



Bogotá, 03 de junio de 2022

CAC5220

Doctora

Claudia Milena Cuellar Segura

Directora de Epidemiología y Demografía

Ministerio de Salud y Protección Social

La ciudad

Referencia: Observaciones al proyecto “Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y se dictan otras disposiciones”

Respetados doctores, reciban un cordial saludo.

De manera atenta, me permito remitir las observaciones al proyecto de resolución de la referencia en los siguientes términos:

OBSERVACIONES EN EL ARTICULADO:

El artículo 2 del proyecto de resolución, señala:

Artículo 2. Ámbito de aplicación: La presente resolución aplica para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social y cualquier otra institución o sector que ejerza funciones relacionadas con la salud pública y la gestión de los determinantes sociales de la salud que aporten al cumplimiento de los fines, metas, ejes estratégicos, el sistema de gestión integral territorial de la salud pública, recursos operativos y demás aspectos señalados en el Plan Decenal de Salud Pública, así como la ciudadanía y sociedad civil organizada

Observación: Se sugiere incluir las entidades a quienes aplica exactamente en virtud del marco normativo que sustenta el contenido de esta disposición legal.

El artículo 4 del proyecto de resolución, señala:

Armonización de políticas públicas en salud: El Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá seis (6) meses para desarrollar el proceso técnico de armonización de políticas vigentes relacionadas con la gestión de la salud pública y el PDSP.



Observación: Se sugiere, incluir que el plazo máximo será de 6 meses a partir de la expedición de esta norma, para que se surta el proceso técnico de armonización de las políticas vigentes, relacionadas con la gestión de la salud pública y el PDSP.

El artículo 5 del proyecto de resolución, señala:

Responsabilidades de las entidades territoriales: Las entidades territoriales en el marco de sus competencias deberán adoptar, adaptar e implementar los elementos estratégicos y operativos del PDSP 2022-2031 de conformidad con las necesidades, condiciones y características de su territorio a través del Plan Territorial de Salud, para lo cual deberán garantizar las instancias y procesos de participación social y ciudadana para la gestión de la salud pública. Las entidades territoriales adoptarán las metodologías, herramientas y procesos que proponga el Ministerio de Salud y Protección Social para la planeación territorial, monitoreo, seguimiento y evaluación.

Observación: Se sugiere incluir la fecha máxima en que el ente rector expedirá las metodologías, herramientas y procesos para la planeación territorial, monitoreo, seguimiento y evaluación.

En el párrafo del artículo 6, del proyecto de resolución, se dispone:

Parágrafo: Las organizaciones y el operador deben asegurar la implementación de los principios de gobernanza de información anteriormente definidos y contar con soportes que permitan identificar este cumplimiento.

Observación: Se sugiere aclarar qué servicios de salud pública deberán garantizar las EAPB y cómo se armonizan estos con el plan de beneficios.

En el párrafo 1 del artículo 9, del proyecto de resolución, se dispone:

Parágrafo 1. Las Direcciones Territoriales deberán realizar un plan de fortalecimiento de capacidades, competencias y procesos basado en un diagnóstico de capacidades el segundo semestre del año 2022, de acuerdo a las directrices y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Observación: Esta actividad implica una responsabilidad para las direcciones territoriales al segundo semestre de 2022, y a la fecha no hay lineamientos.

El artículo 10 del proyecto de resolución, señala:

Progresividad y gradualidad en la implementación del PDSP 2022- 2031. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de doce (12) meses a partir de la publicación de este acto administrativo para desarrollar, publicar y apoyar la implementación de las diferentes herramientas y metodologías para la planeación y gestión territorial integral de la salud pública.



Los diferentes actores sectoriales e intersectoriales tendrán doce (12) meses a partir de la publicación de este acto administrativo para fortalecer sus capacidades operativas teniendo en cuenta los nuevos elementos estratégicos y operativos del PDSP y su posterior establecimiento en el Plan Territorial de Salud.

Observaciones:

- Este término es muy amplio, dado que en el proyecto se establecen términos de seis meses, para actividades también relacionadas con este punto.
- Así mismo se sugiere determinar exactamente a qué actores sectoriales e intersectoriales se aplica esta responsabilidad y a qué capacidades operativas se refiere.

El artículo 11 del proyecto de resolución, señala:

Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá desarrollar los instrumentos normativos y operativos para implementar los procesos que garanticen la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública en un plazo no mayor a doce (12) meses posteriores a la expedición de este acto normativo.

Observación: Se sugiere armonizar los tiempos para desarrollar los instrumentos normativos y operativos por parte del ente rector y los tiempos para cumplir los destinatarios de la norma en lo atinente a la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

El artículo 12 del proyecto de resolución, señala:

Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de 6 meses para adecuar y poner en marcha el sistema. Para ello deberá incorporar procesos, acciones y herramientas para garantizar la efectividad y eficiencia en la generación, análisis del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.

Parágrafo. Los entes territoriales deberán garantizar los procesos para la oportunidad en el reporte, de acuerdo a las directrices que emita el Ministerio.

