alto costo no se vean afectados ante procesos administrativos como cambios de prestadores, terminación anticipada de contratos o asignaciones de población.
- Actualización de las modalidades de pago orientadas a la obtención de resultados en salud.
- Inclusión de la nota técnica como herramienta de transparencia para garantizar la viabilidad financiera y operativa de los contratos y la obligatoriedad de su monitoreo y evaluación para determinar su cumplimiento o desviación.
- Obligatoriedad de seguimiento a los acuerdos de voluntades a través de indicadores de gestión, calidad y resultados en salud, acompañado de procesos de auditoría y seguimiento a la nota técnica.
- Inclusión de incentivos económicos y no económicos por la mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados en los acuerdos de voluntades.
- Definición de las condiciones para el reintegro de recursos por incumplimiento frente a las atenciones que deben recibir los usuarios.

Por otro lado, los avances en términos de la protección social desde el aseguramiento han sido significativos pues el mayor incremento en el alcance del SGSSS se dio entre 1995 y 2010 cuando fue superado por primera vez el 90% de cobertura, los años más recientes han presentado un reto diferente: la búsqueda, identificación y afiliación de poblaciones cada vez más reducidas y, por ende, que

implican mayor esfuerzo operativo para mantener y mejorar marginalmente las coberturas hasta llegar a los niveles actuales de 99%..



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Consulta enero de 2022
Proyecciones de Población DANE.

Desde 2015 hubo una proporción cada vez más igualitaria entre los regímenes contributivo y subsidiado (el cálculo excluye regímenes especiales y de excepción), con el impacto favorable sobre la sostenibilidad del SGSSS. Es así como el primero pasó de agrupar al 48,1% de la población en 2015 al 50,6% en 2022 (enero). Una mirada al pasado reciente muestra que la emergencia sanitaria causada por la pandemia del COVID-19 generó un crecimiento importante del régimen subsidiado. El esfuerzo para incrementar la cobertura de la población y atender de la mejor manera a la población, mediante mecanismos como la afiliación de oficio, derivó en la mayor afiliación de población en este régimen. No obstante, la recuperación económica que ha sucedido desde 2021 permitió la vuelta al equilibrio que se observa actualmente.

Afiliación por régimen y cobertura 2015 – 2022(ene)

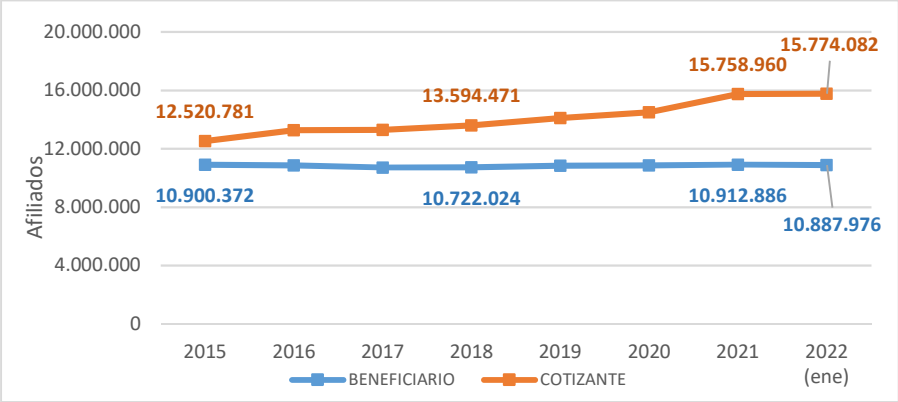
Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022ene
A. Régimen Contributivo	21.453.376	22.199.204	22.045.454	22.378.384	22.909.679	23.362.083	24.623.736	24.616.732
B. Régimen Subsidiado	23.179.801	22.171.463	22.434.577	22.658.108	22.808.930	24.026.912	23.968.577	24.016.983
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.402.307	2.260.693	2.287.296	2.135.750	2.244.344	2.195.331	2.239.164	2.235.759
D. Población cubierta (= A+B+C)	**47.035.484**	**46.631.360**	**46.767.327**	**47.172.242**	**47.962.953**	**49.584.326**	**50.831.477**	**50.869.474**
E. Población DANE 2018	48.203.405	48.747.708	49.291.609	49.834.240	50.374.478	50.709.385	51.328.449	51.375.142

F. Porcentaje de población cubierta (D/E)	**97,6%**	**95,7%**	**94,9%**	**94,7%**	**95,2%**	**97,8%**	**99,0%**	**99,0%**

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Consulta enero 2022
Proyecciones de Población DANE.

La mayor importancia observada para el régimen contributivo ha visto correspondencia con el crecimiento en el número de cotizantes registrado en BDUA. Así, la dinámica observada entre los tipos de afiliado también ha sido un síntoma positivo del Sistema de Salud en materia de sostenibilidad, con un incremento del 4,42% anual promedio en cotizantes desde 2015 hasta 2021, frente a 0,02% observado para los beneficiarios. La buena tendencia cobijó incluso al mes de enero de 2022, en que el número de cotizantes también se incrementó a pesar del final de la época navideña, que históricamente implica una reducción en la actividad económica pero no fue observado ante el escenario de recuperación económica que transita el país actualmente.

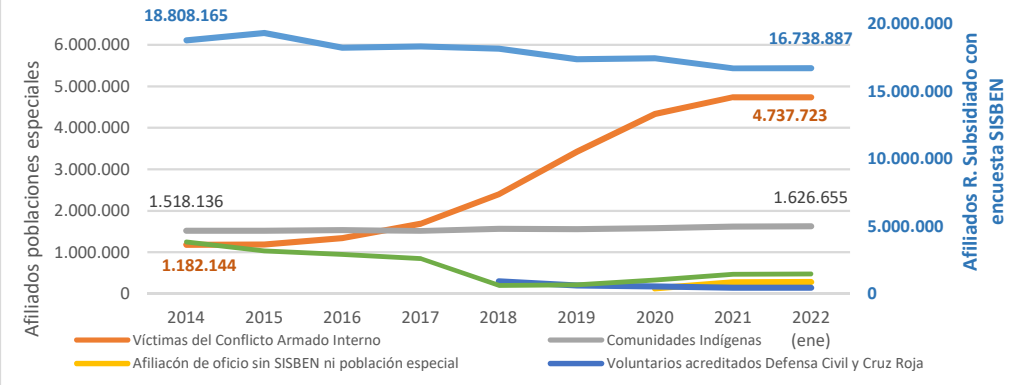
R. Contributivo - Cotizantes y Beneficiarios



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Consulta enero de 2022.

En el régimen subsidiado, la población más numerosa está compuesta por aquellos afiliados que acreditan falta de capacidad de pago por la vía de la encuesta SISBÉN. No obstante, la representatividad de este grupo se ha reducido en el tiempo al pasar de 18,8 millones a 16,7 millones de asegurados. Adicionalmente, las poblaciones especiales con mayor notoriedad en el régimen son las víctimas del conflicto armado y las comunidades indígenas, con 4,7 y 1,6 millones de afiliados actualmente, seguidas de los afiliados de oficio (283 mil) y voluntarios de la Cruz Roja y Defensa Civil (145 mil).

Principales poblaciones R. Subsidiado 2015-2022 (enero)



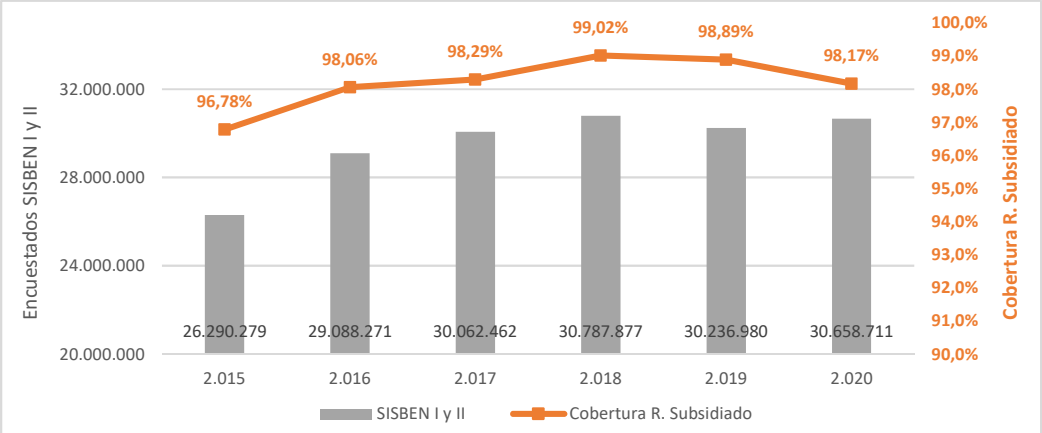
Cobertura Régimen Subsidiado Nacional

La cobertura en salud a la población sin capacidad de pago ha permanecido en niveles cercanos a la universalidad desde 2015. Si bien, en los últimos periodos ha sufrido una ligera reducción, esta se ha debido principalmente a la mayor operación en el encuestado del SISBÉN. De esta manera, el universo de personas susceptibles de ingresar al régimen subsidiado se incrementó de 2019 a 2020 e implicó una reducción de casi 1% en la cobertura, a pesar de los esfuerzos continuados para encontrar y afiliar población por parte de las entidades territoriales.

