



Reflexiones y miradas frente a la Reforma a la Salud

Buenaventura, abril 10 de 2023

Buenaventura, Valle del Cauca

10 de abril de 2023

María Isabel Ulloa

Directora Ejecutiva

ProPacífico

Daniel Humberto Echeverri

Director Proyecto de Salud

ProPacífico

Equipo técnico:

Johan Sebastian Loiza

Consultor Proyecto de Salud

ProPacífico

Carmen Rosario Palta

Consultora Proyecto Cáncer

ProPacífico

William Santiago García

Practicante Universitario de Proyecto de Salud

ProPacífico

Presentación

ProPacífico es una organización privada, sin ánimo de lucro, independiente y apolítica que trabaja en pro del desarrollo sostenible del país y, en especial, de la región Pacífico, a través de la identificación, gestión y articulación de iniciativas de interés general y de alto impacto, que fomenten el progreso económico, la sostenibilidad ambiental y la prosperidad colectiva. Conforme a los cambios de contexto y evolución del concepto de desarrollo, ProPacífico ha transformado su visión para seguir liderando la agenda de desarrollo sostenible e integral, gracias a la articulación de esfuerzos del sector público, privado y sociedad civil

Conversatorio sobre la reforma a la salud en Buenaventura

Participantes:

María Isabel Ulloa
Directora ejecutiva
ProPacífico

Franklin Corrales
Líder social

Daniel Humberto Echeverri
Director del proyecto de salud
ProPacífico

Maroling Murillo
Líder social

María Angelica Guzmán
Líder de Comunicaciones
ProPacífico

Farid Rodriguez
Líder social

Isaura Benavidez Hernández
Subdirectora de salud pública
Secretaría distrital de salud de
Buenaventura

Leonard Renteria
Líder social

Gina Paola Delgado
Secretaría distrital de salud de
Buenaventura

Wilson Julian Murillo
Líder social

Gerson David Piedrahita
Líder social

El Conversatorio sobre la reforma a la salud en Buenaventura fue un espacio de diálogo y reflexión que tuvo como objetivo discutir sobre la situación actual del sistema de salud en la región y proponer soluciones y alternativas para mejorar la calidad del servicio. Este evento fue organizado y moderado por ProPacífico, en colaboración con la Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura y varios líderes sociales.

En el conversatorio se abordaron temas críticos relacionados con la salud, como la falta de recursos financieros y humanos para el sector, la insuficiente infraestructura hospitalaria y la falta de acceso a medicamentos y tecnologías médicas de última generación. También se discutió sobre las barreras que enfrentan las comunidades para acceder a los servicios de salud, como la ubicación geográfica, la pobreza y la exclusión social.

A través de la exposición de ideas y experiencias por parte de los diferentes actores sociales y políticos involucrados, se propusieron soluciones concretas y factibles para mejorar el sistema de salud en la región de Buenaventura. Entre estas soluciones, se destacaron la necesidad de establecer políticas públicas que garanticen una distribución equitativa de los recursos y una mayor inversión en infraestructura y recursos humanos especializados en la atención de la población afrocolombiana, indígena y desplazada que habita en la región.

Asimismo, se hizo énfasis en la importancia de implementar modelos de atención primaria en salud que promuevan la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las enfermedades, así como la necesidad de fortalecer la formación y capacitación de los profesionales de la salud en la región.

La relatoría del evento, que documenta los principales acuerdos y compromisos adquiridos durante el conversatorio, servirá como una herramienta clave para la incidencia en políticas públicas de salud con un enfoque regional y para orientar las estrategias de intervención y seguimiento en el sistema de salud en Buenaventura. En definitiva, este espacio de diálogo y colaboración entre los diferentes actores sociales y políticos representa una muestra clara de la importancia del trabajo en equipo y la participación activa de la sociedad civil en la construcción de soluciones a los problemas que afectan a la salud en la región.



Relatoria reforma a la salud

Buenaventura

Abril 10 de 2023

Este espacio hace parte del eje de gobernanza del proyecto de Salud de ProPacífico

La historia de este eje inicia hace 3 años, con la reforma 010, propuesta por el exministro Fernando Ruiz, luego se generaron espacios similares para incidir en el plan decenal de salud pública y en la conformación del CODDECA del que Buenaventura hace parte (Comité Distrital de Control del Cáncer).