Observaciones:

- Se sugiere armonizar los tiempos, por cuanto en otros apartes del proyecto de norma se establecen 12 meses para actividades similares.
- Se sugiere precisar a qué se refieren con la oportunidad del reporte, qué incluye ese reporte y cuál es el plazo máximo del ministerio para la expedición de esas directrices.

El artículo 13 del proyecto de resolución, señala:

Evaluación del PDSP 2022-2031. La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social



definirán los marcos conceptuales y estandarizarán las metodologías de la evaluación de proceso, resultados e impacto del PDSP acorde a los estándares y referentes nacionales e internacionales vigentes.

La evaluación se realizará cada tres (3) años con base la información suministrada por los diferentes actores responsables de la implementación del plan.

Observaciones:

- Se sugiere precisar, en qué tiempo máximo se definirán los marcos conceptuales y estandarizarán las metodologías de la evaluación del proceso, los resultados e impacto del PDSP acorde a los estándares y referentes nacionales e internacionales vigentes.
- Se sugiere incluir cuáles son los estándares y referentes nacionales e internacionales vigentes.
- Se sugiere precisar cómo se hará esa evaluación, y definir claramente quienes son los actores responsables de la implementación.

El artículo 14 del proyecto de resolución, señala:

Sostenibilidad financiera de la gestión del PDPS. La sostenibilidad financiera de gestión del PDSP considerará: i) la gestión de recursos financieros RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2021 Hoja No. 6 de 6 Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y se dictan otras disposiciones” intersectoriales de acuerdo a las competencias de cada sector que tenga incidencia sobre los determinantes sociales de la salud, de acuerdo al plan de trabajo intersectorial aprobado por la Comisión Intersectorial de Salud Pública, y ii) Gestión de recursos financieros sectoriales de acuerdo a las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Las Entidades Territoriales deberán garantizar la asignación y gestión equitativa de los recursos, así como el uso responsable y eficiente de los mismos en el marco de la Ley y de los fines propios del PDSP.

Observaciones:

- Se sugiere incluir claramente qué se entiende por la gestión de recursos financieros intersectoriales, y si esto implica aportar, y quiénes y en qué condiciones lo harán.
- Se sugiere incluir claramente qué se entiende por gestión de recursos financieros sectoriales de acuerdo con las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y si esto implica aportar, y quienes y en qué condiciones lo harán.
- Se sugiere incluir claramente qué es la gestión equitativa de recursos, cómo garantizan las entidades territoriales esa asignación y el uso responsable y eficiente de los mismos en el marco del PDSP.

**El artículo 15 del proyecto de resolución, señala:**

Modalidades de contratación para la gestión del PDSP. Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán incorporar modalidades de contratación que garanticen el logro de las metas del plan de manera eficiente, de acuerdo a sus competencia y acorde a las disposiciones legales vigentes.

Observaciones: Se sugiere incluir claramente a qué modalidades de contratación se refieren y en qué marco normativo se sustentan las mismas.

El artículo 19 del proyecto de resolución, señala:

Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, deroga la Resolución 1841 de 2013 una vez se haya surtido la armonización de los Planes decenales.

Observación: Se sugiere determinar el plazo máximo para la armonización de los planes decenales, y la forma en que se surtirá el mismo.

OBSERVACIONES EN EL ANEXO TÉCNICO:**En el Capítulo 3. Análisis de Situación de Salud en Colombia 2020-2031, se dispone:**

Apartado Fuentes de Información (página 69).

“Aquellos indicadores que fueron obtenidos con desagregaciones mucho más detalladas y sin consolidados departamentales y nacionales (por ejemplo, con desagregaciones por sexo, municipio, EPS) no fueron procesados individualmente con la información disponible para evitar discrepancias con reportes oficiales. De esta manera, estos indicadores provenientes de la Cuenta de Alto Costo y no fueron procesados para los análisis del estudio transversal”

Observaciones:

- Consideramos que esta afirmación no es cierta, en todos los requerimientos de información entregados al MSPS, siempre se solicita y dispone la información nacional y por las desagregaciones definidas, y contamos con la evidencia de ello y que así fueron contestados. De igual forma, tanto en los libros de situación de la enfermedad como en HIGIA, se cuenta con el dato nacional para los indicadores de morbilidad y de gestión del riesgo. Por lo anterior la forma en la que justifican la NO inclusión de la información CAC en los análisis no es válida. Por lo anterior solicitamos la aclaración y corrección respectiva.
- De igual forma, en las mesas de trabajo, en las cuales el MSPS manifestó que en algunas enfermedades no se disponía de información, aclaramos que, si se disponía, que no había ausencia de información, que reposa en el ministerio, que la conocen los actores,



es de libre acceso y ha sido difundida por la CAC. Este caso puntual se registró en la mesa de artritis reumatoide, donde además se reiteró que el registro CAC constituye el más grande en el mundo y es reconocido por organismos científicos nacionales y regionales.

Por lo tanto, y dado que la CAC entregó la información solicitada por la Universidad de los Andes y el Ministerio en los diferentes requerimientos para el PDSP, es importante mencionar que también ha suministrado la información de las enfermedades objeto de seguimiento a las diferentes políticas como plan nacional de desarrollo, la medición del gasto en salud en VIH, plan de ONUSIDA, plan de control del cáncer y a los diferentes organismos de control, por lo que solicitamos respetuosamente la revisión de la redacción de este punto y su corrección.