Es importante recordar que, según la normatividad vigente, al régimen subsidiado del SGSSS pueden ingresar las poblaciones especiales referidas en el Decreto 780 de 2016 y quienes sean encuestados y clasificados en los niveles I y II del SISBEN estos es del grupo A1 a C18 de la metodología IV del Sisben. No obstante, el indicador está compuesto únicamente por la población encuestada en SISBEN y afiliada al SGSSS, en tanto ambas estadísticas son comparables y permiten definir un universo potencial de aseguramiento y evaluar su avance.

En cercanías a la universalidad, mantener la cobertura en estos altos niveles y, aún más, incrementarlos conlleva un esfuerzo operativo importante. Este logro denota una gestión importante hacia el alcance de un cubrimiento cada vez mayor del sistema de salud en poblaciones pobres, que, sumado al incremento de la participación de las mayores poblaciones especiales, denota logros en garantizar el acceso a estos grupos vulnerables económica y socialmente.

Cobertura RS y población SISBÉN I y II



AVANCES CON RESPECTO AL AVANCE EN CALIDAD Y NORMATIVIDAD DEL COMPONENTE DE RIESGOS LABORALES

En relación con el SGRL, este tiene alcance a las ARL, las Juntas de Calificación de Invalidez, los Prestadores de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo (IPS-SO), empleadores públicos y privados, trabajadores dependientes e independientes, contratantes de personal mediante contrato civil, comercial o administrativo; organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo; agremiaciones que afilian trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, personal no uniformado de la Policía Nacional y personal civil de las Fuerzas Militares.

Referente al componente del Sistema de Acreditación en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales SGC-SGRL, el Ministerio de Trabajo elaboró en el 2022, las Bases conceptuales y hoja de ruta de la Acreditación en los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y esquema de terceros idóneos. La hoja de ruta incluye la creación del Consejo Nacional de Acreditación en Riesgos Laborales como ente encargado de la generación de estándares (donde participará Minsalud), la selección de terceros idóneos y la administración del proceso de acreditación en Riesgos Laborales de las entidades públicas y privadas. En 2022 Mintrabajo estableció, inicialmente, 12 meses para realizar las actividades necesarias con el fin de implementar el cronograma de actividades durante el 2023.

Respecto del decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, definieron la reglamentación técnica como la actividad mediante la cual, las entidades reguladoras competentes, elaboran, modifican, revisan, adoptan y aplican reglamentos técnicos cuya observancia es obligatoria.

Referente a los laboratorios públicos o privados del sector salud y otros sectores, el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció en 2019 los procedimientos de inscripción y verificación de los laboratorios que realicen pruebas para eventos de interés en salud pública y de inspección, vigilancia y control sanitario en la Red Nacional de Laboratorios (RELAB), que permite garantizar el cumplimiento de requisitos de los países miembros de la OCDE, en competitividad y calidad de laboratorios que vigilen productos y alimentos de exportación (buenas prácticas).

Para el sector salud la habilitación de servicios de salud, establece el estándar de dotación, para que "el prestador de servicios de salud garantice las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, el programa de mantenimiento preventivo de esos equipos, que puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero, incluidos los sistemas centralizados de gases medicinales.

Respecto de la Reglamentación Técnica, las Buenas Prácticas Reglamentarias son obligatorias para los Reglamentos Técnicos, definidos en el marco del Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (*Acuerdo OTC*) y del acuerdo MSF sobre Medidas relativas a la Seguridad Alimentaria y a la Salud Animal y Vegetal, que en este último caso requiere un análisis de riesgo. La conformidad con las normas es voluntaria, Mincomercio elabora las recomendaciones para la armonización de los reglamentos técnicos con las normas internacionales, adicionalmente mantiene actualizado el Sistema Único de Información Normativa (SUIN), con los reglamentos técnicos vigentes notificados ante la Organización Mundial del Comerio OMC, incluidos los de Minsalud.

En relación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG, creado en 2015, ésta es una h*erramienta que simplifica e integra los sistemas de desarrollo administrativo y gestión de la calidad y los articula con el sistema de control interno para hacer los procesos de la entidad eficientes en* las entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional y en las entidades del orden territorial, con criterios diferenciales. Percibe la gestión pública de manera integrada y aborda como conjunto todos los sistemas y procesos que actualmente se desarrollan, buscando integrar y articular su interacción nacional y territorial. Así mismo, incorpora la gestión del riesgo y articula el Sistema de Gestión con el Sistema Nacional de Control Interno (Modelo Estándar de Control interno).

Las empresas sociales del Estado como prestadores de servicios de salud, en relación con MIPG, deberán articular o incorporar temas de gestión y control que ese modelo desarrolla y se complementa y articula con el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad de la Información; establece adicionalmente que el Sistema de Gestión será compatible con los modelos de acreditación establecidos para los sectores de Educación y Salud.

El mejoramiento de la calidad es un reto permanente por lo que en habilitación, ha implicado la revisión sucesiva de sus exigencias; la “Propuesta de reglamentación de la ley estatutaria” plantea que “se generará un componente de habilitación que favorezca la capacidad resolutiva de los primeros y segundos niveles de atención para el trabajo en redes integrales, con criterios de calidad y rentabilidad social.” Plantea que las consecuencias que se derivan de la mercantilización de los servicios son la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio, dada la necesidad de autorización y facturación de cada actividad y procedimiento.

Propone que los recursos destinados a la salud y la seguridad social serán con base en la descentralización y destinación específica para las instituciones de atención básica, promoción de la salud, control del riesgo y acciones sobre determinantes sociales, con participación social.

La implementación y operación plena de la Atención Primaria en Salud (APS) incluirá un modelo de salud preventivo y predictivo, Redes Integrales e Integradas, un sistema de información interoperable, intervenciones de problemas de salud pública priorizados y una política de salud pública, que implicarán ajustes reglamentarios.

La Garantía de la calidad en salud ha considerado varios elementos para garantizarla, entre otros, la monitoria y un adecuado sistema de salud, igualmente la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional. La Garantía se basa en proteger a los pacientes contra riesgos o necesidades, la obligación ética y legal de los profesionales de la salud, la respuesta por el servicio que se entrega protegiendo al paciente integralmente, contra los riesgos proporcionándole mayores beneficios. La garantía de la calidad en salud es un conjunto de arreglos y actividades para salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención, así como un proceso sistemático para cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de limites tecnológicos en un sistema en particular”.

El reto para consolidar la Calidad implica continuidad y perseverancia, no es solamente Mejora Continua ni un Modelo de Gestión, tiene que tener en cuenta el talento humano en salud, los objetivos de la organización, su cultura y recursos; la garantía de la calidad integra un método y propuesta de mejora continua con indicadores de resultado, de impacto y con medición estandarizada y controles en el tiempo, para que la calidad pueda ser asegurada a través de un Modelo de garantía de la Calidad, que agrupe estrategias para lograr mayores beneficios para la organización y el usuario.

Los Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, deben ser evaluados según sus resultados, mejora y equidad. Es

necesario superar las brechas en la seguridad, prevención, integración, continuidad y coordinación entre los agentes y plataformas asistenciales, así como las experiencias con los sistemas de salud en atención, trato, comunicación y duración de la atención, con mayor énfasis en las poblaciones vulnerables; la baja calidad asistencial es tal vez el mayor obstáculo para reducir la mortalidad que el acceso a los servicios, se requiere innovar y mejorar la evaluación de la calidad de los sistemas de salud, incluso en tiempo real, presentar informes públicos periódicos sobre el desempeño y resultados del sistema, con alcance financiero y equidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia tiene competencias reglamentarias y de calidad en los temas de Riesgos Laborales y Promoción Social. A continuación, se detallan las responsabilidades de la entidad en cada uno de estos ámbitos:

1. **Riesgos Laborales:**
    - Reglamentación: El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la competencia de establecer las normas y reglamentos relacionados con la prevención de riesgos laborales, la seguridad y la salud en el trabajo. Esto incluye la emisión de reglamentos, directrices y lineamientos para la promoción de ambientes laborales seguros y saludables.
    - Vigilancia y control: El Ministerio supervisa y controla el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte de los empleadores, para garantizar la protección de los trabajadores. Además, puede imponer sanciones en caso de incumplimiento de las disposiciones establecidas.
    - Promoción de la prevención: El Ministerio promueve la prevención de riesgos laborales a través de campañas de información, educación y capacitación dirigidas a los empleadores, trabajadores y demás actores involucrados. También fomenta la implementación de programas de prevención y la adopción de medidas para mejorar las condiciones de trabajo.
    -
2. **Promoción Social:**
    - Regulación: El Ministerio tiene la competencia de establecer las políticas y regulaciones en materia de promoción social, que abarca aspectos relacionados con la protección de grupos vulnerables, la inclusión social, la equidad en el acceso a servicios de salud y la promoción de estilos de vida saludables.
    - Coordinación y articulación: El Ministerio coordina y articula con otras entidades del Estado, organizaciones de la sociedad civil y actores relevantes para impulsar programas y estrategias de promoción social. Esto puede incluir la implementación de programas de atención integral a poblaciones vulnerables, promoción de la participación

social y comunitaria, y la generación de políticas que fomenten la equidad y la inclusión.

- Evaluación y seguimiento: El Ministerio realiza evaluaciones y seguimiento de las políticas y programas de promoción social para asegurar su eficacia y adecuado impacto en la población. Esto implica la medición de indicadores de resultados y la retroalimentación para la mejora continua de las estrategias implementadas.