El objetivo del espacio es discutir los aspectos más relevantes de la reforma a la salud con un enfoque del puerto

Relacionamiento ProPacífico en Buenaventura: dotación cadena de frío para vacunación en época de Pandemia por COVID – 19 y posteriormente introducción del Hospital Padrino, que ayudó a que en 2022 la mortalidad materna fuera 0 para Buenaventura. La estrategia de Hospital Padrino salva vidas, con el apoyo al personal médico en la distancia y capacitación continua por parte del equipo técnico de la Fundación Valle del Lili.

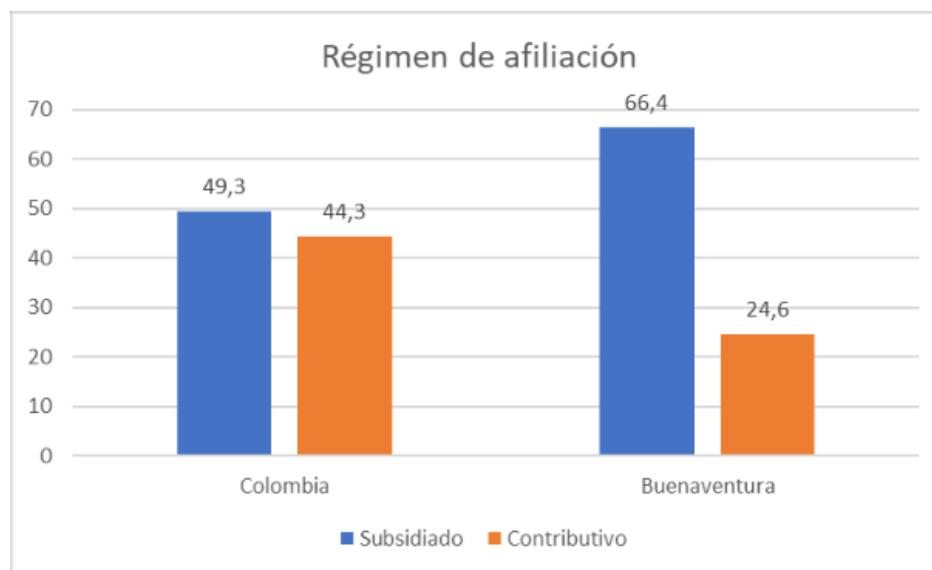
De este espacio se resalta la importancia de generar otro espacio similar enfocado en salud mental. La problemática se evidenció con el inicio del hospital padrino (2020), evidenciando que una de las causas más frecuentes de consulta es en salud mental. Incluso en servicios de urgencia.

Dos EPS: Emssanar y Asmetsalud son los principales aseguradores a las cuales pertenece la población que consulta a los servicios de salud con situaciones en salud mental.

Datos Buenaventura

En el Distrito de Buenaventura las altas tasas de desempleo y bajas tasas de cobertura educativa, además de representar un gran reto para su población, tienen un impacto en el acceso a seguridad social. El desempleo del Distrito es alrededor del doble de la tasa nacional, además por efecto de la informalidad, la proporción de personas que están en régimen subsidiado casi triplica a las que están en el contributivo.

- Para el 2022, el 92,6% de la población del distrito de Buenaventura se encuentra **afiliada al Sistema General de seguridad social en salud**, mientras que a nivel nacional registra una cobertura del 97,9%.
- El 24,6% de la población se encuentra **afiliada al régimen contributivo** para 2022, mientras que el país registra una cobertura del 44,3%.
- El 66,4% de la población se encuentra **afiliada al régimen subsidiado** para 2022, mientras que el país registra una cobertura del 49,3%



- Según el censo del 2018, el distrito registró una pobreza multidimensional del 41%. Dentro de las privaciones más altas se encuentran: **bajo logro educativo (48,3%), inadecuada eliminación de excretas (32,4%) y desempleo de larga duración (43,5%)**, siendo estos datos superiores al dato departamental y nacional.

- La **tasa de desempleo** del distrito en el 2021 fue de 27,9(Dane, 2021), mientras que a nivel nacional se registró una tasa del 13,7%.
- La **cobertura neta** en educación en el distrito es del 80,14% (MEN, 2021), cifra inferior al dato nacional (91,9%).
- La **tasa de homicidios** para el distrito fue del 35,15 para 2022, lo que correspondió a una reducción de 26 p.p respecto al 2021 (61,88).