Capítulo 5. Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se dispone:

Página 191. Mencionan:

“A 2031, Colombia aumentará en sobrevida global en 5 años, para cáncer de mama en 7% (Línea de base: 80,8%. 2012)”

Observación: Se menciona que la supervivencia en el cáncer de mama debe aumentar un 7% partiendo de una línea de base del 80% al 2012. Sin embargo, no referencian la fuente que se tomó para establecer esta medición basal. Es llamativo que este valor de referencia es superior al presentado en otras fuentes como el registro poblacional de Cali, en el que para el periodo 2000-2004, la supervivencia neta a los 5 años fue del 74,4%. En términos de supervivencia global, según las estimaciones del registro administrativo de la CAC para los periodos 2015-2021 este valor a los 5 años fue de 74,8% (IC 95%: 74,1-75,5). Esta estimación, al incluir el periodo 2021, que representó la fase inicial de la emergencia sanitaria disminuyó a 71,7% (IC 95%: 70,8- 72,7). (Información no publicada).

Adicionalmente, es importante revisar si la meta estará formulada en términos de supervivencia global (observada) o neta, siendo esta última la medida más robusta en cáncer y la más utilizada para realizar comparaciones internacionales en tanto se ajusta por la experiencia de mortalidad de la población y es la más utilizada para evaluar el impacto de las políticas públicas.

De acuerdo con los resultados del estudio CONCORD-3 (enlace: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879496/pdf/nihms940842.pdf>), los resultados de supervivencia neta a 5 años para Colombia para el periodo 2010-2014 de acuerdo con la información suministrada por 4 registros poblacionales fue del 72,1% (IC 95%: 69,0-75,4).



Adicionalmente, es importante mencionar que al evaluar la tendencia de los resultados presentados en el estudio CONCORD-3 con respecto al cáncer de mama y a los otros incluidos en esta meta, el cambio a través de los años es lento. En este sentido, es necesario conocer la forma en la que se proyectó el incremento del 7% que mencionan, ya que la tendencia con estimaciones poblacionales en países de ingresos bajos y medios muestra avances lentos en periodos más largos (14 años, como lo evalúa CONCORD-3). Además, es importante que se mencione si esta tendencia se analizó a la luz del efecto de la emergencia sanitaria, especialmente, cuando se planteó una supervivencia global que considera la mortalidad por cualquier causa. Lo anterior puede ejemplificarse con la información del registro según resolución 0247, registro de cáncer que recoge los datos del sistema general de seguridad social del país por disposición del Ministerio de Salud y protección social.

Por las razones anteriores, sugerimos que la línea basal sea planteada en términos de supervivencia neta tomando como referencia los resultados del estudio CONCORD-3 como se expuso previamente. En el caso de optar por supervivencia global, las estimaciones de la CAC ofrecen un alcance nacional en el marco del aseguramiento. Esta observación debería aplicarse a los demás tipos de cáncer mencionados. Es vital que las líneas de base que orienten la medición del impacto de la política pública estén sustentadas en estimaciones de tipo poblacional o registros administrativos de alcance nacional, con metodologías robustas y aceptadas internacionalmente que permitan la comparabilidad.

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES DEL ANEXO TÉCNICO:

- En ninguna parte del anexo técnico se mencionan las enfermedades o condiciones priorizadas según curso de vida o enfoque de riesgo. Es importante conocer cuáles fueron las seleccionadas debido a que en cáncer se indicó incluir las leucemias y linfomas en adultos, el melanoma y el mieloma múltiple.
- No se encuentran las acciones para las condiciones priorizadas en los dos enfoques: curso de vida y grupos de riesgo.
- En general, llama la atención que dentro del diagnóstico no se haya incluido VIH, ERC, AR, DM.
- En las mesas se indicó la necesidad de que las acciones priorizadas sean socializadas.
- En la sección de agradecimientos se incluyeron el INS, IETS, INC, ADRES entre otras entidades y la CAC no fue tomada en cuenta. Ante lo anterior, manifestamos nuestra inconformidad porque hemos participado en todas las convocatorias realizadas, en las mesas de trabajo, participando activamente no pasivamente y aportando toda la información que nos requirieron durante la construcción del plan.
- Finalmente, un punto bastante crítico del que no se ha generado discusión al respecto es el de la definición de los indicadores. En este sentido, consideramos fundamental que se prioricen espacios de discusión frente al tema.



Agradecemos la invitación a participar en la construcción de esta política, sin embargo, solicitamos que la CAC sea tenida en cuenta en el reconocimiento de esta pues no hemos dejamos de hacerlo en ningún momento ni en ninguna de las etapas.

Reiteramos nuestro compromiso y apoyo para la construcción de los indicadores y metas respectivas con el fin de asegurar que sean viables, factibles para el país y con la metodología de rigor para las estimaciones en lo cual podemos aportar a partir de la evidencia y disponibilidad de información de la vida real.

Atentamente,

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

CC: Dr. Germán Escobar Morales - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios