

**Bogotá Distrito Capital  
Secretaría Distrital de Salud**

**Organización Panamericana de la Salud (OPS)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)**

**FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN BOGOTÁ, COLOMBIA**

**Resultados del Taller de Evaluación de Desempeño**

**Bogotá, Marzo/Abril de 2008**

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA  
HECTOR ZAMBRANO RODRIGUEZ  
Secretario de Despacho**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
PIER PAOLO BALLADELLI  
Representante OPS/OMS en Colombia**

## TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación .....	4
2. Antecedentes .....	5
3. Metodología .....	6
3.1. Revisión del instrumento.....	6
3.2. Desarrollo del Taller de Evaluación:.....	7
4. Análisis General de Resultados .....	8
4.1 Panorama General de la Evaluación de las dimensiones.....	8
4.2 Resultados de la medición por Dimensión.....	10
4.2.1 Dimensión de Conducción .....	10
4.2.2 Dimensión de Regulación .....	12
4.2.3 Dimensión de Modulación del Financiamiento .....	15
4.2.4 Dimensión de Garantía del Aseguramiento .....	17
4.2.5 Dimensión de Armonización de la Provisión de Servicios .....	19
5. Identificación de las Áreas de Intervención Prioritarias para el Plan de Mejoramiento Institucional ....	23
6. Conclusiones .....	25
7. Recomendaciones .....	26

## 1. Presentación

La función rectora en salud es:

*El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno; es competencia característica del gobierno; y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales.<sup>1</sup>*

La evaluación de la función rectora constituye para los tomadores de decisión una herramienta fundamental de planificación que permite avanzar en los procesos que muestran fortaleza en su desempeño y tomar decisiones sobre áreas prioritarias de intervención. Las cinco dimensiones de la función rectora son las siguientes:

1. *Conducción Sectorial*: comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.
2. *Regulación*: dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.
3. *Modulación del Financiamiento*: incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
4. *Garantía del Aseguramiento*: focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.
5. *Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud*: promueve la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
6. *La ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)* que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica No. 1136 de 2006, suscrito con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro del cual se acordó avanzar en la evaluación de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Distrital (ASD), realizó la segunda evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), como una de las dimensiones que componen el complejo de rectoría, en Septiembre de 2007 y dando continuidad al proceso, completó la evaluación de las cinco dimensiones restantes de la rectoría, en un taller realizado en 27-28 de Marzo y 8 de Abril de 2008.

Los resultados de este ejercicio se presentan a continuación con el ánimo de que sirvan para orientar la toma de decisiones y la definición de prioridades en un momento de coyuntura importante para la Administración Distrital, toda vez que

---

<sup>1</sup> OPS-OMS. USAID. Marco Conceptual e instrumento metodológico. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. 2006

pueden ser utilizados para la formulación del Plan Territorial de Salud Pública y armonizados con las prioridades definidas y para la discusión en el Plan de Desarrollo de la ciudad.

El ejercicio de evaluación contó con representantes de diversos sectores como: OPS; Universidad de la Sabana; Universidad Nacional; Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA); Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; Empresas Promotoras de Salud (EPS): Colsubsidio, Sanitas, Caprecom; Personería de Bogotá; Ministerio de la Protección Social; Asociación Nacional de Industriales (ANDI); Planeación Distrital; Fundación Santa Fe; Empresas Sociales del Estado: Tunal, Kennedy II Nivel, Vista Hermosa, Centro Oriente, Usaquen, Nazareth, Suba, Meissen, Fontibón, Pablo VI; y representantes de todas las Direcciones de la SDS: Planeación y Sistemas, Salud Pública, Desarrollo de Servicios, Aseguramiento, CRUE, Participación Social y Desarrollo del Talento Humano.

La multiplicidad de actores reafirma la pluralidad de la ASD, la cual encabeza la SDS, pero además hace ver la necesidad de trabajar de manera conjunta para avanzar en el fortalecimiento de la rectoría en salud del Distrito Capital.

Los resultados permitieron avanzar en recomendaciones de ajuste al instrumento teniendo en cuenta la particularidad y avance en las reformas de los sistemas de salud, al igual que recoger las sugerencias de ajuste a la metodología para futuras mediciones.

## **2. Antecedentes**

En las décadas de los 80 y 90, los procesos de Reforma del Estado que se implantaron en los países de la Región, promovieron la reducción del tamaño del Estado y por ende mayor participación del sector privado y la sociedad civil en procesos que aunados a la globalización produjeron el deterioro progresivo de la autonomía de los estados, resultante en una débil capacidad de gobernanza.

Los procesos de redefinición de las funciones del estado en materia de salud y el fortalecimiento de aquellas consideradas indelegables, son un tema de primer orden, toda vez que además de procesos de descentralización ha permitido el surgimiento de nuevos actores públicos y privados con un claro aumento en la participación de los seguros privados, lo cual ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad del Estado de proveer servicios de salud y la focalización de su ámbito de acción en la rectoría.

Entre 2000 y 2003 se realizaron procesos de seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector Salud que evidenciaron tendencias regionales que repercuten en la capacidad para ejercer la función rectora del sector salud. Además en el mismo contexto de reformas, en 1997 los Estados Miembros de la OPS, mediante la Resolución CD40.R12, solicitaron cooperación técnica con el fin de desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la función rectora, como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional del sector salud. De igual manera solicitaron el intercambio de experiencias nacionales relativas al ejercicio de la capacidad rectora de los Ministerios de Salud y fortalecimiento institucional para ese propósito y finalmente instaron al establecimiento de un proceso de discusión, producción conceptual y reflexión sobre la práctica de la función rectora.

Como parte del desarrollo de estos procesos se dio además la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (2001); el desarrollo del instrumento de medición de las FESP y su aplicación en 41 países y territorios de la Región (2001-2002); y el desarrollo del instrumento de Evaluación del Desempeño de la Función Rectora (2003-2004) que a la fecha ha sido aplicado en algunos países de América Central y del Caribe. Este instrumento fue adoptado y adaptado para la medición del desempeño a nivel distrital en el marco del convenio entre la OPS y la SDS de Bogotá. Los desarrollos del proceso se presentan en este informe y se espera que además de constituirse en una herramienta para la planificación y toma de decisiones de la ASD, sirva como insumo y ejemplo para otras regiones del país y para mediciones a nivel subregional; tal como ocurrió con la experiencia de medición de las FESP a nivel distrital en el año 2002.

### **3. Metodología**

#### **3.1. Revisión del instrumento**

La presente evaluación partió de la revisión de los instrumentos propuestos por la OPS, para lo cual se contó con la participación de profesionales del equipo técnico del convenio, el profesional representante de OPS, la opinión de un experto internacional de la OPS en el tema y la consultora responsable del proceso.

Los ajustes introducidos al mismo consistieron en:

- Adecuación del instrumento para mapeo de la ASD sintetizando la descripción de la competencia territorial a nivel general y no por cada uno de los apartes descritos en la competencia normativa (normas, institución reguladora, institución ejecutora) e inclusión de la posibilidad de obtener propuestas de ajuste referidas a cambios en la norma vigente o inclusión de nueva normatividad.
- Con respecto al instrumento de valoración, se modificó la metodología de evaluación, estandarizándola para las cinco dimensiones, para lo cual se procedió a realizar homologación de las preguntas propuestas para cada uno de los indicadores, llevándolas a preguntas cerradas, todas con tres posibilidades de respuesta: un valor entre 1 y 5 con un significado de equivalencia de acuerdo a la tabla 1, la cual fue revisada y ajustada de acuerdo a las observaciones posteriores a la evaluación quedando como aparece en la columna de escala revisada; una segunda opción de marcar no sabe, cuando no se tiene información suficiente para realizar la valoración y, la tercera opción de no compete cuando se considera que el proceso evaluado no es competencia de la ASD, y por ende no se debe calificar.