Conversatorio

El objetivo del espacio es poder identificar problemas de acceso o de atención primaria en salud en Buenaventura a puertas de la propuesta de reforma a la salud.

Identificación de problemas en salud en Buenaventura

- Aspecto Negativo: la baja complejidad en atención, los pacientes deben ser trasladados 3 horas a Cali (“ruleta de la muerte”). Esto se considera ilógico, teniendo en cuenta que Buenaventura es uno de los puertos marítimos principales en el país, donde el ingreso de recursos es alto y constante.
- Buenaventura debería contar con el recurso humano en salud adecuado y centros de atención en salud idóneos, equipados con tecnología para que los pacientes pudieran ser atendidos ahí mismo.
- El problema es el mal manejo de los recursos, en donde no se invierten adecuadamente en la población para garantizar una atención en salud digna.
- La mala experiencia de los pacientes cuando consultan a los centros de atención en salud hace que se presenten retrasos en la atención, prefieren esperar, no consultar. Se evidencia un gran problema de humanización del personal asistencial.
- Refieren no hay una priorización en el triage de pacientes, atienden al que tiene capacidad de pago.
- No se llevan a cabo acciones de inspección, vigilancia y control sobre el manejo de los recursos destinados a la salud.

- Hay una queja recurrente e insatisfacción ante la forma como se giran los recursos, pero no se exigen resultados sobre el manejo de estos o la ejecución de los presupuestos.
- El sentir de la comunidad es que la corrupción es sistemática, transversal en todos los niveles (salud, educación, transporte, etc.)
- Preocupa tema de la salud, participante habla sobre experiencia personal con el fallecimiento de su madre, secundario a un accidente cerebro vascular que en la atención se presentaron retrasos en la atención. Con esta experiencia refiere entendió por qué se debía trabajar y poner atención sobre la atención en salud en Buenaventura.
- Resalta varios aspectos negativos en la atención en el hospital en esta ocasión con su familiar:
 - Falta de atención oportuna o cumplimiento de protocolos para ACV
 - Barrera en remisión oportuna por negación de servicio de ambulancia
 - Falta de empatía y humanización en la atención en salud
- Participante refiere que, a raíz de esta dura experiencia personal, empezó a informarse mucho más sobre derechos y deberes en salud. Resalta su aprendizaje en este tiempo a partir de esa experiencia y la lucha colectiva que lleva a cabo hoy en día por la atención en salud de calidad en el puerto.
- Hay deshumanización en la atención en salud, porque se han concentrado los esfuerzos en obtener resultados económicos y de rentabilidad, pero no en el tipo de atención que se brinda.
- Sistema de salud en Buenaventura es deficiente, empezando por el estado de la infraestructura como tal para responder a la demanda de servicios de salud en la ciudad.
- Hay temor generalizado frente al manejo de los recursos por parte de los políticos, ante la inexistencia de veeduría sobre el manejo de estos recursos, no se ejerce control político.
- Refieren que la precarización de los servicios de salud en Buenaventura fue una de las causas para convocar al paro cívico del 2017.
-



- EAPB no priorizan atención en salud según la caracterización de su población asegurada; ponen ejemplo de una población de 80 mil usuarios con sólo 1 psicólogo para atender necesidades de atención en salud mental. No hay un equipo interdisciplinar para su atención.
- Hoy en día con la existencia de redes sociales, la comunidad se apoya con las denuncias en medios como Twitter para exigir atención adecuada, pero comentan que las redes sociales no deben ser su única herramienta como medio de presión.
- Falta de articulación entre niveles de atención y la comunicación bidireccional para gestionar los traslados: EPS – IPS (Referencia y contrarreferencia).