En resumen, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia tiene competencias reglamentarias y de calidad en materia de Riesgos Laborales y Promoción Social, incluyendo la reglamentación, la supervisión, la promoción de la prevención y la coordinación de acciones en beneficio de la salud y el bienestar de la población.

CAPITULO 2: AVANCES CON RESPECTO AL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene varias fuentes de financiamiento para los medicamentos y tecnologías en salud, entre las cuales se encuentran:

1. **El Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET):** este fondo es administrado por el Ministerio de Hacienda y financia el aseguramiento en salud de la población pobre y vulnerable a través del régimen subsidiado.
2. **La Unidad de Pago por Capitación (UPC):** es el valor monetario que se asigna a cada afiliado al SGSSS para financiar su atención en salud. La UPC se calcula con base en los costos de la canasta de servicios incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y se financia con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. **Presupuestos Máximos:** Son montos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social que establecen el precio máximo que se pagará por determinados medicamentos y dispositivos médicos. Estos presupuestos se establecen con el objetivo de controlar los costos y garantizar el acceso a los medicamentos y tecnologías en salud necesarios para la atención de los pacientes.
4. **Las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo:** los empleadores y los trabajadores aportan un porcentaje de sus ingresos al sistema de seguridad social en salud para financiar su atención médica.

En cuanto a los mecanismos de pago entre los agentes para los medicamentos y tecnologías en salud, existen varios, entre ellos:

1. El pago por evento: se establece un valor fijo para cada servicio o procedimiento que se realiza en el marco del POS.
2. La negociación directa: se establecen acuerdos con los proveedores de medicamentos y tecnologías en salud para fijar un precio que se paga por un determinado periodo.
3. El pago por diagnóstico: se establece un valor fijo para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica.
4. El pago por resultados: se establecen incentivos para los proveedores de servicios de salud que logran mejoras en los resultados de salud de sus pacientes.

Es importante señalar que estos mecanismos de pago están regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social, que establece las normas y lineamientos para la adquisición, suministro y pago de medicamentos y tecnologías en salud en el SGSSS. Además, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos es la encargada de fijar los precios máximos de venta al público de los medicamentos y dispositivos médicos en Colombia.

Ahora bien, con el fin de garantizar el derecho a la salud bajo una concepción integral, este Ministerio lideró entre los años 2015 y 2017, la construcción participativa del procedimiento técnico – científico de exclusiones, en aras de determinar explícitamente los servicios y tecnologías en salud excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, por cumplir con alguno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, según criterio de expertos, pacientes, ciudadanos y otros actores. Con la aplicación de dicho procedimiento, y en observancia de la precitada ley, se amplió el contenido del derecho a todos los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país por la autoridad competente para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante.

Como mecanismos de financiación a la cobertura integral de los servicios y tecnologías que requieran los usuarios del SGSSS, se contemplan los siguientes:

a. mecanismo de protección colectiva – UPC y presupuestos máximos;
b. mecanismo de protección individual, que cubre los servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva, los cuales, son financiados con recursos dispuestos por la ADRES.
c. En tercer lugar, se encuentran las exclusiones, que corresponden al listado explícito de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la salud (artículo 15 de la Ley 1751 de 2015).

Frente a los **Presupuestos Máximos**, cuyo fundamento legal lo constituye el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, debe anotarse que para su operatividad, en lo

referente al 2020 (anualidad a la que corresponde este informe), el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió las Resoluciones 205 y 206 de 2020, mediante las que se adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo, y se fijó el presupuesto a transferir a las EPS, respectivamente, con lo cual, se removió una nueva forma de atender y pagar los servicios y tecnologías PBS no UPC, para superar aquellos problemas que desde el punto de vista financiero, impedían el acceso oportuno a tales servicios.

Este nuevo esquema de presupuesto máximo le permite a las EPS como entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud (artículo 14 de la Ley 1122 de 2007), gestionar integralmente el riesgo en salud de su población afiliada, optimizando el uso de los recursos para alcanzar tal objetivo.

Aún más, para facilitar el manejo mancomunado de las dos fuentes de financiación por parte de las EPS (UPC y presupuesto máximo), y propender tanto por la garantía de la integralidad en el suministro de la totalidad de servicios y tecnologías en salud autorizados en el marco del SGSSS; como por la no fragmentación de la responsabilidad en su prestación y en desmedro de la salud del usuario, este Ministerio expidió la Resolución 535 de 2020, en cuyo marco se buscó que los recursos de dichas fuentes se puedan contratar de forma integrada e integral, con el fin de lograr una mejor gestión y avanzar en formas de contratación diferentes a la de pago por evento.

De lo anterior se colige que las EPS como responsables del aseguramiento en salud de sus afiliados, según lo prescrito por el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, deben garantizarles por intermedio de su red prestadora de servicios de salud, proveedores, gestores y dispensadores de dicha red, el acceso oportuno y efectivo al conjunto de servicios y tecnologías que financia el sistema de salud por intermedio de los mecanismos anteriormente referidos.

Ahora bien, para la materialización de la garantía en el acceso a servicios y tecnologías en salud, tanto las EPS, como los demás agentes del SGSSS, deben acatar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, y los diferentes componentes de este, en cuyo marco, la prestación de los servicios de salud debe regirse por los principios de calidad, accesibilidad, pertinencia, oportunidad, y continuidad, entre otros, so pena de hacerse acreedoras a medidas sancionatorias por parte de las autoridades de inspección, vigilancia y control, legalmente instituidas, pues la labor de este Ministerio como rector del sector salud es la fijación de la política pública en la materia, a través de la regulación correspondiente.

Así las cosas, durante el año 2020, se avanzó en el desarrollo de mecanismos y procedimientos técnico científicos y participativos para las actualizaciones y

ampliaciones progresivas en materia de servicios y tecnologías en salud, y servicios complementarios, como se ilustrará en este ítem.

Al punto, debe anotarse que el procedimiento de actualización integral abarcó los análisis y estudios para que el conjunto de tecnologías en salud y servicios complementarios financiados con recursos públicos asignados a la salud (UPC y presupuesto máximo), sea mayor y que su suministro se haga de manera expedita y efectiva.

Dicho procedimiento contempló las fases de nominación, ponderación, Evaluación de Tecnologías de Salud –ETES, disponibilidad en el sistema de salud de las respectivas tecnologías en salud, garantía a través del SGSSS y toma de decisión, siendo claro que estos procedimientos son dinámicos, continuos, permanentes y participativos, lo que permite que los diferentes agentes y actores apropien conocimiento. Bajo este orden, como acciones correctivas se destacan la actualización integral de los servicios y tecnologías con recursos públicos asignados a la salud y la ampliación progresiva, de lo cual, se derivan, entre otras, las siguientes acciones: i) la realización de un proceso de exclusiones; ii) la actualización integral de los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC; iii) la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, y iv) la fijación de un presupuesto máximo para la gestión del conjunto de tecnologías no financiadas con los recursos de la UPC.

Mecanismo de exclusión de tecnologías, medicamentos y procedimientos excluidos de financiación con recursos de la salud

De acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, este Ministerio reglamentó el procedimiento técnico– científico y participativo para la determinación de los servicios de salud que no serán financiados con recursos públicos asignados a la salud, para lo cual, expidió la Resolución 330 de 2017, modificada por la Resolución 687 de 2018. También expidió la Resolución 244 de 2019, mediante la que se adoptó el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Ahora bien, de manera reciente y actualizada el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2273 de 2021 por medio de la cual, actualizó, adoptó y compiló en un solo acto administrativo los servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, adicionando a las cincuenta y siete (57) tecnologías previstas en la Resolución 244 de 2019, cuarenta (40) servicios y tecnologías en salud resultantes de la aplicación del procedimiento técnico científico contemplado en la Resolución 330 de 2017 y que se enmarcan en los criterios descritos en la Ley 1751 de 2015.

De esta manera, desde un ámbito de la protección social, se procedió a dar claridad a los agentes del sector salud y a la ciudadanía las tecnologías y servicios que en la actualidad se encuentran excluidos del aseguramiento, por lo cual, no podrán acceder con recursos de la salud.

CAPITULO 3: AVANCES CON RESPECTO A LA PROMOCIÓN SOCIAL Y LOS SUBSISTEMAS DE CALIDAD

El concepto de PS es de reciente aparición en el mundo. A pesar de que el historiador Henry Sigerist lo había planteado en 1945, solo a partir de la Carta de Ottawa2 promulgada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública en 1986, el concepto se manifiesta con mayor arraigo en las políticas y formas de organización de los países, y pasa a ser considerado como punto de origen de la Nueva Salud Pública (Mantilla, 2010).

Dentro de la misma Ley 100 se reglamentó la promoción de la salud. Para ello, en principio, el Ministerio de Salud promulgó dos resoluciones: la 3997 de octubre de1996 y la 4288 de noviembre del mismo año. En estas resoluciones se define la promoción de la salud como “la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades”. Cabe resaltar que aquí se hace una interpretación de la promoción de la salud como acciones, y que ello supone un enfoque francamente reduccionista si se compara con lo promulgado en la Carta de Ottawa y otras declaraciones que definía la promoción de la salud como “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Sumado a esto, en la Resolución 3997 se hace referencia a “Actividades de Promoción y Prevención”, es decir, se utilizan como sinónimos las expresiones “promoción de la salud” y “prevención de las enfermedades”, lo que ha contribuido a la confusión de los términos, pues realmente lo que se estableció en la resolución fueron las actividades de prevención que debían ser desarrolladas en el POS por parte de las EPS.