**Tabla No. 1. Escala de valoración del instrumento y equivalencias**

Opción	Equivalencia	Escala	Escala Revisada
1	0-20%	Muy Pobre	Muy Bajo
2	21-40%	Pobre	Bajo
3	41-60%	Aceptable	Regular
4	61-80%	Alto	Aceptable
5	81-100%	Muy Alto	Alto
NS	No Sabe	No aplica	No aplica
NC	No compete	No aplica	No aplica

- Ajuste en la matriz utilizada para la elaboración del plan de mejoramiento partiendo de la situación encontrada que describe los hallazgos del resultado del mapeo de la ASD y del ejercicio de valoración ponderado; continuando con la descripción de metas que da respuesta a donde queremos llegar, luego descripción de estrategias que son el cómo lo haremos, y finalizando con tiempos propuestos, considerando corto plazo un lapso de un año, mediano el tiempo de la administración que son cuatro años y largo plazo un período de dos administraciones equivalente a ocho años.

Estos ajustes fueron validados en el taller de medición donde se acogieron las sugerencias de los participantes. Lo anterior, permite presentar unos instrumentos más ajustados a las necesidades del distrito, que deben y pueden ser enriquecidos de acuerdo a los cambios que se den en el sistema. Esta primera evaluación permite contar con información valiosa como línea de base para la toma de decisiones en el sector.

### **3.2. Desarrollo del Taller de Evaluación:**

Para la evaluación se realizó capacitación de cuatro de los ocho funcionarios de la SDS que habían sido capacitados como facilitadores del ejercicio de medición del desempeño de las FESP, aprovechando su experiencia en este proceso. A pesar de que se previó la capacitación de las mismas personas entrenadas inicialmente, no fue posible contar con la participación de los ocho funcionarios, por diversas situaciones presentes en la fecha programada. Se realizó un taller de un día de duración con entrega de documentos previos para lectura.

La selección de los actores convocados se realizó teniendo en cuenta los procesos contemplados en cada una de las dimensiones, las instituciones y direcciones de la SDS directamente involucradas en su desarrollo y los perfiles de nivel decisorio y técnico de los evaluadores, con el fin de lograr una complementariedad entre las opiniones y viabilidad de las propuestas producto de los resultados del ejercicio.

La convocatoria de los evaluadores fue a través de invitación vía correo electrónico con envío de documentos pertinentes tales como marco conceptual, propuesta metodológica e instrumentos de acuerdo a cada una de las dimensiones a evaluar, pues se convocó un grupo de evaluadores para cada una de ellas, con el fin de realizar el ejercicio simultáneamente. En todos los casos se realizó confirmación de asistencia telefónicamente y por medio del correo electrónico.

Para cada uno de los grupos se contó con un facilitador, un relator nombrado entre los participantes y un moderador al igual que con el aplicativo computarizado en Excel para la digitación y graficación de los resultados.

El primer momento correspondiente al ejercicio de Mapeo de la ASD se realizó de manera grupal, constituyendo dos grupos en los casos en los cuales el grupo de evaluadores pasaba de ocho integrantes, con posterior unificación de los productos en una sola matriz de mapeo; y en un solo grupo cuando el número de participantes fue menor o cuando el grupo decidió trabajar con todos los integrantes al tiempo.

El segundo momento del taller correspondiente a la valoración de cada una de las dimensiones se realizó de manera individual y anónima, con posterior inclusión de los resultados en el aplicativo computarizado a cargo del relator del grupo y del facilitador y posterior socialización, discusión y análisis de resultados en presencia de todos los participantes.

En la segunda jornada de trabajo se inició el tercer momento del taller consistente en la formulación del plan de mejoramiento, para el cual fueron compartidos los resultados obtenidos en la evaluación y en el mapeo de actores como insumo previo, proceso que se concluyó en una sesión de trabajo adicional el día 8 de abril, por haber resultado insuficiente el tiempo de la agenda inicial.

Al final de la jornada de la convocatoria inicial se realizó la plenaria con la presentación por grupo de los resultados de la valoración y los avances al momento de los planes de mejoramiento, al igual que las sugerencias de ajuste a los instrumentos y a la metodología.

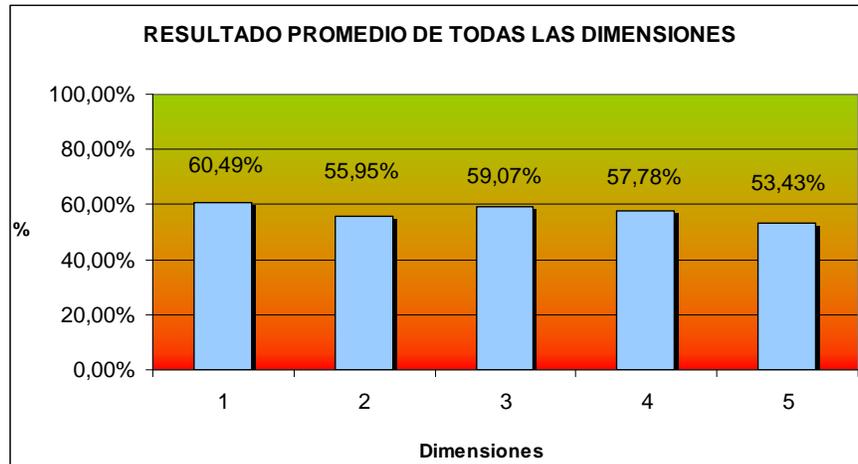
#### **4. Análisis General de Resultados**

A continuación se presentan los resultados generales y por cada una de las dimensiones teniendo en cuenta en cada caso los principales aportes del proceso de mapeo de la ASD. Posteriormente se presenta la valoración de las dimensiones, contando con los promedios obtenidos por cada uno de los indicadores de las cinco dimensiones con la interpretación correspondiente y, finalmente se resumen las principales propuestas del plan de mejoramiento para cada dimensión. La descripción detallada de los planes de mejoramiento constituye la principal herramienta para el accionar que se defina en términos de prioridades a intervenir para mejorar el ejercicio de la rectoría de la ASD.

##### **4.1 Panorama General de la Evaluación de las dimensiones**

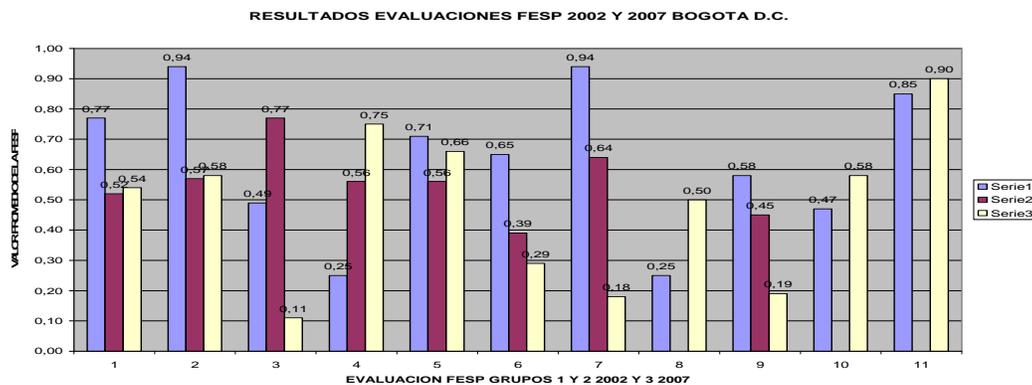
Como se puede apreciar en la gráfica No. 1, y de acuerdo a la escala definida en la metodología, las 5 dimensiones evaluadas (1. Conducción, 2. Regulación, 3. Financiamiento, 4. Aseguramiento y 5. Armonización en la Provisión de Servicios) se encuentran en la escala entre 40 y 60% que equivale a un desempeño regular, siendo la mejor valorada, la dimensión Conducción que obtuvo una calificación de 60,49% y la de menor valoración la correspondiente a la Armonización de la Provisión de Servicios con un 53,43%.

**Gráfica No. 1. Resultado promedio de valoración de las primeras cinco dimensiones de la rectoría, Bogotá – D.C., 2008**



La sexta dimensión de la función rectora correspondiente al desempeño de las FESP, realizada en Septiembre de 2007, mostró los siguientes resultados que se comparan con la evaluación realizada a nivel distrital en el año 2002.

**Gráfica No. 2. Panorama general de las evaluaciones de las 11 FESP, Bogotá – D.C., 2002 y 2007**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Informe de resultados de evaluación de la medición del desempeño de las FESP. Bogotá.