- Narran diferentes situaciones de pacientes con retrasos y barreras en la atención, retrasos en remisión a otros niveles de complejidad, retrasos en autorizaciones de prestación de servicios que llevan a desenlaces negativos en salud.
- La comunidad no acepta esta situación precaria en la atención en salud siendo actores pasivos en la situación.
- Resaltan la importancia de fortalecer: Telemedicina, actividades de promoción y prevención.
- Importante fortalecer puestos de salud que enlazarían la propuesta de la reforma frente a la creación de los CAPIRS.
- Clínica Santa Sofía es la única que tiene la capacidad de atender a la población, pero preocupa continuamente que esta capacidad se vea rebosada constantemente.
- Hay que educar a la comunidad frente a deberes y derechos en salud.
- Conectar a la comunidad, empoderarla frente al ejercicio de su salud.
- Trabajar en el mejoramiento de la intersectorialidad, así como el mejoramiento de la red de atención para que sea suficiente.
- Preocupa cómo se reparten el dinero para la atención en salud en Buenaventura, posibles “carteles de contratación”.
- No hay una priorización sobre LA VIDA.
- Las EAPB no realizan gestión del riesgo sobre su población afiliada.
- Ante esta falta de priorización, preocupa la mala atención y poca intervención sobre los grupos etarios, ponen de ejemplo la población infantil.
- Describen otra problemática frente a la dispensación oportuna de medicamentos para asegurar adherencia a los tratamientos prescritos por profesionales de salud.
- Otras veces la dispensación la hacen de forma errónea, es decir no garantizan una administración segura de medicamentos.

- Realizan control sobre las EAPB, pero no sobre instituciones tercerizadas que las EAPB contratan para la dispensación de medicamentos.
- Solo 2 EAPB actualmente son responsables de la atención en salud en Buenaventura, preocupa que ahora se quiera centralizar sólo en 1 entidad aseguradora manejada por el estado lo que hace pensar que la problemática se agudizaría.
- Manejo de recursos vs. Garantías de control: aspecto preocupante
- No hay control ni seguimiento sobre el manejo de los recursos.
- Con la reforma proponen que llegarán más recursos, sin embargo, con los recursos destinados en el momento, se han perdido, y no hay ninguna consecuencia porque no hay control.
- ¿Qué garantías hay dentro de la reforma para garantizar un adecuado control de los recursos y sanciones contundentes frente a los malos manejos de estos?
- ¿Cómo se controla el gasto? ¿Cómo se definen las sanciones a los funcionarios que malversen los recursos?
- Si no hay control sobre el uso de recursos, no consideran ningún cambio positivo ante la introducción de la reforma.
- Debilidad en gobernanza
- Normatividad colombiana describe competencias claras para diferentes actores dentro del sistema de salud.
- No cumplimiento de acuerdos en el paro cívico: “Ciudadela de la Salud” – suplir insuficiencia de red.
- El presupuesto nacional destinado a salud es finito, los recursos no son ilimitados.
- El desfaldo de los recursos destinados a salud ocurre en los hospitales públicos.

- Ya se mencionó el problema de suficiencia de la red de prestadores. También resaltan el problema según el aseguramiento de los pacientes, porque niegan atenciones en salud por falta de giro de recursos desde las EAPB a las IPS.
- Se agudiza la oportunidad de la atención cuando las EAPB están siendo intervenidas por la Supersalud, porque las IPS niegan servicios ante el no pago de las atenciones en salud por parte de los aseguradores.
- Lista de EPS en proceso de liquidación: Savia salud, Emssanar, Asmetsalud, Comfachocó, SOS. Aquí están incluidas las 2 EPS con mayor número de afiliados en Buenaventura.
- La liquidación de EPS no garantiza que la atención en salud vaya a mejorar, porque saturan servicios de salud y terminan quebrando instituciones de salud (especialmente públicas).
- Recuerdan origen de los recursos para salud, como lo que se descuenta al empleado y lo que debe aportar al empleador constituye el régimen contributivo y cómo este soporta al régimen subsidiado.
- El sistema de salud en Colombia debe reorientarse, los recursos deberían invertirse más en atención primaria en salud. Como ejemplo: es más costoso a largo plazo un día de atención en UCI vs. jornadas de vacunación, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Esto debe ser gradual, porque en el momento hay una carga de enfermedad en la población que hay que responder y atender.
- 2 sistemas de salud: aseguramiento y público, ninguno es mejor que el otro, hay ejemplos buenos y malos en ambos sistemas.
- En la medida que se fortalezca la APS, y las EAPB conozcan su población y esté debidamente caracterizada, el gasto en salud se controlaría.
- Perspectiva o sensación que personal de salud prescribe más servicios o “sobrefactura”, aumentando el gasto en ineficiencias en salud.
- El ideal de atención es que esté basada en evidencia, que haya estandarización de la práctica para que disminuya la variabilidad de la práctica médica.