Este enfoque de la promoción de la salud como acciones a realizar desde los servicios de salud y como sinónimo de prevención de enfermedades es el que imperó durante los primeros años de operativización de esta ley, no solamente dentro del POS, sino también desde el PAB, que es el único del que es responsable el Estado, y por tanto es colectivo, gratuito para la población y obligatorio para municipios y departamentos. Y aunque en el PAB se mencionaba que las acciones obligatorias debían ser de promoción de la salud, prevención de las enfermedades,

vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, la mayoría de las acciones realizadas a través de este plan estuvieron limitadas a la prevención de enfermedades más frecuentes y algunas a la vigilancia de la salud pública.

De manera paralela a lo anterior, las acciones contempladas en promoción de la salud implicaban medidas intersectoriales, de participación comunitaria y de utilización de otras metodologías y tecnologías donde el personal sanitario no tiene el mejor liderazgo y se involucra el paradigma de cómo generar condiciones para la salud de la colectividad. Con la Resolución 0412 de 2000, que estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; se hace una más clara diferenciación de las acciones de protección específica y detección temprana con respecto a las de promoción de la salud, es decir, en esta resolución se establecen las normas y guías de atención para las EPS e IPS que manejan el PBS, con el valor agregado de que allí ya no tiene lugar la confusión entre las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Así las cosas, se encuentra que el enfoque de promoción de la salud está presente especialmente a través de la implementación de estrategias de información, educación, comunicación y movilización social; coordinación con el sector educativo y otros sectores del desarrollo; participación comunitaria para garantizar, por ejemplo, la seguridad alimentaria de la población colombiana; creación de redes de protección y grupos de apoyo social, y el desarrollo de la estrategia de habilidades para vivir en establecimientos educativos.

A partir de la Ley 1122 de 200715, la cual modificó algunos apartes de la Ley 100 de 1993 y ajustó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció una nueva reglamentación para la Salud Pública, creando un Plan Nacional de Salud Pública, el cual deberá formularse para cada cuatrenio de gobierno y hacer parte del Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo de este Plan Nacional de Salud Pública es “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”. Tal Plan será desarrollado a nivel nacional, a nivel territorial (departamentos y municipios) y por las aseguradoras (EPS)

Para reglamentar la operativización del Plan de Salud Pública, el Ministerio de la Protección Social promulgó el Decreto 3039 de 200716, por el cual se adoptó el Plan de Salud Pública 2007-2010. En este último se estableció que para el diseño del Plan se articulan tres enfoques: Enfoque poblacional, enfoque de determinantes y enfoque de gestión social del riesgo. Con esto se tiene en cuenta uno de los principales enfoques de la promoción de la salud: el enfoque de los determinantes

de la salud. En esta dirección el Decreto incluye cuatro grupos de factores: “ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud”.

También el Decreto formula cinco líneas para el desarrollo de la política en salud:

- La promoción de la salud y la calidad de vida
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

En la primera línea, la **promoción de la salud es definida** como “proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva” (SOCIAL M. D., 2010).

De conformidad con lo anterior, se puede concluir que uno de los principales enfoques de la promoción de la salud: el enfoque de los determinantes de la salud.

A pesar de los esfuerzos tendientes desde el punto de vista normativo para escindir el concepto de promoción de la salud de promoción y prevención de la enfermedad, se evidencia, que desde del punto de vista normativo, se tiende a confundir estos dos conceptos, lo cual, genera dificultades al momento de materializar medidas o acciones concretas para satisfacer las necesidades de la población en términos de promoción de la salud, dado que como se expresó, al existir confusiones desde un punto de vista normativo, se genera un efecto reflejo, y por ende, se diluye la atención de esta arista de la salud al momento de generar la política pública en salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Seguramente este es el reto para quienes somos amantes de la promoción de la salud: cómo desarrollar e implementar innovaciones para crear mejores condiciones de salud dirigidas a la población, no solamente desde el tradicional sector salud ni desde la noción de ausencia de enfermedad.

Abordaje de la Promoción Social desde la condición étnica, racial, de víctima de conflicto como Determinantes Sociales en Salud.

El Estado en su contexto de organización Jurídico Política, el cual tiene como elementos característicos y determinantes la existencia y constitución, a partir de la

noción, espacio geográfico, reconocimiento, patrimonio y autonomía acorde a los tratados, convenios, parámetros y lineamientos de la comunidad internacional en general con respecto al respeto de la defensa de los Derecho humanos fundamentales y la dignidad humana integral.
Atendiendo a las consideraciones antes mencionadas se puede decir entonces que el Estado es un garante, gerente y líder en cuanto a la protección holística y permanente de los derechos humanos en sus tres generaciones o manifestaciones básicas o primordiales, lo cual lo hace ser más operativo, dinámico y proactivo en función de la nación o conglomerado humano, atendiendo a las consideraciones del derecho internacional público

Las contingencias son las situaciones objeto de protección, en este sentido, se entiende por contingencias todos aquellos acontecimientos o fenómenos futuros y posibles, capaces de ocasionar una pérdida económica y, por tanto, una consecuencia perjudicial o dañosa a la integridad de los individuos. No se hace con ello referencia únicamente a hechos desafortunados, de los cuales se podría mencionar lesiones al cuerpo, daños corporales, desempleo, desocupación, enfermedad e invalidez; sino a ciertos acontecimientos gratos, así como el matrimonio, embarazo, parto y el nacimiento de hijos, que originan mayores gastos ocasionales o permanentes para el sostén de los mismos (Rodríguez, 2011).

De acuerdo a lo anterior, se puede redefinir que las contingencias obedecen a acontecimientos ordinarios de la vida, de cualquier orden causal, que demanda la protección y/o atención inmediata, en virtud de que significa la pérdida o disminución de ingresos o menoscabo de la salud. En este sentido, las contingencias como ámbito de la protección social, se encuentran cubiertas tanto a corto como a largo plazo, para el corto plazo se encuentran las contingencias relacionadas a enfermedad, víctimas, mendicidad, desnutrición, inseguridad alimentaria, gestación, maternidad y riesgo laboral, entre otras, mientras que para largo plazo se destaca la invalidez, vejez, muerte, huerfanidad y viudez (Restrepo, 2017).

Cuando se detalla el papel o función que cumple la protección social en salud dentro del sistema estatal, aparece la definición misma del modelo estructural, el cual para el caso colombiano puede decirse que es de carácter mixto, dicho sistema de atención en salud en cuanto a gerencia, facilitación, financiación y cobertura poblacional regido bajo un esquema de competencia regulada ha creado múltiples conflictos, básicamente originados por la privatización del servicio de salud.

En sintonía preceptiva, es de resaltar que desde un origen netamente administrativo y operativo de la protección social en salud se presentan serias limitaciones dentro del sistema para cumplir con los principios y objetivos generales, como se demuestra en el modelo de atención en salud colombiano, lo que sería un gran desconcierto normativo, técnico y conceptual, que pese a contar con medidas tendientes a compensar las inequidades, excluye fracciones de población y que el

sistema de protección social en salud, que finalmente tiende a colapsar aun cuando pretende satisfacer el derecho constitucional a la salud, que se supone deben tener todos los habitantes del territorio nacional (Jorge Luis Restrepo Pimienta, 2021).

En razón a lo antes descrito, es de notar como el Estado Colombiano, reglamenta una serie de regímenes y prestaciones en el sistema de salud para cubrir a toda la población y contingencias humanas en sus tipologías, dentro de ello se encuentra el régimen subsidiado para población carcelaria y penitenciaria, que su contingencia básica o fundante es ser victimarios de lo cual se desprende la privación de la libertad enfermedades y demás.

Ahora bien, en este sentido cabe argumentar que la dinámica de un modelo con enfoque diferencial en el sistema de protección social en salud, el modelo mecánico ideal que orientó el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" está fundamentado en el aislamiento, funcional y especializado, de sus partes y componentes.

Esta desvinculación produce un desconocimiento generalizado entre los diferentes agentes que actúan dentro del sistema.

En el caso particular de las poblaciones indígenas, que cuentan con un régimen especial en salud, las dificultades parecen acentuarse por la ausencia de una perspectiva cultural dentro de la concepción misma del sistema de salud: El acceso se ve limitado por las barreras geográficas-antropológicas, largas distancias, que se interponen entre los indígenas y los centros de atención. Limitaciones culturales: Se debe reconocer en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado "POS-S" las prácticas formales de estas comunidades. Limitaciones de género: En el caso de las mujeres, la visita al médico representa una afectación de los conceptos de intimidad que manejan las comunidades.

Las víctimas del conflicto armado hacen parte del régimen subsidiado especial de salud el cual garantiza que los aportes compensatorios de los contributivos, del sistema de financiación territorial llamado sistema general de participación establecido en las leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y 1448 de 2011. Con estos elementos de financiación los cuales consiste en que la población con altos ingresos se le descuente en las nóminas y aportes, recursos adicionales al sistema de salud, de esta manera redistribuir en la población vulnerable o con ausencia de capacidad de aportes.

Luego del recaudo realizado por Estado Colombiano, este a través de los entes territoriales reparte los recursos para así garantizar el plan obligatorio de salud, atención materno infantil, plan de intervenciones colectivas, programas de promoción y prevención, salud mental, salud sexual y reproductiva, pretendiendo o

hacer reparación integral a las víctimas del conflicto armado con este conjunto de prestaciones asistenciales subsidiadas.