En la primera medición de 2002, por interés técnico en términos de acercarse a la validación del instrumento, se realizó la evaluación por 2 grupos de personas en la mayoría de funciones, siendo la excepción las FESP 8, 10 y 11 las cuales fueron evaluadas por solamente un grupo, razón por la cual en la graficas que expone los resultados las primeras dos barras corresponden a los grupos 1 y 2 de la evaluación del 2002 y la tercera barra a la medición del año 2007.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el 2002, respecto a las diferencias marcadas en los resultados de la evaluación de una misma FESP por dos grupos de evaluadores diferentes, no sólo en la valoración de los indicadores de cada una de las funciones sino además de la valoración promedio de ellas, se decidió que para efectos

de las acciones de mejoramiento se asumiría el puntaje más bajo de calificación. Por lo tanto acogiendo esta premisa se analizan los resultados obtenidos en comparación con la evaluación del 2007.

El desempeño de 7 de las 11 FESP puede considerarse satisfactorio, una vez que mantuvieron promedios similares a la evaluación de referencia antes mencionada en el 2002 o aumentaron su calificación. Las siguientes funciones aumentaron su valoración en el desempeño en menos o hasta un 5%: FESP 1 correspondiente al Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, pasó de 52% a un 54% de calificación (incremento del 2%); situación similar presentan las FESP 2 de Vigilancia en Salud Pública que pasó del 57% al 58% (incremento del 1%) y la FESP 11 de Reducción del impacto de emergencias y desastres, que aumentó su calificación en 5 puntos porcentuales, pasando del 85% al 90%.

El segundo grupo lo constituyen las FESP que aumentaron su valoración de desempeño entre el 10 y 15% encontrándose aquí, la FESP 5 correspondiente a Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública que pasó del 56% al 66% (incremento del 10%) y la FESP 10 Investigación en salud pública que aumento del 47% al 58% (incremento del 11%).

Las otras FESP que aumentaron su desempeño lo hicieron entre el 20% y 50% correspondiendo a las FESP 4 Participación social en salud que pasó de 56% a 75% (incremento del 21%) y la FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública que paso del 25% al 50% (incremento del 25%).

Las disminuciones en la valoración del desempeño fluctuaron entre el 10% y 46% correspondiendo respectivamente a: FESP 3 Promoción de la salud que pasó del 49% al 11% (disminución del 38%); la FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y inspección, vigilancia, y control (IVC) en salud pública con el 39% en 2002 al 29% en 2007 (disminución del 10%); la FESP 7 Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios del 64% al 18% (disminución del 46%) y la FESP 9 Garantía y Mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos que paso del 45% al 13% (disminución del 32%).

## **4.2 Resultados de la medición por Dimensión**

### **4.2.1 Dimensión de Conducción**

Los resultados del mapeo de la Autoridad Sanitaria muestran como principales normas relacionadas con la dimensión de Conducción, las siguientes:

- Constitución Política de 1991 (Art. 9)
- Ley 9 de 1979
- Leyes 10 y 29 de 1990
- Leyes 42, 80 y 100 de 1993
- Ley 152 de 1994
- Ley 489 de 1998
- Ley 715 de 2001
- Ley 1122 de 2007
- Ley de Talento Humano de 1007

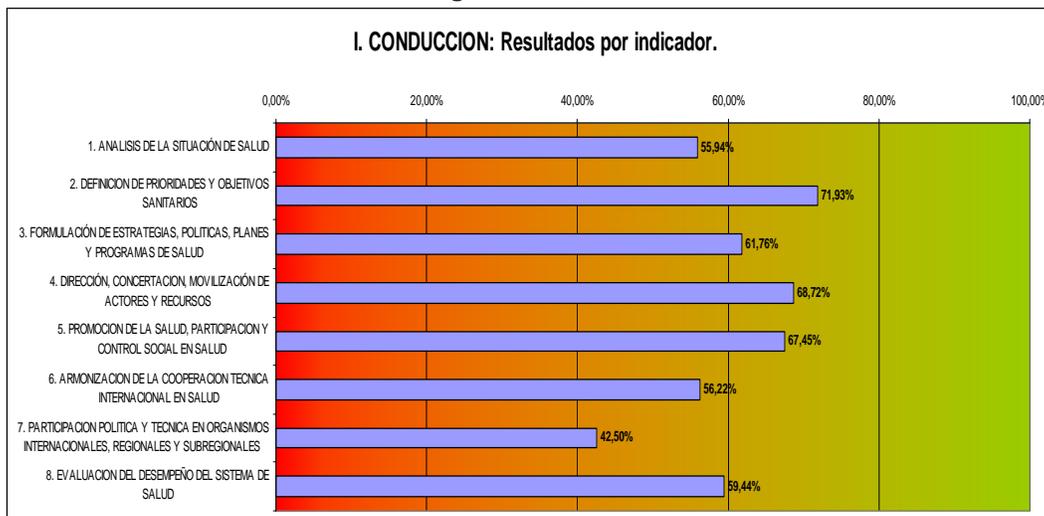
- Decretos 3039, 1011, 393, 854, 585 y 591 de 1991
- Decreto 2126 de 1992
- Resoluciones 425 y 1136
- Acuerdo 20/90
- Plan Nacional de Salud
- Plan de Desarrollo Distrital

Entre las instituciones responsables de su desarrollo en el nivel nacional se encuentran: el Congreso, Ministerio de la Protección Social, Presidencia de la República y Acción Social, Ministerio de Relaciones Exteriores, Superintendencia Nacional de Salud, Aseguradores; y en el nivel distrital la Alcaldía Mayor y la SDS.

Entre quienes ejecutan las acciones según jerarquía, se encuentran las siguientes instituciones: Minprotección, Aseguradores, SDS, Alcaldías Locales, Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). A excepción de los procesos valorados en los indicadores tres y siete en los cuales las competencias se ubican en el nivel nacional y distrital, en los demás, las competencias se ubican tanto en estos dos como en el local.

En general los evaluadores de esta dimensión consideraron que hace falta normatividad que transfiera algunas competencias del nivel nacional al nivel territorial y que amplíe las posibilidades de acción de este. Al igual que es necesario fortalecer procesos de empoderamiento de otros sectores responsables de la salud pública, el compromiso de la Alcaldía Mayor y reestablecer el proceso de cooperación y confianza con el nivel nacional; además de poder avanzar en metodologías que permitan realizar análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales y de evaluación en este mismo sentido que pueda ser comparable con otros entes territoriales y países. Con respecto a la valoración de la función los resultados fueron los siguientes:

**Gráfica No. 3. Resultados de la valoración de la dimensión de Conducción, Bogotá – D.C., 2008**



Como ya se anotó, la valoración promedio de la dimensión de conducción fue la más alta alcanzada entre las cinco dimensiones evaluadas, correspondiendo al 60.49%. A

su interior, el segundo indicador, definición de prioridades y objetivos sanitarios, fue el mejor valorado con un 71.93%. En tanto la calificación más baja se le asignó al indicador participación política y técnica en organismos internacionales, regionales y subregionales, sin embargo este último sólo fue valorado por el 61.54% de los participantes. Para el resto de los indicadores se obtuvo información en porcentajes iguales de 19.23% en cada caso, en el sentido de no contar con información al respecto y considerar que este proceso no compete a la ASD; circunstancia que es necesario valorar teniendo en cuenta la importancia de estos procesos para la proyección de la ASD.

Los indicadores 3, 4, y 5 que se refieren a Formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud; Dirección, concertación, movilización de actores y recursos; y Promoción de la salud, participación y control social en salud, recibieron calificaciones por encima del 60% (61.76%, 68.72% y 67.45% respectivamente). En tanto los indicadores 6 y 8 correspondientes a Armonización de la cooperación técnica internacional en salud y Evaluación del desempeño del sistema de salud obtuvieron calificaciones por debajo del 60%, siendo éstas del 56,22% y 59,44% respectivamente. Sin embargo la valoración del indicador 6 sobre la cooperación técnica internacional sólo correspondió al puntaje dado por el 56.41% de los participantes, es decir un 43,59% consideran que no cuentan con información al respecto (28,21%) o que esto no compete a la ASD (15,38%).

El plan de mejoramiento propone como metas para los primeros cinco indicadores:

1. Contar con un sistema de gestión y análisis de la información en salud que incluya la información de otros sectores bajo un enfoque de determinantes, con una metodología estandarizada de análisis de la situación de salud implementada de manera concertada, con mecanismos de divulgación de la información para orientar la toma de decisiones.
2. Definición de prioridades con enfoque de equidad en respuesta a las necesidades distritales y locales; metas orientadas a logros en salud pública y en calidad de vida; actualización y validación de la metodología para priorización, del alcance y competencias de la SDS, otros actores del sector, otros sectores y de la Alcaldía frente a la salud pública.
3. Contar con una política de salud integral que responda a las necesidades individuales y colectivas desde la determinación social, basada en el derecho y con enfoque de equidad, construida, implementada y evaluada con todos los actores y sectores.
4. Contar con mecanismos de concertación articulados al interior de la SDS y concertar acuerdos que respondan al plan de gestión de la SDS y a las prioridades de la ciudad. Ampliar las bases de participación de la comunidad.

Para el último indicador sobre Evaluación del desempeño del sistema de salud la meta es Institucionalizar la evaluación del desempeño de manera sistemática. Los indicadores seis y siete no incluyeron propuestas. De igual manera cada una de las metas, especifica las estrategias propuestas, los actores a convocar para su desarrollo y en general el tiempo requerido para el cumplimiento.

#### **4.2.2 Dimensión de Regulación**

El mapeo de esta dimensión relacionó como principales normas las siguientes:

- La Constitución Política
- Ley 9 de 1979
- Ley 10 de 1990
- Leyes 99 y 100 de 1993
- Ley 715 de 2000
- Ley 909 de 2004
- Ley 785 de 2005
- Leyes 711, 1122, 1164 de 2007
- Decretos: 1950/64, 1290, 1875/94, 677/95, 3075/97, 2676/00, 549/01, 2085/02, 149, 2193, 481y 3554/04, 2200, 1672 y 4725/05, 1011, 1043/06, 483, 4747, 1030, 1403, 1500/07; 559, 1157/08; 36 y 318/06 distrital; 483/07 distrital
- Resoluciones 1043, 1164, 1478//06, 483, 1047, 2680, 3763/07
- Acuerdos distritales: 223 y 282 (CNSSS), 20/90, 16, 17 y 18/91, 67 y 68/05
- Documentos CONPES 3375,3376/07, sobre los cuales es necesario aclarar si tienen fuerza vinculante.

Entre las instituciones responsables de su desarrollo en el nivel nacional se refieren: Congreso de la República, Gobierno Nacional, Ministerio de la protección Social, Ministerio Ambiente, CNSS, Instituto Nacional de Salud (INS), Supersalud, Invima, Fondo Nacional Estupefacientes, Comisión Nacional del Servicio Civil, Comité Nacional del Recursos Humanos, Departamento Administrativo del Servicio Civil, Departamento Administrativo de la Función Pública. En el nivel distrital y local: Concejos, Asambleas, Alcaldía Mayor, Secretaría General, SDS, ESE (I nivel), Secretaría de Ambiente.

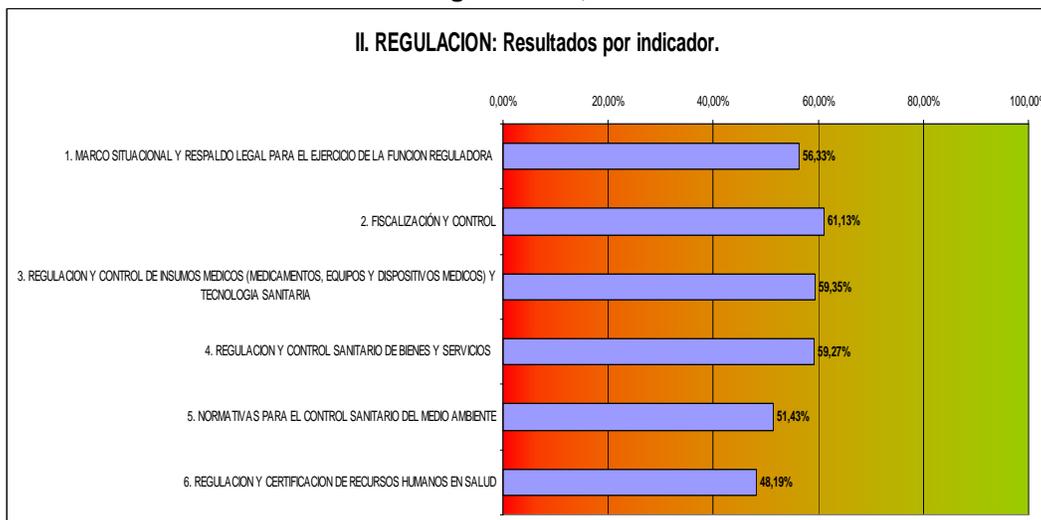
Como ejecutores se encuentran en el nivel nacional: Minprotección, Supersalud, INVIMA, Fondo Nacional Estupefacientes, ARP, EPS, Comisión Nacional del Servicio Civil, Comité Nacional del Recursos Humanos, Departamento Administrativo del Servicio Civil, Departamento Administrativo de la Función Pública. En el espacio distrital y local: Secretaría de Ambiente, SDS, Secretaría de Educación, UESP, Acueducto, DPAAE, IPS, Alcaldías Locales, ESE y la Sociedad Civil.

En el análisis del mapeo de actores de esta dimensión los evaluadores opinaron que a nivel jurídico existen vacíos en la Ley 100 que no permiten a las entidades territoriales ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre la prestación de servicios a prestadores públicos y privados. En ese mismo sentido, anotaron además que la Ley 1122 retrocedió el proceso de descentralización al asignar funciones en el Ministerio de Protección Social, el Invima y a la Supersalud; por lo cual se sugiere que se modifiquen y definan competencias única y exclusivamente en los entes territoriales; unificar las funciones de IVC al interior del ente rector y proponer normatividad para el control de calidad de alimentos artesanales.

Se sugiere que debe realizarse modificación del las leyes 9 y 10 convirtiéndolas en una nueva ley para la salud pública; igual modificar el acuerdo 20 para poder construir un nuevo modelo atención en salud para el Distrito, más acorde con la realidad y la demanda actual. En relación con la regulación del talento humano de salud, se anota que el ente territorial no cuenta con un soporte normativo para cumplir con esta

función. La valoración de la dimensión en cada uno de los indicadores, mostró los siguientes resultados:

**Gráfica No. 4. Resultados de la valoración de la dimensión de Regulación, Bogotá – D.C., 2008**



En esta dimensión sólo uno de los seis indicadores, el relacionado con el proceso de fiscalización y control, superó la calificación del 60%, siendo su valoración de aceptable con un 61.13%. Los restantes cinco indicadores contaron con valoraciones entre el 59,35% y el 48.19%.

Al revisar cada una de las valoraciones, se advierte que en el indicador 3 sobre Regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria, un 36% de los participantes manifestaron no saber nada al respecto (20.73%) o consideraron que este proceso no era competencia de la ASD (15.60%); situación similar se repitió con respecto al indicador 4 de Regulación y control sanitario de bienes y servicios en el cual el 13,78% de los evaluadores respondió no saber y el 19,23% consideró que el proceso no era competencia distrital.

El indicador 1 referente a marco situacional y respaldo legal para el ejercicio de la función reguladora fue valorado por la mayoría de participantes (94.87%) y la calificación final obtenida fue del 56,33%, seguido del indicador 5 sobre Normativas para el control sanitario del medio ambiente que fue evaluado con un 51,43% por el 94% de participantes.

Por último, el indicador 6 con respecto a la regulación y certificación de recursos humanos en salud fue evaluado como el más bajo con el 48,19% pero es de anotar que solo contó con el 76% de evaluadores, pues el 24% restante consideró, en el 15% de los casos, no contar con información al respecto y específicamente en el proceso de Fijación de estándares y criterios para la acreditación de instituciones formadoras de profesionales de salud; un 15% de evaluadores opinan que esta competencia no es del nivel distrital y casi un 27% manifestó no saber nada sobre el tema.

El plan de mejoramiento hace énfasis en términos de los primeros cinco indicadores en la necesidad de mejorar la capacidad de regulación del ente territorial especialmente en lo referente a la oferta pública y privada de servicios de salud y sociales del D.C.; y el funcionamiento de las tiendas naturistas y la publicidad para productos con indicaciones terapéuticas. Para esto es necesario fortalecer competencias y capacidad operativa del ente territorial, realizar armonización, revisión, fijación de competencias y establecimiento de mecanismos de control y establecer como metas a nivel jurídico lograr seguridad jurídica, realizar compilación y revisión de normas para aclaración de competencias y vacíos y lograr independencia para la regulación.