- Para esto existe actualmente la auditoría, en dos puntos: desde la IPS y desde la EAPB. Revisando cuentas médicas, adherencia a guías y protocolos (en tiempo real) para verificar pertinencia en la prestación de servicios.
- La reforma propone comités a nivel regional que evalúe pertinencia de los servicios, pero no sería en tiempo real sino en una revisión retrospectiva de atenciones.
- Refieren que sigue existiendo intermediación en el giro de los recursos.

Escenario de reforma ante desaparición de EPS:

- *No ocurriría de un momento a otro, es un proceso de 5 a 10 años, las suplirían nuevos organismos y otros que ya existen.*
- *La gestión del riesgo recaería sobre los CAPIRS.*
- *Surgen 2 comités – Comité Distrital y Comité Departamental de salud, estos comités harían las contrataciones con los prestadores de salud. Los comités estarán conformados por personal del gobierno central, regional y de hospitales y clínicas.*
- *Giro de recursos va a depender de la contratación que se haga por parte de estos comités, entonces habrá un giro directo desde el ADRES, pero también un giro a estos comités para la contratación.*
- Aseguradoras que permanecerán: Nueva y SURA, la función final con las que van a quedar será de auditoría. Con lo previamente descrito, las funciones de gestión del riesgo y contratación de red de prestación de servicios pasarían a manos de los consejos o comités distritales y departamentales.
- El gobierno nacional actualmente le ha dado al distrito recursos para conformar 13 equipos de atención extramural, pero aquí se deben analizar puntos con problemáticas de violencia y seguridad donde se dificulta la atención en salud, se presentan barreras de acceso por problemas de orden público.
- Hay preocupación constante frente al manejo de los recursos con esta propuesta de reforma.
- Ponen tema de liquidación de Coomeva EPS, cómo llevo al quiebre de varias IPS. ¿Cuál es el plan de contingencia en el proceso de transición de la reforma con estas instituciones? No está contemplado en la reforma el plan de esta transición, esta es una de las críticas directas al documento de reforma.