De esta manera, el presente capitulo expondrá de manera breve la normatividad y los avances que se tienen en terminos de atención y la protección social a tres nichos poblaciones que son de especial protección constitucional, conforme a la normatividad vigente y a la jurisprudencia de la Corte Constitucional en la materia.

Así las cosas, los grupos focales objeto de desarrollo son: (i) Las víctimas del conflicto armado; (ii) población indígena y por último (iii) Población Migrante.

i) Modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud de víctimas del conflicto armado

La reparación es el derecho que tienen las víctimas de crímenes de guerra o de lesa humanidad a ver compensados los daños sufridos, pero en el contenido epistémico aplicado es una prestación económica, asistencial y social que oferta el sistema de protección social en relación con las personas víctimas del conflicto armado.

En Colombia la compresión del concepto víctimas, ha sido muy complejo especificar y delimitar en lo teórico aplicado, lo que se ve reflejado en los diversos relatos históricos tras las tensiones y vulneraciones que se han dado para todo el conglomerado, es decir una pare de la población se le ha hecho daño de manera permanente sin límites y sin condiciones diferenciadoras, tanto que, dentro de este marco de vicisitudes reales y conceptuales; la declaración de los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abusos del poder (Naciones Unidas, 1985), que resalta a las víctimas como “las personas que individual o colectivamente, han sufrido daños, e inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales”.

Esta expresión víctima, incluye, además, en el caso Colombia a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. En este sentido, es menester reseñar la Ley 975, del 2005 en el artículo 5 de justicia y paz Colombia, que define a las víctimas como: “Las personas que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionan algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera, y menoscabo de sus derechos fundamentales”. Seguidamente se destaca la definición de Conflicto Armado el cual son un fenómeno histórico que existe desde el comienzo de la historia y pueden darse entre distintos pueblos, así como también entre el mismo pueblo, es decir, a nivel interno.

Luego de los entes mencionados, ante la compresión de víctima de la violencia de conflicto armado es necesario traer el artículo 3 de ley 1448 de 2011 que a su vez dispone: “Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”.

Ahora bien, es de aclarar que en el ámbito legal con relación a la reparación de mujeres víctimas del conflicto, existen diversas normativas internacionales que han sido ratificadas por el estado colombiano, la mayoría hace parte del Bloque de Constitucionalidad, el cual hace referencia a aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución.

i) Derecho a la Salud de la Población Indígena

Los miembros de las comunidades indígenas, por sus condiciones especiales y por ser una minoría, son sujetos del reconocimiento de un enfoque diferenciado en la prestación del derecho a la salud. Sobre el particular, esta Corporación ha señalado que teniendo en cuenta la protección de la diversidad étnica y cultural, la exigencia de adaptabilidad cultural del derecho a la salud y el principio de igualdad, es deber del Estado adoptar medidas con enfoque diferencial para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud por las comunidades indígenas (Sentencia, 2016).

Este enfoque diferencial previamente referido ha sido reproducido por la normatividad interna. El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 hace referencia a que las comunidades indígenas, por pertenecer al grupo de la población más pobre y vulnerable del país, tienen derecho a ser subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Recientemente, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estaturaria 1751 de 2015, 2015) Estatutaria de Salud en su artículo 6° consagró como principios del derecho fundamental a la salud (i) la protección a los pueblos indígenas, al consagrar como deber del Estado el reconocimiento y la garantía del derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); y (ii) la protección de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales

y palenqueras, al establecer para estos el deber de garantizar el derecho a la salud como fundamental respetando sus costumbres.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha señalado que es un deber del Estado la construcción de un sistema de salud acorde a las diferencias y necesidades propias de los pueblos indígenas, con el ánimo de fortalecer y reivindicar los derechos de los miembros de estas comunidades, en especial los derechos a la salud, a la autodeterminación y a la identidad étnica y cultural, en cumplimiento de las obligaciones surgidas de la Carta Política, los tratados internacionales ratificados por Colombia y demás normas que tratan el asunto.

Así mismo, en la sentencia C-313 de 2014 (Sentencia) la Corte Constitucional se refirió a los principios contenidos en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud referentes a la interculturalidad, la protección a los pueblos indígenas y la protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Sobre el particular, hizo referencia a las consideraciones expuestas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la observación general núm. 14, donde se señaló que los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural; es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales:

> "*Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones*".

De igual forma, sostuvo que *"los pronunciamientos que al respecto se han decantado en la jurisprudencia constitucional apuntan a que ellos [los principios] traducen el mandato superior, en cuanto al deber de protección que se impone al Estado con relación al patrimonio material e inmaterial de las comunidades étnicas, promoviendo el respeto hacia y entre ellas, de tal manera que se les garantice el ejercicio pleno de las actividades que propenden hacia su desarrollo integral, con vocación de permanencia, de acuerdo a sus usos y tradiciones"*.

En definitiva, debido a las especiales condiciones étnicas y culturales, por ser una minoría constitucionalmente reconocida, y por pertenecer al grupo de la población más pobre y vulnerable del país, las comunidades indígenas son sujeto del

reconocimiento de un enfoque diferenciado, entre otros aspectos, en la prestación y garantía del derecho a la salud. Para ello, es deber de las autoridades estatales elaborar un sistema de salud acorde a las diferencias y necesidades propias de los pueblos indígenas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Constitución, los tratados internacionales ratificados por Colombia y demás normas que tratan el asunto.

El artículo 79 de la Ley 1438 de 2011 establece el deber de garantizar *"los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia"*.

Esta disposición debe ser leída en concordancia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, cuyo artículo 6° establece los principios que rigen el sistema, dentro de los cuales se encuentra el de progresividad (literal g), en virtud del cual el Estado debe promover la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Lo anterior significa que es deber del Estado implementar las medidas legislativas o de política pública conducentes a garantizar la efectiva prestación del servicio de salud, en mayor medida en zonas alejadas o de difícil acceso. Esta obligación se encuentra establecida en la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que señala que la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad son elementos esenciales del derecho a la salud. Puntualmente, sobre la accesibilidad, la observación dispone que esta se evidencia en cuatro dimensiones:

> *"(i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho,* ***a los sectores más vulnerables y marginados de la población****, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.*
>
> *(ii)* ***Accesibilidad física****: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán* ***estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas****, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los* ***servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales****. Además, la accesibilidad*

comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

(iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

(iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (Sentencia Tutela, 2021)". (Negrita fuera de texto).

Así las cosas, se puede concluir que, a pesar de que han existido avances normativos tendientes a reconocer y a integrar las culturas ancestrales a la medicina occidental, en la actualidad, la población indígena se enfrenta a las mismas barreras de acceso que presenta el SGSSS en general, por lo cual, es una población que de manera constante se ve expuesta a la vulneración del derecho fundamental a la salud de manera sistemática.

ii) **Población Migrante**

A través de la Circular 025 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó a gobernadores, alcaldes y secretarios de salud adelantar acciones en seis frentes de trabajo para asegurar a la población migrante proveniente de Venezuela y determinar los niveles de atención en salud. Las acciones prioritarias son la coordinación intersectorial, particularmente con las autoridades migratorias y del sector social; el desarrollo de capacidades en problemas de salud habituales de inmigrantes; la afiliación al sistema de salud para quienes cumplan los requisitos; el control de alimentos y bebidas que ingresan al país; la vigilancia de brotes y epidemias; y las intervenciones colectivas, entre las que se incluyen la denuncia de situaciones de violencia y el fortalecimiento de espacios de convivencia. A juicio del Ministerio de Salud, las capacidades prioritarias que se deben fortalecer en el ámbito regional para hacer frente a la ola migratoria son las relacionadas con salud mental, derechos sexuales y reproductivos, identificación de enfermedades infecciosas y la atención a maternas y niños.

Ahora bien, en el 2021, se expidió por parte del Gobierno nacional el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV), es un mecanismo jurídico de protección temporal para las personas refugiadas y migrantes

venezolanas en Colombia que buscan permanecer, complementario al régimen de protección internacional de refugiados y que permite llenar los vacíos existentes en este régimen, con base en la realidad de los movimientos mixtos de población y la capacidad de respuesta que tiene el país en materia institucional, social y económica.

El Estatuto Temporal de Protección está compuesto por el **Registro Único de Migrantes Venezolanos (RUMV),** el cual busca recaudar y actualizar información como insumo para la formulación y diseño de políticas públicas, e identificar a los migrantes de nacionalidad venezolana que quieran acceder a las medidas de protección temporal y en el que tendrán que inscribirse las personas refugiadas y migrantes de Venezuela, y por el **Permiso por Protección Temporal (PPT),** el cual pretende "autorizar a los migrantes venezolanos que cumplan con los requisitos, a permanecer en el territorio nacional en condiciones de regularidad migratoria especiales, y a ejercer durante su vigencia, cualquier actividad u ocupación legal en el país.

Dentro de los beneficios que esta normatividad brinda a la población migrante se destacan:

1. *Garantía de derechos fundamentales.*
2. *Acceso a servicios como salud (afiliación a EPS por régimen contributivo o subsidiado), atención para población vulnerable, sistema pensional (al que cada solicitante tendrá que cotizar de acuerdo con la ley), educación (a todos los niveles del sistema educativo colombiano) y sector financiero (apertura de cuenta bancaria, giros, pago de nómina).*
3. *Protección integral y prevención de vulneraciones de niños, niñas y adolescentes, ya que es un mecanismo en el que prevalecen los derechos de la niñez.*
4. *Protección de la población venezolana que ingresó al país antes del 31 de enero de 2021 y se encuentra actualmente en situación irregular.*
5. *Posibilidad de acumular tiempo de estadía en Colombia para hacer la transición del régimen de protección temporal a un régimen de migración ordinario; es decir, tendrán 10 años para obtener una visa de residente (que tiene un coto que tendrá ser asumido por el solicitante).*
6. *Posibilidad del desarrollo de políticas y rutas que garanticen su seguridad, dignidad y bienestar.*
7. *Circular libremente por el territorio colombiano e ingresar y salir del país, sin superar 180 días fuera de territorio colombiano.*
8. *Acceso en condiciones de igualdad a la posibilidad de trabajar de forma regular, lo cual facilita su inserción económica y genera las condiciones para que las personas venezolanas puedan aportar al desarrollo del país., entre otros* (Colombia Patente nº Estatuto de Protección Temporal al Migrante - Decreto 216 de 2021, 2021)"

Con respecto a la duración y a la implementación de esta política el Decreto 2016 de 2021, establece que el Estatuto Temporal de Protección tendrá una vigencia de diez (10) años teniendo en cuenta que la implementación de estas medidas requiere de esfuerzos, económicos, técnicos, físicos y tecnológicos significativos.

De esta manera, el Estatuto Temporal de Protección se hace necesario para el país teniendo en cuenta la situación actual de Venezuela, la cual, cada día se deteriora más. La llegada masiva de venezolanos a Colombia en condición de irregularidad genera un desplazamiento de la oferta del trabajo, que implica reducción en salarios y disminución en el empleo de trabajadores nativos. Así mismo, la irregularidad implica disminución en aportes de los migrantes a la economía (remesas, contribuciones tributarias, parafiscales, etc.) El no saber quién se encuentra dentro del territorio nacional, no solo representa un riesgo en materia de seguridad, sino que además impide generar políticas públicas orientadas a la integración y asimilación de los migrantes.

Con respecto a la atención brindada en salud a población migrante en Colombia ha tenido algunos resultados positivos, pero también existen desafíos importantes en la garantía del acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud para esta población.

Algunos de los resultados positivos más destacados incluyen:

- La inclusión de la población migrante en programas de prevención y atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lo que ha contribuido a la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades.
- El fortalecimiento de la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud para atender las necesidades específicas de la población migrante, con un enfoque intercultural y de respeto a la diversidad cultural y lingüística.
- La creación de programas y estrategias específicas para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud para la población migrante, incluyendo la implementación de servicios móviles de atención en zonas de alta concentración de población migrante.

No obstante, aún existen desafíos importantes en la atención en salud de la población migrante en Colombia, como la falta de acceso a servicios de salud en zonas remotas o rurales, la brecha en la calidad de los servicios de salud, la falta de acceso a tecnologías médicas y medicamentos esenciales, y la falta de enfoque intercultural y respeto a la diversidad cultural en la atención en salud.

Ahora bien, a manera de síntesis de lo expuesto anteriormente, podemos decir que la reglamentación existente en Colombia para la atención de grupos de especial protección constitucional como indígenas, afrodescendientes, víctimas del conflicto armado, migrantes, entre otros. A continuación, te presento algunas normas relevantes, su objeto y lo que se expidió:

1. **Ley 1753 de 2015:** Esta ley establece la atención prioritaria en salud para las víctimas del conflicto armado, incluyendo a desplazados, población en riesgo de desplazamiento, reinsertados, personas en proceso de restitución de

tierras y población víctima de minas antipersonal. El objetivo es garantizar el acceso a los servicios de salud necesarios para la protección de su vida y su integridad física, así como la atención integral y la rehabilitación.

2. **Ley 1448 de 2011:** Esta ley tiene como objetivo garantizar los derechos de las víctimas del conflicto armado, incluyendo el acceso a los servicios de salud. La ley establece la atención prioritaria en salud para las víctimas del conflicto armado, y crea el Registro Único de Víctimas para facilitar el acceso a los servicios de salud y otros servicios públicos.
3. **Decreto 4886 de 2011:** Este decreto regula la atención en salud de la población afrodescendiente, raizal y palenquera. El objetivo es garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, respetando la cultura y la identidad de estas poblaciones.
4. **Decreto 1551 de 2011:** Este decreto regula la atención en salud de la población indígena. El objetivo es garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, respetando la cultura y la identidad de estas poblaciones. El decreto establece la obligación de las instituciones prestadoras de salud de respetar las prácticas y los conocimientos ancestrales de las comunidades indígenas.
5. **Resolución 3280 de 2018:** Esta resolución regula la atención en salud de la población migrante en Colombia. El objetivo es garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para la población migrante, independientemente de su estatus migratorio.

En resumen, existen diversas normas en Colombia que regulan la atención en salud de grupos de especial protección constitucional, como indígenas, afrodescendientes, víctimas del conflicto armado y migrantes. Estas normas tienen como objetivo garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, respetando la cultura y la identidad de estas poblaciones, y garantizando la atención integral y la rehabilitación.

En este sentido, la implementación de la reglamentación y políticas para la atención de poblaciones de especial protección constitucional en el sistema de salud colombiano ha tenido avances significativos, pero también existen desafíos y brechas en la garantía del acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud para estas poblaciones.

En términos generales, algunos de los avances más destacados incluyen:

- La creación de planes, políticas y estrategias específicas para la atención en salud de poblaciones de especial protección constitucional, que buscan garantizar el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud para estas poblaciones.

- El fortalecimiento de la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud para atender las necesidades de estas poblaciones, con un enfoque intercultural y de respeto a la diversidad cultural y étnica.
- La promoción y fomento de la participación y liderazgo de las comunidades en la toma de decisiones y diseño de políticas para la atención en salud de estas poblaciones.

Sin embargo, aún existen desafíos importantes en la atención en salud de estas poblaciones, como la falta de acceso a servicios de salud en zonas remotas o rurales, la brecha en la calidad de los servicios de salud, la falta de acceso a tecnologías médicas y medicamentos esenciales, y la falta de enfoque intercultural y respeto a la diversidad cultural en la atención en salud.

En conclusión, aunque se han hecho esfuerzos importantes para mejorar la atención en salud de poblaciones de especial protección constitucional en Colombia, aún se requiere de una acción coordinada y comprometida por parte del Estado, los prestadores de servicios de salud y las comunidades para lograr una atención de calidad y equitativa para todas las poblaciones.

CAPITULO IV: SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD, SU RELACIÓN CON LA PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRAS ENTIDADES QUE EJERCEN CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

a. SUBSISTEMA NACIONAL DE CALIDAD

El Subsistema Nacional de Calidad (SICAL) puede entenderse como todos los marcos de la política (pública), legal, regulatoria y administrativa y los arreglos institucionales (públicos o privados) que se requieren para establecer y poner en práctica la normalización, la metrología, la acreditación y el conjunto de servicios de la evaluación de la conformidad, que incluyen la inspección, pruebas, y certificación que son necesarios para proveer evidencia suficiente que los productos y servicios cumplan con requerimientos demandados por el mercado o usuarios o por las

autoridades (JUAN MIGUEL GALLEGO, 2016). Un SNC debe contar entonces con al menos tres pilares que se presentan en el siguiente diagrama.



Fuente: Presentación Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. 21 de abril de 2023.

El Subsistema Nacional de Calidad (SNCA), es un conjunto organizado de instituciones públicas y privadas de normas, procedimientos, e instrumentos legales y técnicos, con los que el Estado y el mercado buscan incrementar la competitividad, facilitar el comercio, ofrecer al consumidor garantías e información, proteger la vida, la salud y el medio ambiente, y promover el mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

El SNCA hace parte del Sistema Nacional de Competitividad e Innovación y comprende las actividades de normalización, reglamentación técnica, evaluación de la conformidad, siendo estas la acreditación, certificación, designación e inspección y por último la metrología científica, industrial y legal. Estas actividades pueden ser desarrolladas por entidades públicas o privadas. A continuación, explicaremos brevemente cada uno de estos componentes.

Normalización: proporciona un esquema de referencia para la elaboración de productos, definen propiedades y características métodos de producción o proceso para uso común y repetido. Estos documentos son de naturaleza voluntaria que fomentan la competitividad.

Programa Anual de Normalización Técnica. El Icontec presenta ante la última Comisión Intersectorial de la Calidad de cada año su programa actualizado, el cual se ajusta cada mes con base en las normas que hayan sido ratificadas y con los nuevos temas que van ingresando al programa.

El documento CONPES 3446 de 2006 "*Lineamientos para una Política Nacional de la calidad*" ha sido el faro que ha guiado la política gubernamental sobre la IC. luego de repasar el diagnóstico de las carencias en los diferentes pilares de la calidad, realizó varias recomendaciones. La primera fue el ajuste institucional de las actividades de expedición de reglamentos técnicos, normalización, acreditación, designación, evaluación de la conformidad y metrología que se llevó a cabo mediante la reorganización del entonces ***Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología* – SNNCM-** en el *Subsistema Nacional de la Calidad* -SNCA- el cual es a su turno se le consideró un subsistema del Sistema Nacional de Competitividad.

La segunda fue el fortalecimiento de las actividades de expedición de reglamentos técnicos, normalización, acreditación, designación, evaluación de la conformidad, metrología legal y; la tercera la búsqueda de la obtención del reconocimiento internacional de los pilares del SNC.

Ahora bien, como parte del reordenamiento y fortalecimiento institucional y legal del SNC, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, responsable de las actividades del Subsistema, expidió varias normas, la última de las cuales, el Decreto 1595 de 2015, es la norma que regula actualmente todas las actividades del SNC. Esta norma ratifica:

- Al ICONTEC como el Organismo Nacional de Certificación y respecto al Gobierno Nacional como organismo asesor y coordinador en el campo de la normalización técnica (Art. 1);
- Al ONAC como el Organismo Nacional de Acreditación (Art. 1);
- Al INM como la autoridad competente para coordinar la ejecución de la metrología científica e industrial a nivel nacional.

Dentro de los pilares del **SICAL** se resaltan los siguientes:

- **Reglamentación Técnica:** Proceso de elaboración y expedición de reglamentación técnica para productos y procesos, de cumplimiento obligatorio, con el propósito de proteger los objetivos legítimos.

- **Reglamento Técnico:** Documento que establece las características de un producto o los procesos y métodos de producción con ellas relacionadas, con inclusión de las disposiciones administrativas aplicables y cuya observancia es obligatoria. También puede incluir prescripciones en materia de terminología, símbolos, embalaje, marcado o etiquetado aplicables a un producto, proceso o método de producción, o tratar exclusivamente de ellas.

La normalización, pilar fundamental de la IC, ha presentado avances considerables en el país. Aunque no es tema de investigación, una de las razones que la explica

podría ser la naturaleza privada del INN, el ICONTEC que desde su creación hace más de 50 años ha venido fomentando el papel fundamental que la calidad tiene en la oferta de bienes, servicios, y gestión. Como se mostró en las subsecciones 3.1.1 a 3.1.4, Colombia presenta considerables avances y logros en la Normalización. El ICONTEC ha recibido el reconocimiento o membresía de las principales instituciones internacionales en el tema de la Normalización; el número de Normas en todas las categorías ISO emitidas para empresas en Colombia ha venido aumentando año a año; el número y porcentaje de normas emitidas a nivel de los diferentes sectores de la actividad económica ha aumentado y; la participación del ICONTEC en los Comités Técnicos de la ISO ha venido también en aumento.

Dentro de las 5 estrategias para incrementar la competitividad empresarial, se tienen las siguientes:



Fuente: Presentación Min Comercio a Oficina de Calidad, 14 de marzo de 2023

En este sentido, y teniendo en cuenta el desarrollo normativo y teórico expuesto anteriormente, la normatividad fue enfática en establecer los objetivos del SICAL:

- Promover en los mercados la seguridad, calidad, confianza, innovación, productividad y competitividad de los sectores productivos e importadores de productos.
- Proteger los intereses de los consumidores.
- Facilitar el acceso a mercados y el intercambio comercial.
- Coadyuvar a los usuarios del sistema en la **protección de la salud y la vida** de las personas, así como de los animales y la preservación de los vegetales.
- Proteger el medio ambiente y la seguridad nacional.
- Prevenir las prácticas que puedan inducir a error al consumidor.

Ahora bien, dentro de la Inspección, Vigilancia y Control que se realiza dentro del SICAL, el Decreto 1074 de 2015 estableció que concurren diferentes entidades de

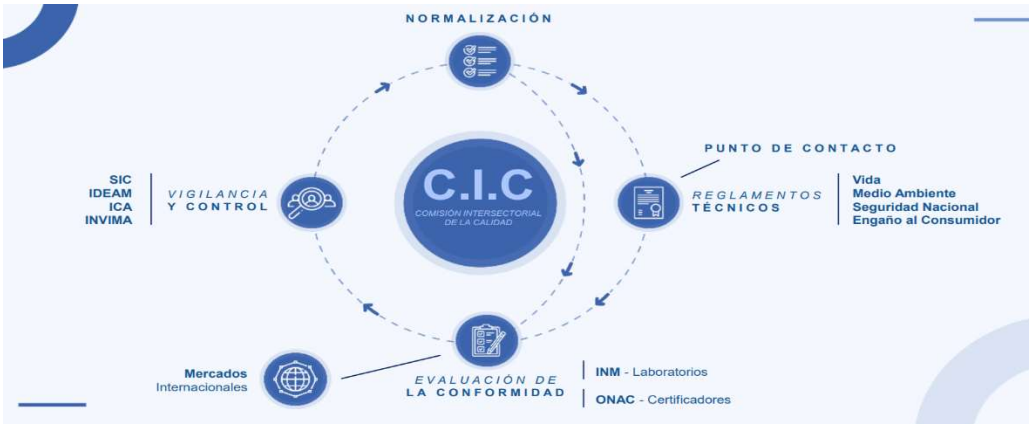
diferentes sectores a ejercer las labores de inspección, vigilancia y control conforme a las funciones de cada una de las dependencias.

Las instituciones que se encargan de articularse y coordinarse para esta labor son:

- Superintendencia de Industria y Comercio (SIC)
- **INVIMA**
- Instituto Colombiano Agropecuario
- IDEAM.

Se hace verificación, inspección sobre: Materiales, productos, instalaciones, plantas, procesos, procedimientos de trabajo, o servicios, contenidos en un documento de referencia (norma técnica, reglamento técnico o similar).

En este sentido el IVC en esta materia se entiende como el conjunto de actividades a través de las cuales, se verifica en el mercado la calidad y la idoneidad de los productos y el cumplimiento de los requisitos obligatorios antes o durante la comercialización de los mismos.



Así las cosas, existen servicios de salud que deben contar con certificaciones o aplicación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad (ISO 9000 de 2015).

ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC) en todas las materias de normalización electrotécnica.

Esta Norma Internacional describe los conceptos y los principios fundamentales de la gestión de la calidad que son universalmente aplicables a:

- *Las organizaciones que buscan el éxito sostenido por medio de la implementación de un sistema de gestión de la calidad;*
- *Los clientes que buscan la confianza en la capacidad de una organización para proporcionar regularmente productos y servicios conformes a sus requisitos;*
- *Las organizaciones que buscan la confianza en su* ***cadena de suministro en que sus requisitos para los productos y servicios se cumplirán****;*
- *Las organizaciones y las partes interesadas que buscan mejorar la comunicación mediante el entendimiento común del vocabulario utilizado en la gestión de la calidad;*
- *Las organizaciones que realizan evaluaciones de la conformidad frente a los requisitos de la Norma ISO 9001;*
- *Los proveedores de formación, evaluación o asesoramiento en gestión de la calidad;*
- *Quienes desarrollan normas relacionadas*. (ISO, 2023)

Esta Norma Internacional especifica los términos y definiciones que se aplican a todas las normas de gestión de la calidad y de sistemas de gestión de la calidad desarrolladas por el Comité Técnico ISO/TC 176.

Así las cosas, existen servicios del sector salud que deben contar con la implementación de la ISO 9000 para poder prestar sus servicios de salud, a pesar, de la existencia de SOGS.

Entre los servicios que se destacan se encuentran

- Laboratorios clínicos
- Calibración y metrología legal y técnica de equipos para la atención de pacientes;
- El suministro e importación de medicamentos, dispositivos médicos y alimentos bajo los lineamientos y condiciones sanitarias realizadas por el INVIMA.

b. SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

El Ministerio de Protección Social expidió la circular 075 del 18 de noviembre de 2005, estableciendo que "*los dos sistemas (el propuesto por la Ley 872 y el establecido por la Ley 100) son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna, más aun si se tiene en cuenta que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud es específico para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y apunta a impactar favorablemente en los procesos*

y resultados de la atención en salud en nuestro país y el sistema de Gestión de Calidad, contemplado en la Ley 872, es de aplicación genérica y no tiene como propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del sistema de gestión de calidad de las entidades".

Con estas instrucciones el Gobierno Nacional trató de ordenar posibles diferencias en los enfoques y dirigir a las instituciones de carácter público hacia el cumplimiento de la Ley 872 a partir de las exigencias del sistema obligatorio incluyendo el proceso de preparación para la acreditación en salud.

Con el fin de orientar a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud hacia el logro de objetivos superiores de calidad, el entonces Ministerio de Protección Social, señaló en la resolución 1445 de 2006, reglamentaria del decreto 1011 que "el ciclo de preparación para la acreditación (o ciclo de mejoramiento) es obligatorio para las instituciones del Estado, cuando el Ministerio de Protección Social en desarrollo de la compatibilización del sistema Obligatorio de garantía de Calidad de la atención en salud, con otros Sistemas de Gestión de Calidad, diera instrucciones al respecto".

En 2007 el "Ministerio de Protección Social" expidió el Decreto 4295 en el cual se señaló que la evaluación y verificación por parte de los entes externos de control, del cumplimiento de las normas de calidad, se haría con fundamento en el SOGC y que se expedirían las guías aplicativas en las cuales se ajustarían las normas técnicas en el marco de la Ley 872.

Adicionalmente, se expidió con la resolución 2181 del 16 de junio de 2008 en la cual se expresa que "las entidades que implementen y desarrollen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, mediante la adopción de la guía, se entenderá que cumplen con la norma técnica NTCGP 1000 de 2004".

Ahora bien, con respecto a la relación de independencia del SOGCS con respecto al Subsistema Nacional de Calidad SICAL, la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Orfeo 201911400134233 del 11 de julio de 2019, consideró que con base en el artículo 227 de la Ley 100 de 1993, la atención en salud debe ser prestada en el marco de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud-SOGCS, que es un sistema propio de calidad para el Sector Salud, con base en el numeral 8 del artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016, que lo define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla este sector para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Agrega que "este sistema de calidad debe ser desarrollado por el sector salud" y que la entidad responsable del mismo y "de velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad, es el Ministerio de Salud y

Protección Social". Colige que "el Decreto Único Reglamentario entiende que existen otros Sistemas de Gestión de Calidad" y que debe entenderse que el "*Subsistema Nacional de Calidad" debe guardar concordancia con el SOGCS, "lo que no obsta para que se tengan como sistemas independientes, a pesar de que, por su similar naturaleza, tengan convergencia en algunos aspectos*".

Expresa adicionalmente que "*también se pone de manifiesto esa independencia en que la Unidad Sectorial de Normalización en Salud USN, ejerce una función de coordinación y compatibilización entre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y otros Sistemas de Calidad en particular, con el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología". Concluye la Dirección Jurídica "que el SNCA y el SOGCS son sistemas de calidad independientes, pero convergentes, dada la naturaleza similar que presentan en algunos aspectos*".

Por otra parte, el componente voluntario del SOGCS, la Acreditación en Salud y el reconocimiento internacional de ISQua (Sociedad Internacional de Calidad de la Atención en Salud), complementan la visión de un Sistema Nacional de Calidad que se propone contribuir a facilitar el comercio, fortalecer la competitividad de las empresas, ofrecer al consumidor garantías e información sobre los productos, proteger la vida, la salud y el medio ambiente y promover el desarrollo de la ciencia y la tecnología.

El Decreto 780 de 2016, único del Sector Salud y Protección social, compila en el libro 2, parte 5, título 1, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS; en el Artículo 2.5.1.1.1 establece el Campo de aplicación, modificado por el artículo 2 del e incluye a los gestores farmacéuticos, adicionales a las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las secretarias de salud departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga sus veces.

Define que a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en los regímenes de excepción (Artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001), "se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del SOGCS de que trata este Título, excepto a las instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al Sistema y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, instituciones prestadoras de servicios de salud o con entidades territoriales".

En el parágrafo anexo, define que "Salvo los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y para los cuales se establezcan estándares", no se aplicarán las normas del SOGCS a "los bancos de sangre, a los procesos de los

laboratorios de genética forense, a los bancos de semen de las unidades de biomedicina reproductiva y a todos los demás bancos de componentes anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan".

V. CONCLUSIONES

- Después de realizar un análisis normativo, bibliográfico y comparativo, es importante tener en cuenta que desde la Protección Social no existen subsistemas de calidad independientes al SOGCS, pues desde un punto de vista de atención el SOGCS y el SICAL son complementarios para la adecuada prestación de los servicios de salud a la población en el siguiente sentido: Para la prestación de servicios de salud, cualquier prestador debe cumplir con los requisitos de habilitación del servicio (SOGCS), y para la práctica del procedimiento médico, la imagen diagnóstica o la ayuda de laboratorio, requiere contar con las certificaciones de calidad y los reglamentos técnicos que operan en el SICAL.

  De esta manera, son sistemas de calidad que son complementarios, pero que, sin duda, requieren de una mayor articulación y cohesión entre sus direcciones para la adecuada integración del sistema de calidad en salud y el del resto de actividades del país.

  Por otro lado, los sistemas de calidad operan y se complementan en el siguiente sentido: Desde el ámbito de la prestación de servicios de salud a usuarios y población sujeto de especial protección, se aplica para temas de habilitación para la prestación de servicios el SOGCS; mientras que para temas relacionados con calidad, calibración, metrología de equipos y de suministro de medicamentos y alimentos se aplica el SICAL y los reglamentos técnicos que existan para la operación de los equipos médicos y el suministro y aplicación de medicamentos e insumos médicos.

- De la revisión bibliográfica y normativa realizada podemos concluir que en la actualidad no se encuentra en el SICAL reglamento técnico alguno relacionado con temas o ámbitos de la protección social en salud, por el contrario, todos los protocolos de atención y de gestión del riesgo en salud se desarrollaron y ampararon bajo el SOGCS de conformidad con el componente de habilitación, ya que fue a través de la flexibilización e integración normativa en este componente que se desarrollaron protocolos de atención e inclusión a la población migrante, la población víctima de

violencia intrafamiliar o sexual y la atención a la población víctima del conflicto armado en Colombia.

VI. RECOMENDACIONES FINALES

En primer lugar, se debe evaluar y determinar la necesidad de a integración de dos sistemas de garantía de calidad en salud, como el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y el Sistema Nacional de Calidad (SICAL), basándome en lo que normalmente se consideraría en este tipo de situación:

- **Compatibilidad o homologación normativa:** Es importante revisar los marcos legales y regulatorios de ambos sistemas para evaluar si son compatibles o si existen contradicciones. Si hay contradicciones, sería necesario modificar la legislación para permitir la integración.

- **Estructura y operación:** Ambos sistemas tienen estructuras y procesos operativos que pueden ser muy diferentes. Se debe hacer un análisis detallado para ver cómo se podrían unir estas estructuras y procesos de manera eficaz y eficiente.

- **Impacto en los usuarios:** Se debe considerar el impacto que la integración tendría en los usuarios de ambos sistemas. Esto puede incluir la facilidad de uso, la accesibilidad de los servicios y la satisfacción del usuario.

- **Capacidad técnica:** Se debe considerar si existe la capacidad técnica para llevar a cabo la integración, tanto en términos de tecnología como de habilidades del personal.

Finalmente, se debe realizar un análisis de los beneficios esperados de la integración. Esto puede incluir la mejora de la eficiencia, la mejora de la calidad de los servicios, la reducción de la duplicación y la mejora de la satisfacción del usuario.

Por lo tanto, aunque es posible que existan beneficios en la integración de estos sistemas, es fundamental llevar a cabo un análisis cuidadoso para determinar si es viable y beneficioso hacerlo. Se recomienda buscar el consejo de expertos en salud y legislación sanitaria en su país para obtener una evaluación más completa y precisa.

Ahora bien, de manera preliminar se recomienda que al momento de realizar las mesas técnicas se establezcan de manera clara los objetivos y estrategias para la integración de dos sistemas de salud como el SOGCS y el SICAL podrían incluir:

Objetivos:

a. **Mejorar la eficiencia:** Evitar la duplicación de esfuerzos y optimizar los recursos disponibles.

b. **Mejorar la calidad de los servicios de salud:** Asegurar que los servicios de salud cumplen con los estándares de calidad establecidos.

c. **Mejorar la satisfacción del usuario:** Facilitar el acceso a los servicios de salud y mejorar la experiencia del usuario.

Estrategias:

a. **Análisis de compatibilidad:** Revisar las leyes y regulaciones pertinentes para identificar cualquier incompatibilidad y desarrollar estrategias para abordarla.

b. **Evaluación de recursos:** Determinar qué recursos se necesitan para la integración y cómo se obtendrán.

c. **Desarrollo de un plan de implementación:** Crear un plan detallado para la integración, incluyendo un cronograma y responsabilidades claras.

d. **Formación y desarrollo del personal:** Proporcionar la formación necesaria al personal para llevar a cabo la integración.

Es importante destacar que la coordinación entre estas entidades o dependencias debe ser liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, como entidad rectora del sector salud en Colombia.

Bibliografía

Acosta Navarro Olga Lucia, F. R. (2015). *Sistema de Protección .* Bogota, DC.: CEPAL .

Colombia, P. d. (2021). *Colombia Estatuto de Protección Temporal al Migrante - Decreto 216 de 2021.*

ISO, C. (2023). *ISO 9000:2015(es)*. Obtenido de ISO 9000:2015(es): https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es

Jorge Luis Restrepo Pimienta, E. Y. (2021). Protección social en salud atención integral a las víctimas del conflicto armado en. *Advocatus, Universidad Libre, Seccional Barranquilla*, 1-22.

JUAN MIGUEL GALLEGO, L. H. (2016). *EL SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN COLOMBIA.* BOGOTA: BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO.

Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Social Science & Medicine, 68(6), 1153-1160.

Giedion, U., Alfonso, E. A., & Díaz, Y. (2007). The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. UNICO Studies Series; No. 25. World Bank, Washington, DC.

Ruiz, F., Amaya, L., & Venegas, S. (2007). Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. Health Economics, 16(1), 3-18.
Ley Estaturaria 1751 de 2015 (Congreso de la Republica 2015).

Mantilla, B. P. (2010). *Conceptual and normative evolution of.* BOGOTA.
Organization, I. W. (2008).

SOCIAL HEALTH PROTECTION: "An ILO strategy towards universal". 1-95.

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México, 53, s144-s155.

Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C-265/97. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional de Colombia. (2012). Sentencia T-595/12. Bogotá, Colombia
Sentencia, C-313 de 2014 (Corte Constitucional).
Sentencia, T-718 de 2018 (Corte Constitucional 2016).
Sentencia Tutela, T-090 de 2021 (Corte Constitucional 2021).
SOCIAL, M. D. (2010).
Decreto 3039 de agosto 10 de 2007. . COLOMBIA.
SOCIAL, M. D. (2021). *Protección Social.* Bogota D.C.