En el indicador seis respecto a la regulación del talento humano, se propone formular e implementar una política que apoye la gestión del talento humano del sector salud para el distrito, optimizar los convenios nacionales e internacionales para su perfeccionamiento y fortalecimiento y, adoptar mecanismos y asegurar recursos para seguridad e integridad personal de quienes laboran en el sector salud, especialmente en las áreas de trabajo de campo e IVC.

Se identificó que para avanzar en las metas propuestas, es necesario contar con otros actores además de los involucrados actualmente como son: Ministerio de Minas, Secretaría de Planeación y Hacienda Distrital, Concejo Distrital, Empresas Industriales y Comerciales del Estado: Acueducto, Gas Natural y Transmilenio, DPAE, Instituto Participación y Acción Comunal, Sindicatos y Agremiaciones, Superintendencia de cooperativas y los ciudadanos; situación que debe tenerse en cuenta a la hora de realizar los procesos de abogacía requeridos para avanzar en la implementación del plan de acción propuesto.

#### **4.2.3 Dimensión de Modulación del Financiamiento**

El ejercicio de mapeo de actores en esta dimensión ubicó como principales normas relacionadas las siguientes:

- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1122 de 2007
- Ley General de Presupuesto
- Decreto 111
- Decreto Distrital 318 de 2006
- Plan Maestro de Equipamientos en Salud
- Plan Nacional de Desarrollo
- Rentas Cedidas

Como instituciones responsables se mencionan en el nivel nacional el Congreso de la República, Ministerio de Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y el Consejo Nacional de Política Económica y Social en Salud (CONPES) y en el ámbito distrital la Alcaldía de Bogotá, Secretaría de Salud y Secretaría de Hacienda. La ejecución a nivel nacional corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y al Fondo de Solidaridad y Garantía y en el ámbito distrital a las Secretarías de Salud y de Hacienda.

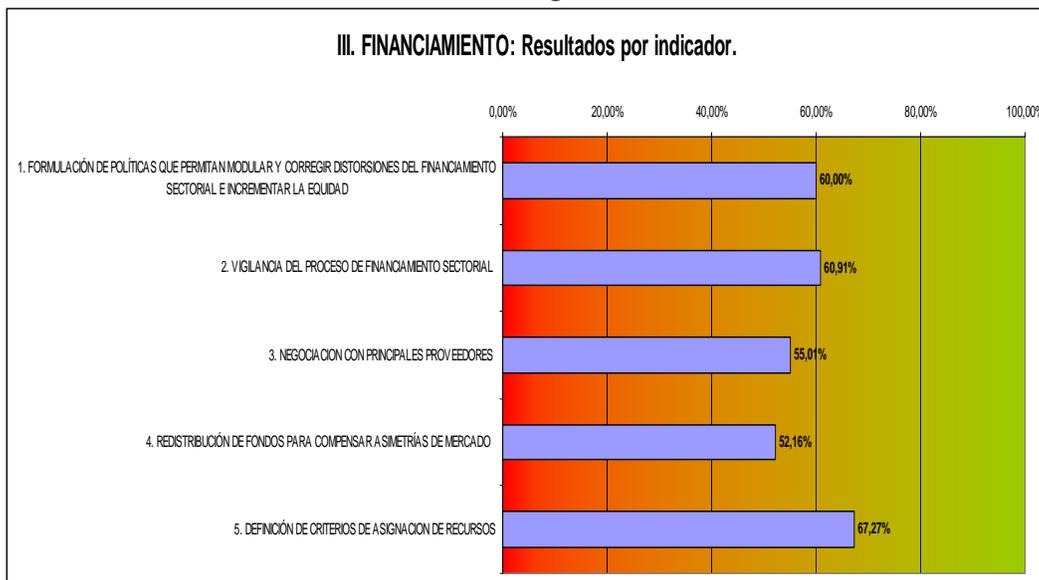
Respecto a las competencias territoriales a excepción del indicador 1, en el cual se identifican a la nación y al ente territorial y el indicador 5 en el cual solo se menciona al ente nacional, en los demás indicadores se identificaron como responsables a los tres niveles.

Como principales recomendaciones, los evaluadores expusieron: el Distrito debe contar con una política de financiamiento propia, asumir un papel más activo en la formulación de las políticas nacionales, definir exactamente el rol como vigilante de las múltiples funciones delegadas dentro del sistema, pues a pesar de los esfuerzos realizados para la recepción y administración eficiente de los recursos que le competen por ley hay debilidades en su asignación y vigilancia frente a las ESE y en la interventoría de recursos de la población vinculada, del régimen subsidiado y del Plan de Acciones Colectivas.

Respecto a la disponibilidad de recursos, el ente territorial debe avanzar en el logro del autosostenimiento, en lograr más recursos debido a la alta población migrante y al crecimiento de la demanda interna, y buscar nuevas fuentes de financiación internas y externas. Además se propone la eliminación de trámites que permita mayor gobernabilidad y autonomía; la creación de un fondo de recursos con destinación exclusiva para el sector salud; y la distribución de recursos de acuerdo a la población, sus necesidades y ubicación territorial, adoptando mecanismos que permitan la ejecución de la política basada en criterios técnicos.

La valoración del desempeño de esta dimensión mostró los siguientes resultados:

**Gráfica No. 5. Resultados de la valoración de la dimensión de Modulación del Financiamiento, Bogotá – D.C., 2008**



La dimensión en su conjunto fue valorada con un cumplimiento del 59%. Tres de los cinco indicadores sobrepasan el 60% de cumplimiento y los indicadores 3 y 4 contaron con el 55,01% y el 52.16% respectivamente. El indicador 5 que hace referencia a

Definición de criterios de asignación de recursos contó con la mayor valoración con un valor correspondiente al 67,27% otorgado por más del 90% de participantes; seguido de los indicadores 2 y 3 referentes a Vigilancia del proceso de financiamiento sectorial y Formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad, cuyos desempeños fueron valorados con el 60,91% y 60% también por la mayoría de los evaluadores (91,67% y 84,38%).

El proceso de negociación con principales proveedores correspondiente al indicador 3, se valoró en un 55,01% de desempeño por el 92% de participantes y la menor valoración sobre Redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, que alcanzó solo el 52,16% contó con un 26,4% de participantes que manifestaron no saber al respecto.

Acorde a lo anterior, se propone avanzar en el plan de mejoramiento alrededor de: Definición, implementación y evaluación de una política de financiamiento sectorial para Bogotá, permanente, que garantice sostenibilidad financiera con criterios de equidad, no regresividad y una completa correspondencia entre ésta y la política distrital de salud; avanzar de una vigilancia de gestión financiera y de auditoría de cuentas, a un esquema de asignación de recursos en función de transformación de calidad de vida y de salud con criterios de equidad; lograr nuevas fuentes de financiación internas y externas y autofinanciación; contar con mecanismos claros y precisos de asignación de recursos entre localidades que incorpore criterios territoriales, poblacionales y de necesidades de la población; asignación de recursos con criterios de eficiencia y equidad, y seguimiento a su adecuada utilización de manera que impacte los indicadores de salud de la población.

Para el desarrollo de lo propuesto además de los actores actualmente involucrados descritos en el mapeo, se identifica que es necesario contar con la participación de: empresas privadas, aseguradores, prestadores públicos y privados, organismos de cooperación internacional, loterías, licorerías, sector educativo (convenios docencia servicio), medios de comunicación, entes territoriales.

#### **4.2.4 Dimensión de Garantía del Aseguramiento**

El ejercicio de mapeo de autoridad sanitaria correspondiente a esta dimensión ubicó como principales normas relacionadas con el tema, las siguientes:

- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Decretos 2591/91, 806, 4747/07
- Resoluciones 5261, 412, 389
- Acuerdos 72, 306, 238,336, 282, 306

También se identificaron otras normas que definen los: Manuales tarifarios, Regímenes de Excepción (Ministerio de Defensa, Magisterio, Ecopetrol), Planes complementarios, más los acuerdos que defina el Consejo Distrital de Bogotá y las Circulares de la SuperSalud.