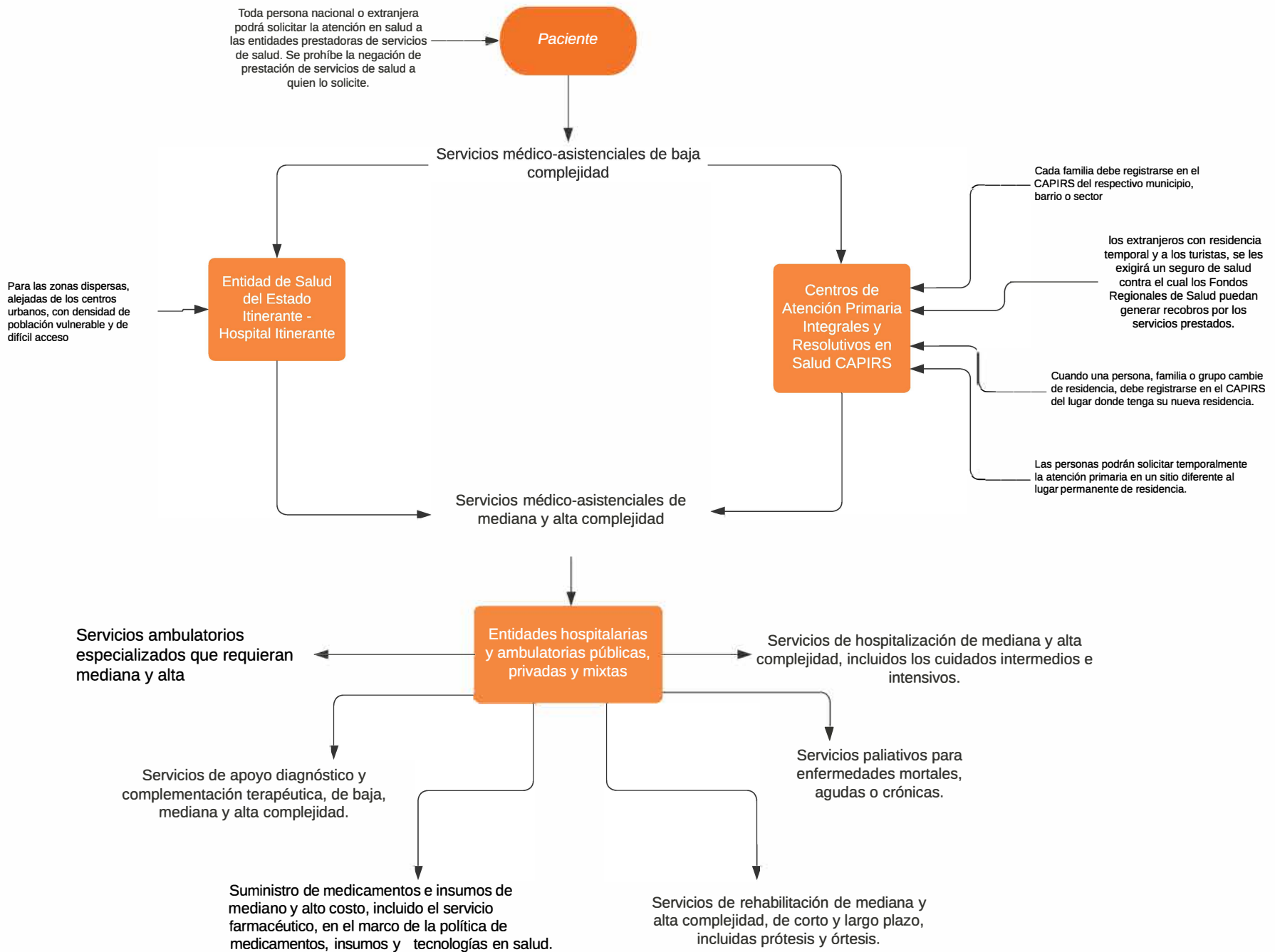
- La comunidad está de acuerdo en que no va a ser fácil esta implementación de CAPIRS de la nueva reforma por el difícil acceso a ciertas comunidades de la región, por ejemplo, construcción de centros de salud en zonas en donde grupos al margen de la ley no permitirán esta intervención. Es una idea que sería más aplicable hacia los grandes centros urbanos, no las zonas rurales dispersas (la Colombia profunda).
- Preocupa la manera que se garantice esta igualdad de atención a las comunidades, por las dinámicas que se ven en los territorios. Mencionan que no se brinden condiciones dignas de atención para población que no apoye al político de turno.
- **Reforma de la salud a nivel local:** mejoramiento de infraestructuras de hospital y clínica que ya existe en la ciudad; garantizar insumos disponibles, fortalecimiento de programas de promoción y prevención ya existentes, que realmente funcionen.
- Mencionan que más que una nueva reforma, sería importante reforzar mecanismos de control que rigen el actual sistema, si se garantizara que lo escrito realmente se llevara a cabo no estaríamos viviendo la problemática actual. Reforzar el control territorial, verdaderamente articulado con la Supersalud.
- Las reformas deben tener espacios de reflexión en los territorios, que permitan recobrar esa confianza en el sistema y que la comunidad se sienta incluida en la construcción de estas propuestas porque al final son ellos mismos quienes vivirán las consecuencias de estas reformas para bien o para mal.
- Desafortunadamente los entes de control están permeados por esa corrupción.
- Se menciona siempre el tema de APS, pero no se ha ejecutado como tal a lo largo de los años y los diferentes gobiernos.
- En la pandemia se logró empoderar como tal a los entes territoriales en salud para tener un papel mucho más protagónico en salud poblacional.
- Preocupa esa intermediación y que al final los usuarios son los perjudicados por la no atención en la IPS cuando estas han decidido suspender atención por el estado de contratación y cumplimiento de las EPS (cartera vencida).

- Desde el gobierno central pareciera que desconocieran las realidades de los territorios. Los territorios están en cambio constante, son dinámicos. Las propuestas de hace 10 años no son ajustadas al escenario y contexto actual. Lo que pasa día a día transforma las dinámicas de la comunidad.
- Frente al no cumplimiento de lineamientos y estándares, los entes territoriales en cabeza de sus directivas refieren que desde el gobierno central no miran por qué no se pueden cumplir los lineamientos, solamente miran y señalan el incumplimiento, pero no abordan por qué se da este incumplimiento, cuáles son los factores que llevaron a eso.
- El análisis de la reforma ha tomado fuerza porque la gente está tomando consciencia frente a su bienestar. La comunidad se empodera para enfrentar y transformar sus realidades.
- Preocupa el cumplimiento de lo que está escrito en la reforma, teniendo en cuenta las condiciones de violencia en el territorio.
- Rescatan la resignificación de los actores en salud dentro de la comunidad, por ejemplo, las parteras, rezanderos. Estos saberes ancestrales aportan a la construcción de escenarios que lleven al cumplimiento del modelo propuesto.
- NO va a haber confianza nunca si todas las propuestas se quedan en conversatorios y no se ven las acciones para cumplir estas propuestas.

Conclusiones

- Fortalecer los mecanismos de control: Superintendencia, articulado con secretarías de salud y con la comunidad.
- Fortalecer la atención primaria
- Mejorar infraestructura y calidad de centros de atención en salud en Buenaventura, pero también ciudades cercanas: Buga, Cali.
- Continuar estrategias como Hospital Padrino y replicarlas
- Aseguramiento en salud (mayoría en Buenaventura es subsidiado ante la informalidad laboral)
- Trabajar sobre la humanización en salud: generar espacios de trabajo en humanización en salud sobre el personal médico asistencial.
- Red de prestadores no es eficiente, se debe trabajar sobre los protocolos de referencia y contrarreferencia, derribar barreras de atención.
- Ampliar red de prestadores, que sea más dinámica. Pensada desde la georreferenciación.
- Continuar con la formación de gestores en salud mental en las comunidades para que tengan la capacidad de escucha en situaciones agudas y se puedan enlazar con la secretaria de Salud. Así mismo, estos gestores pueden realizar un diagnóstico situacional de la población frente a salud mental desde un componente individual y psicosocial para poder orientar las acciones en la comunidad.

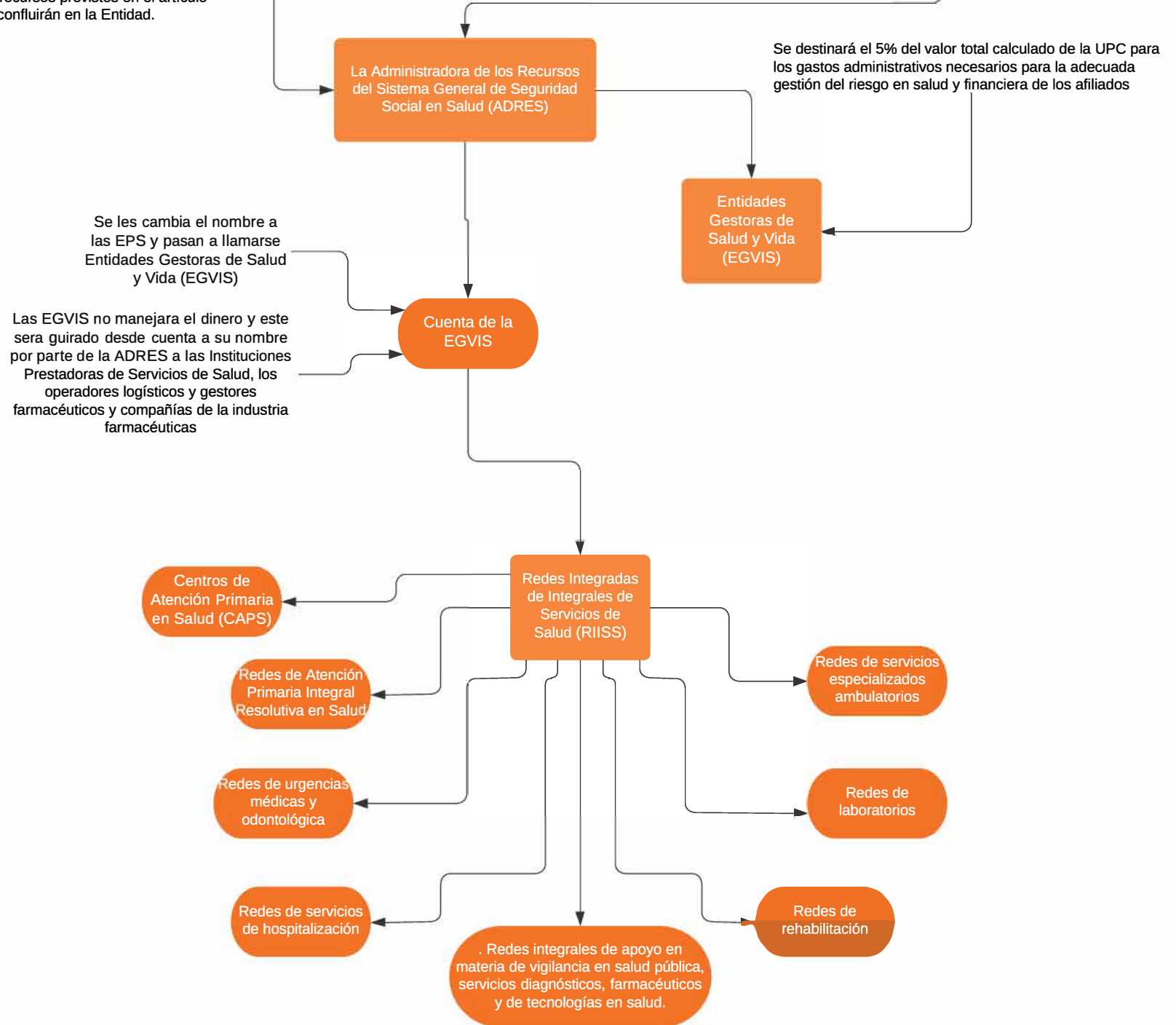
Anexo I. Ruta de atención de pacientes según la reforma propuesta por el gobierno nacional



Anexo 2. Ruta de atención de recursos según la reforma propuesta por el gobierno nacional

realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); recaudar y administrar los recursos de Coljuegos con destinación a ciencia y tecnología en salud y todos los demás recursos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales confluirán en la Entidad.

la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual será reconocida mensualmente a cada entidad Gestora de Salud y Vida por cada una de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud



Daniel Humberto Echeverri: Médico, epidemiólogo y salubrista de la Universidad del Valle, realizó, además, un Fellowship de investigación en Madrid, en la Universidad de Alcalá y, actualmente se encuentra terminando una tercera maestría en Fármaco epidemiología y Fármaco economía en la Universidad de Londres. Se ha desempeñado en diversas áreas de la salud pública, desde la investigación, inicialmente sobre enfermedades infecciosas, hasta la coordinación gerencial en diferentes oficinas de epidemiología de algunas de las principales clínicas de Cali. Ha dirigido diferentes proyectos como el ECLAMC (malformaciones congénitas), AEDES (arbovirosis), ANGELS (Accidente cerebrovascular), SITS (Accidente cerebrovascular), RSACC (síndrome coronario agudo); también ha sido docente universitario en medicina las siguientes asignaturas: Epidemiología, Metodología de la investigación y Estadística.

Carmen Rosario Palta Galíndez: Enfermera, Magíster en Epidemiología de la Universidad del Valle, con estudios en Gerencia de servicios de salud y Especialista en formación en Evaluaciones económicas en salud de la Universidad de Antioquia, con trece años de experiencia liderando equipos interdisciplinarios e intersectoriales para desarrollar programas que responden a diferentes situaciones sociales y de salud. Participar y liderar investigaciones, asesorías y consultorías de salud en organizaciones públicas y privadas. Diseñar, planear, implementar y evaluar planes, proyectos y programas de salud que respondan a las políticas nacionales y regionales de desarrollo social en el marco del sistema general. Labor docente técnica y universitaria.

Johan Sebastián Loaiza Ipuz: Economista y Magíster en Economía de la Universidad Icesi (Cali), con experiencia en investigación y consultoría en evaluación económica de programas, servicios y tecnologías en salud; análisis de políticas públicas en salud; generación e implementación de soluciones intersectoriales para el fortalecimiento territorial del acceso efectivo a los servicios de salud; formulación y evaluación de estrategias e intervenciones territoriales desde el gobierno local; liderazgo y articulación con equipos multidisciplinarios. Con habilidades avanzadas en análisis cuantitativo y formulación de proyectos.