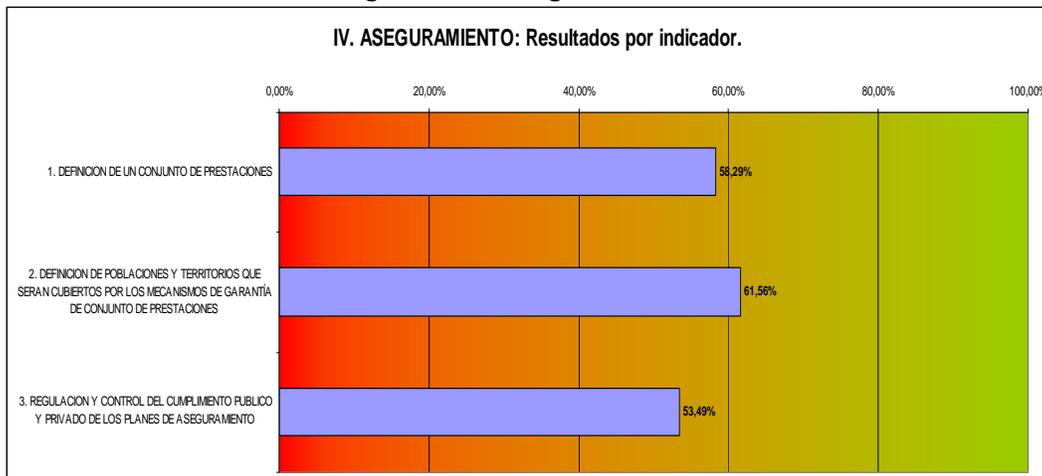
Entre las instituciones responsables del desarrollo de las competencias evaluadas en los indicadores de esta dimensión se encuentran a nivel nacional el Ministerio de Protección Social, Supersalud, Seguro Social; y a nivel distrital la Alcaldía de Bogotá, SDS, Juzgados, Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, instituciones prestadoras de servicios de salud de regímenes especiales, empresas de medicina prepagada que aseguran y prestan servicios.

Las instituciones involucradas en la ejecución son: SDS, entidades responsables del pago según plan de beneficio: contributivo, subsidiado, planes de de los regímenes de excepción y complementarios, Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, y entidades prestadoras de servicios aunque algunas de las instituciones involucradas puedan ser de carácter nacional y tener presencia de diferentes territorios, como es el caso de las EPS.

Dentro del análisis del mapeo en esta dimensión los evaluadores proponen igualar los planes de beneficios incluidos los regímenes excepcionales, definir planes amplios pero limitados a financiación, definición de un plan de beneficios para la población que se encuentra en la categoría de vinculados y contar con un sistema de información que permita identificar plenamente al usuario y a las responsables del pago de su atención, al igual que en la posibilidad de la EPS Distrital. Se consideró también importante respecto a la vigilancia y control, garantía de la calidad y centros reguladores de urgencias, poder contar con mayores herramientas jurídicas para el control y propender por mayor complementariedad en la regulación y control entre la Superintendencia de Salud y los entes territoriales respecto a las competencias prevalentes y concurrentes.

Los resultados de la valoración de los indicadores fueron los siguientes:

**Gráfica No. 6. Resultados de la valoración de la dimensión de Garantía del Aseguramiento, Bogotá – D.C., 2008**



La dimensión fue valorada en un 57,78% de cumplimiento. El indicador 2 que se refiere a Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía de conjunto de prestaciones, contó con un 61,56% de desempeño; seguido del proceso de Definición de un conjunto de prestaciones,

valorado en un 58,29% de cumplimiento, por la mayoría de participantes (92,36% y 97,22% respectivamente).

El tercer indicador contó con la valoración más baja (53,49%) con participación del 77% de evaluadores, el restante 23% opinó en un 13,19% no saber al respecto y un 9,72% que el proceso no compete al nivel distrital. Sin embargo a su interior el proceso más crítico es el de Vigilancia de la liquidez y solvencia financiera de las aseguradoras, sobre el cual un 18,75% de los participantes opina que eso no es competencia de la ASD y un 20% manifiesta no contar con información para valorarlo.

Con respecto al plan de mejoramiento las principales metas a lograr son:

1. Igualar de manera gradual los planes de beneficios y contar con su regulación a cargo de las autoridades sanitarias territoriales;
2. Disponer de un sistema de información único e integrado que permita no solo disponer de información inmediata y confiable sino usarla para la focalización y priorización de población y territorios de manera que gradualmente se logre la protección social a la población más vulnerable, teniendo en cuenta la disponibilidad finita de recursos;
3. Anualmente obtener y brindar información referente al conjunto de prestaciones de manera precisa, oportuna, clara al usuario y a los demás actores del SGSSS;
4. Eliminar las causas de tutela, quejas y barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud generadas por la falta de aplicación de los planes de beneficios y unificar un sistema de respuestas a las quejas, solicitudes y derechos de petición; y
5. Lograr la complementariedad en la regulación y control de la Superintendencia Nacional de Salud y la SDS teniendo en cuenta las competencias prevalentes y concurrentes y contar con una revisión de toda la normatividad y la competencia del Centro Regulador de Urgencias.

El grupo de evaluadores de la dimensión consideró que el instrumento debe ser revisado, en tanto que los tres indicadores evaluados no dan cuenta en su totalidad de la complejidad de funciones que atañen al aseguramiento tal como esta definido actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como: Garantía del acceso y garantía de prestaciones de cobertura de servicios de salud para toda la población independiente del régimen que le protege, análisis del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud, cobertura de servicios fuera de planes de atención, en consecuencia de los fallos de tutela y sentencias de la Corte.

#### **4.2.5 Dimensión de Armonización de la Provisión de Servicios**

El mapeo de la ASD en esta dimensión refiere como principales normas relacionadas:

- La Constitución Política de 1991;
- Leyes: 9/74, 10 y 29/90, 100/93, 715/01, 872/2003, NTC GP 1000/04, 1122 y 1164/07, Ley 734 sobre Código Único Disciplinario y Ley de Ciencia y Tecnología.
- Decretos: 1571/93, 049 y 061/03, 387, 515, 2493, 3260 y 4110/04, 1599 y 5108/2005; 1011/06; 2913 y 4747/07.

- Resoluciones: 9031/90, 5261/94, 1448; 901 y 4745/96; 434/01; 1367 y 581/04, 2500/05; 1043, 1445, 1446, 2406 y 2933/06; 2680, 196 y 4725/07,
- Planes: Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Salud Pública, Plan de Desarrollo Distrital, Plan Territorial de Salud, Plan Estratégico de la SDS, Plan Operativo y Plan Bienal de Inversiones en Salud.
- Acuerdos: 20/90, 16/92, 19/96, 122/02, 301 a 307/05, 17 y 18/08; 228, 236, 263, 282, 236 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Circulares 047 y 049/07, Códigos de Ética de las Profesiones, Ideario Ético Distrital, Código Contencioso Administrativo, Directiva 0205 de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Las instituciones responsables del desarrollo de las funciones son en el nivel nacional: el Congreso de la República, Ministerio de la Protección Social, CONPES Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión Reguladora y CNSSS, Instituto Nacional de Salud, INVIMA, EPS, ARP, Asociaciones Científicas y Tribunales de Ética, DAFP, Colegios Profesionales, INGEOMINAS, Ministerio de Ambiente, Ministerio de Educación, y en el orden territorial: las Asambleas Departamentales de Cundinamarca, SDS, Concejo de Bogotá, Prestadores de Servicio, Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Planeación, Contraloría y Veeduría.

La ejecución esta a cargo de CONPES, Supersalud, Comisión Reguladora (CNSSS), Ministerio de la Protección Social, INVIMA, Instituto Nacional de Salud (INS), Prestadores de Servicio, EPS, ARP, Asociaciones Científicas y Tribunales de Ética, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Concejo de Bogotá, SDS, IPS, ESSES, Alcaldías Locales, Contraloría Distrital, Procuraduría, Defensoría, Veeduría, Personería, COPACOS, Asociaciones de Usuarios JAL, Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Secretaría Distrital de Planeación, Departamento Administrativo de la Función Pública, Colegios Profesionales, Jueces de la República.

Las sugerencias del grupo de evaluadores de esta dimensión respecto al mapeo de la autoridad sanitaria se relacionaron con: Desarrollar e implementar un sistema integrado de información que incluya a todos los actores del sistema de salud, públicos y privados, prestadores y administradores y generar la normatividad para que de manera concreta y clara se pueda desarrollar este componente, con el objetivo de que la Autoridad Sanitaria Territorial pueda realizar una planeación de servicios de salud territorializada, integral y armonizada para optimizar la oferta disponible y garantizar una atención oportuna, equitativa, de acuerdo a las necesidades de salud de la población eliminando barreras de acceso.

Dentro del ejercicio de la rectoría se deben reglamentar políticas distritales de salud pública para evitar barreras de acceso del aseguramiento entre pagadores y proveedores para la atención oportuna de los usuarios, unificar la oferta de servicios para el régimen contributivo y régimen subsidiado y establecer normativamente estímulos a prestadores y talento humano para que se ubiquen en zonas y territorios de baja cobertura al alto riesgo, condiciones de seguridad y difícil acceso geográfico, e implementar convenios ínter administrativos y/o contratos entre la red pública y privada a fin de eliminar barreras de acceso, mejorar la calidad de la atención y propender por implementar economías de escalas.

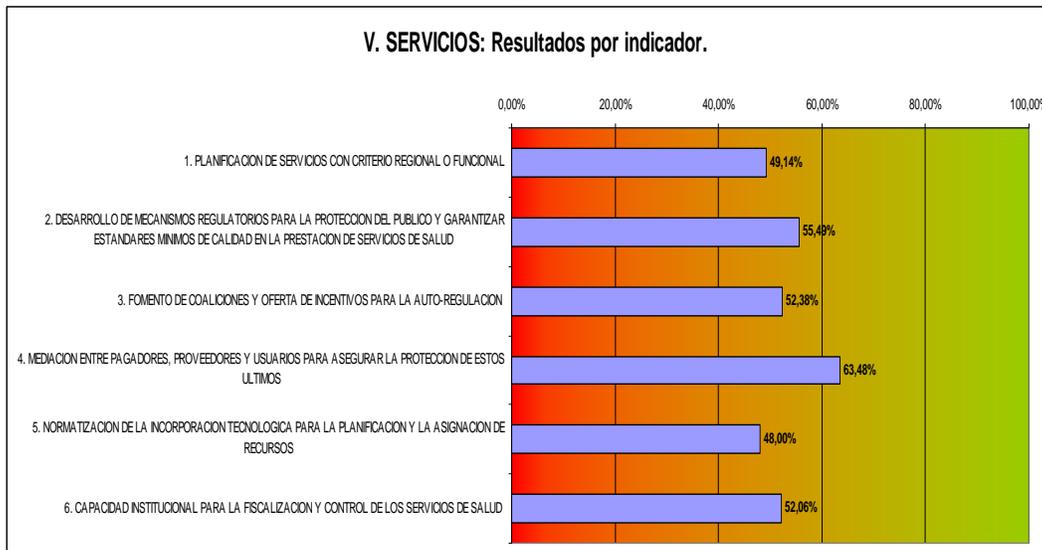
Se hace necesario un ajuste estructural y funcional de la Autoridad Sanitaria que permita la articulación de los diferentes actores que realizan procesos de vigilancia y control (aseguramiento, salud pública y prestadores) hacia la garantía de la calidad y

acceso a servicios y generar instrumentos que permitan la socialización de la evaluación de los estándares de garantía de la calidad en todos los ámbitos, con ajuste de la normatividad sobre habilitación referente a las visitas de verificación en campo, sin previo aviso.

Regular la política de talento humano atendiendo a lo dispuesto en la Ley 1164/2007, respecto las formas de vinculación laboral, Cooperativas de Trabajo Asociado, Contrato de Prestación de Servicios, trabajadores temporales y de planta y nivelar honorarios por profesiones y ocupaciones en el sector salud. Respecto a ciencia y tecnología se debe generar una política distrital que contemple la asignación de recursos financieros que propendan al desarrollo tecnológico en los servicios de salud públicos y privados, realizar evaluación de costo-eficiencia y costo-efectividad de nuevas tecnologías y de tecnologías de punta y uso de las existentes, inventarios y caracterización de tecnologías y establecer una política de planificación y regulación que conlleve a una adecuada distribución y desarrollo de servicios de alta complejidad.

La valoración del desempeño de esta dimensión contó con los siguientes resultados:

**Gráfica No. 7. Resultados de la valoración de la dimensión de Armonización de la Provisión, Bogotá – D.C., 2008**



Esta dimensión entre las cinco evaluadas fue la que contó con menor ponderación del cumplimiento siendo del 53,43%. De los seis indicadores que la componen, sólo el 4 que corresponde a la Mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos, superó el 60% siendo valorada con un 63,48% por el 95,83% de participantes.

Los indicadores 2, 3 y 6 correspondientes a Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios de salud, Fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la auto-regulación y Capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud, fueron valorados con cumplimientos del 55,49%, 52,38% y 52,06%

respectivamente. Respecto al proceso del indicador 5 un 16,67% de los participantes manifestó no saber del tema.

El indicador 1 respecto a la Planificación de servicios con criterio regional o funcional y normalización de la incorporación tecnológica para la planificación y el 5 correspondiente a la asignación de recursos, contaron con las valoraciones más bajas no solo al interior de la dimensión sino con respecto a todos los demás indicadores de las restantes cuatro dimensiones evaluadas, y tuvieron calificaciones de 49,14% y 48% respectivamente; con la participación de la mayoría de evaluadores en el caso del indicador 1 (97,22%) y del 83% para el indicador 5 en el cual, casi un 17% respondió que no sabía.

Las metas propuestas en el plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos plantean: Ejecución del PMES y de los proyectos que incluye contar con un sistema de información integral en salud con información actualizada, disponible y oportuna sobre oferta pública y privada (capacidad instalada y producción de servicios), redes, talento humano, población, afiliación al SGSSS, habilitación, calidad; que permita realizar periódicamente análisis integral de la situación del talento humano en salud y de la oferta de servicios de salud individuales y colectivos públicos y privados de acuerdo a las necesidades de salud de la población, con una metodología estandarizada.

Consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia en la red pública para los diferentes servicios de las ESE y posteriormente darle alcance de ciudad; fortalecer la prestación de servicios en red para la atención de eventos prioritarios en la red pública; socializar, ajustar e implementar la política de prestación de servicios, acorde al modelo de atención definido para la ciudad; definir proyectos para fortalecer las acciones de promoción de la cultura de la calidad tanto en aseguradores como en prestadores y en los usuarios de los servicios de salud; diseñar e implementar una estrategia de comunicación y difusión masiva sobre normas y procesos de calidad e IVC a prestadores, aseguradores y comunidad. |

Reorganizar funcionalmente la SDS creando una dependencia de calidad que lidere y unifique las acciones de IVC desde el aseguramiento, la salud pública y la prestación de servicios de salud; unificar, complementar y articular procesos de inspección, vigilancia y control con los otros actores que ejercen funciones de control: fiscalías, INVIMA, Supersalud; priorizar recursos económicos en la SDS para garantizar la adecuada cobertura y continuidad de las acciones de asesoría, inspección, vigilancia y control; diseño e implementación del módulo de calidad de los servicios de salud incluido en el sistema distrital de información en salud.

Certificar y acreditar a la SDS en el cumplimiento del SOGC y sistemas de gestión de calidad - GP1000, fortalecimiento del MECI en la SDS y en las ESE adscritas; promover la acreditación de prestadores públicos y privados de servicios de salud, lograr la acreditación de 8 ESE adscritas a la SDS en 2011; y certificar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los prestadores de servicios de salud en la ciudad. Verificar el cumplimiento del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), en los prestadores de servicios de salud como herramienta de autocontrol y, promover en los aseguradores y prestadores de servicios de salud, el compromiso con el servicio, la atención humanizada, la ética, la vocación de servicio y el autocontrol.

Fortalecer la rectoría de la SDS sobre aseguradores y prestadores, en especial del régimen contributivo; desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación al proceso de recepción y atención a quejas y reclamos de aseguradores y prestadores públicos y privados; empoderar a la comunidad para la exigencia de sus derechos en salud; agilizar y fortalecer los procesos de vigilancia y control y de sanción por incumplimiento de las normas y priorizar recursos económicos para garantizar la suficiencia del talento humano para la adecuada cobertura y continuidad de las acciones de IVC y competencias de fiscalización una vez definidas.

Definir e implementar a nivel distrital una política integral de talento humano que incluya los componentes de formación, contratación, y remuneración, entre otros; desarrollar la política de provisión de servicios de salud individuales y colectivos y hacer alianzas con el sector educativo para formación del talento humano en salud según necesidades de la población.

Normalizar la creación de centros distritales de referencia de alto desarrollo tecnológico para oferta de servicios de alto costo; definir y aplicar lineamientos para evaluación e incorporación de tecnología biomédica en la ciudad; disponer de recurso humano competente y específico para el tema de evaluación de tecnologías biomédicas; realizar análisis integral de situación, uso, costos e impactos de la tecnología biomédica, como base para la planificación y organización en red de la oferta pública de servicios de salud.

## **5. Identificación de las Áreas de Intervención Prioritarias para el Plan de Mejoramiento Institucional**

De acuerdo a una revisión específica de los procesos que valoran cada uno de los indicadores en las correspondientes dimensiones, se ubican como áreas prioritarias de intervención para cada una de ellas, las siguientes:

### *Conducción*

Participación política y técnica en organismos internacionales, regionales y subregionales, es un proceso prioritario a fortalecer en el nivel subregional a partir del reconocimiento y fortaleza técnica reconocida no solo a la SDS, sino a otras iniciativas lideradas por el sector y con desarrollo intersectorial que pueden ser y han sido modelo para el país; con otras regiones, a partir del reconocimiento de experiencias exitosas que pueden ser retomadas y adaptadas al distrito capital en el marco de propuestas de desarrollo como ciudad región; y a nivel internacional, no solo para fortalecer la capacidad técnica sino la cooperación en términos de recursos para el sector que pueden apoyar el avance hacia la autosostenibilidad que requiere. De otro lado la participación política es necesaria teniendo en cuenta el peso que tiene cualquier instancia del nivel distrital considerando la magnitud de la población y la complejidad que alberga por ser la capital del país y el impacto que se genera desde allí para las demás regiones.

Respecto al análisis de situación de salud es necesario avanzar en la armonización de metodologías existentes que permitan realizarlo con un enfoque de determinantes sociales coherente con la política de salud actual, aprovechando los desarrollos de análisis e información existente en el sector y otros sectores y corrigiendo deficiencias de información, en elementos tan importantes como seguimiento de morbilidad con

participación efectiva de aseguradores y prestadores. Situación que justifica una vez más lo ratificado en varias de las dimensiones concerniente a la necesidad del sistema unificado de información.

En los indicadores de formulación de políticas, planes y programas de salud y evaluación del sistema de salud, el proceso requiere fortalecimiento de su monitoreo, evaluación y divulgación de resultados.

### *Regulación*

El proceso prioritario en esta dimensión por la valoración mas critica es la regulación y certificación de recursos humanos en salud, en sus tres áreas de caracterización de la oferta de trabajo, definición de estándares y certificación de instituciones formadoras del recurso humano. A pesar de que un porcentaje importante de evaluadores manifestaron desconocimiento al respecto o no de la competencia de la autoridad sanitaria; es necesario avanzar tanto en la definición de competencias como en el desarrollo de lo que se permite y debe hacer el distrito capital al respecto.

Las normativas para el control sanitario del medio ambiente aparecen como el segundo proceso mas critico en la dimensión teniendo posibilidades de intervención intersectorial y avances importantes de coordinación que pueden permitir la intervención en el mediano plazo.

También se ubica como prioritario el proceso de avances en el marco situacional y respaldo legal para el ejercicio de la función reguladora y regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria, en el cual es necesario con prontitud definir las diferencias que se presentaron respecto al desconocimiento del mismo y la responsabilidad de la autoridad sanitaria para poder emprender las acciones necesarias.

### *Modulación del Financiamiento*

Las prioridades están en el proceso de negociación con principales proveedores, dentro del cual es necesario fortalecer lo relacionado con la cooperación internacional; en segunda instancia lo referente a la redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, específicamente en la redistribución de fondos entre seguros.

### *Garantía del Aseguramiento*

El principal proceso a fortalecer es el de regulación y control del cumplimiento publico y privado de los planes de aseguramiento, específicamente en lo concerniente al cumplimiento mismo de los planes en ambos sectores y a la vigilancia de la liquidez y solvencia financiera de las aseguradoras aunque en este ultimo caso se requiere avanzar en la definición y alcance de las competencias para hacerlo.

En segundo lugar se requiere respecto a la definición del conjunto de prestaciones continuar con los desarrollos respecto a la población en categoría de vinculado y con especial énfasis en la homologación de los planes sin excepciones.

### *Armonización de la Provisión de Servicios*

Los procesos prioritarios de atención son la planificación de servicios con criterio regional o funcional y la normalización de la incorporación tecnológica para la planificación y la asignación de recursos; seguidos de la capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud especialmente en lo que se refiere a la caracterización de la fuerza de trabajo en salud en el país, prioridad que concuerda con otros desarrollos necesarios al respecto ya mencionados en la dimensión de regulación.

Menos prioritarios pero no por ello menos importantes de intervenir son el fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la auto-regulación y desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios de salud, este último con especial énfasis en la acreditación de instituciones públicas y privadas de salud.

## **6. Conclusiones**

El resultado del mapeo de actores se constituye en una herramienta estratégica para construir propuestas de nuevas normativas o revisión, ajuste y adopción de las existentes para avanzar en el ejercicio de rectoría, además de proveer un panorama amplio de los actores que deben intervenir en la misma información valiosa para continuar trabajando con quienes hasta el momento han estado en el proceso, así como para convocar a aquellos que se han identificado y no se han involucrado en el mismo.

Es necesario impulsar procesos normativos en términos de propuestas o modificaciones a normas existentes, que permitan asumir al ente territorial las funciones y desarrollo de competencias, para un proceso real de rectoría sanitaria, pues en contextos de ciudades de la complejidad del distrito capital, a pesar de estar tan cerca físicamente de los entes de carácter nacional que actualmente deben asumir algunas competencias, esto no garantiza que su ejecución se de con la celeridad y calidad que se requiere; y si resta capacidad de rectoría a la autoridad sanitaria distrital.

Continúa siendo prioritario el desarrollo de un sistema de información a nivel de todos los procesos que alberga la responsabilidad de la rectoría sanitaria y continúa identificándose como una de las mayores debilidades del sector para la toma de decisiones, asignación de recursos, seguimiento, control y evaluación.

Se hace necesario insistir en los procesos de descentralización pero acompañados de bases normativas y legales que permitan asunción de competencias y responsabilidades a nivel territorial para poder regular, fiscalizar y conducir efectivamente un sector tan amplio y complejo como el de las instituciones que intervienen en un sistema como el que actualmente se desarrolla y opera en el país y en el Distrito Capital.

La priorización de intervenciones de acuerdo a los resultados de la medición debe permitir en armonía con lo planteado en el Plan de Desarrollo de la actual administración y en el plan territorial de salud pública, trazar los derroteros de las prioridades a seguir en el mediano plazo y constituirse en sí misma en una línea de

base para la evaluación y monitoreo de los avances que se realicen acordes al plan que finalmente se adopte al respecto.

## **7. Recomendaciones**

### **Metodológicas**

Conservar para el mapeo de la Autoridad Sanitaria el instrumento propuesto inicialmente por la OPS. A pesar del mismo ser más largo permite mayor claridad en la identificación de normas y actores responsables por niveles, cuando se une como se propuso en el ejercicio distrital. Terminaron modificándose las matrices para hacer explícito tanto el nivel de la norma como de las instituciones responsables, conservando la inclusión de la columna de observaciones que permite recoger las propuestas sobre necesidad de nueva normatividad, actualización o modificación de la existente y otra información pertinente en el mapeo.

### **Para la acción**

Para avanzar en el fortalecimiento de la rectoría la SDS requiere como líder de la misma en el distrito capital fortalecer los procesos de coordinación intersectorial con las instancias con quienes trabaja actualmente e iniciar la coordinación con aquellos que deben involucrarse de acuerdo a las dimensiones de competencia según los resultados del mapeo de actores. Usar los resultados de la evaluación para definir prioridades de intervención aprovechando el momento coyuntural de definición del plan de desarrollo de la ciudad y el plan territorial de salud.