

**COLEGIO MÉDICO DE BOGOTÁ**

**Afilado a la Federación Médica Colombiana**

**Observaciones al** **Proyecto de ley N° \_\_\_**

*“Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.*

**INICIATIVA.**

El Partido Liberal en cabeza del representante a la Cámara José Luis Correa y con el respaldo de 35 congresistas más, presentó en el Congreso de la República, un **proyecto de ley que busca** redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.**

El proyecto, toma como base para su desarrollo, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y parte de la base de que las dificultades del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS), establecido mediante la Ley 100 de 1993, son de carácter estructural, como se ha venido demostrando después de 25 años de vigencia; los pronunciamientos de la comunidad internacional, de la sociedad civil; datos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social y; así mismo, un proyecto elaborado por el equipo de trabajo de la H. R. a la Cámara y candidata al Senado de la República, Olga Lucía Velásquez (Partido Liberal).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al mejor estilo de los seguros comerciales, se soporta en la protección del riesgo financiero y en las oportunidades del negocio derivado de la atención de las enfermedades, más que en la salud de la población. La visión netamente económica que confía en la lógica del mercado aplicada a la salud, no la garantiza como derecho fundamental, como hoy lo establece la Ley Estatutaria en Salud.

La salud está relacionada con el desarrollo integral del ser humano, el medio ambiente donde nace, crece, donde estudia o trabaja, más allá de la simple atención de la enfermedad.

Por ello, todo Sistema de Salud debe estar articulado a los sectores que sustentan las condiciones de vida saludables; esto es, *la salud en todas las políticas[[1]](#footnote-1)*, para lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud.

Lo anterior exige la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, como lo predica la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (Art. 1, 2), cuya garantía debe ser planificada en forma interinstitucional y descentralizada, con el fin de reconocer las particularidades de los individuos y las comunidades, con énfasis en aquellas que habitan en territorios con población rural dispersa, con barreras de acceso geográfica, culturales, ambientales e histórico abandono del Estado.

El disfrute de este derecho fundamental en las sociedades modernas, en especial a partir de la formalización del concepto de seguridad social y su entendimiento como responsabilidad del Estado, pasa por la generación y promulgación de políticas públicas que identifiquen y reconozcan las necesidades de sus habitantes para el mantenimiento, conservación y recuperación de la salud.

Sin embargo, muchos Estados, entre ellos Colombia, no han logrado constituir un Sistema de Salud e infraestructuras suficientes para garantizar a sus habitantes, el mantenimiento y la recuperación plena de la salud; es decir, el goce efectivo de este derecho fundamental[[2]](#footnote-2).

La exposición de motivos del Proyecto de Ley, explica la crisis actual del SGSSS, con base en lo expuesto por la PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA, presentada por un importante grupo de la Sociedad Civil (suscrita por 37 organizaciones, incluidas las instituciones médicas que conforman la Gran Junta Médica y las Centrales Obreras), el 1 de febrero de 2018, a los candidatos a la Presidencia de la República en la pasada campaña presidencial, documento de amplia difusión en el sector.

**CRISIS DEL SGSSS**

La exposición de motivos del proyecto explica la crisis del Sistema (SGSSS) desde el punto de vista financiero y de la prestación de los servicios de salud. En lo financiero, específicamente, hace referencia a que el Gobierno Nacional, en cabeza del Señor Ministro de Salud saliente (Dr. Alejandro Gaviria), reconoció una crisis financiera del SGSSS con un déficit total de 7,5 billones de pesos, puesto que el Sistema gasta más de lo que tiene[[3]](#footnote-3). No obstante, el déficit, puede ser mucho mayor.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el presupuesto anual de salud de la ADRES (Administradora de Recursos del SGSSS) supera los 42 billones de pesos en 2018[[4]](#footnote-4).

En el 2018, Según ACEMI, se prevé que sostener la salud costará cerca de $43,5 billones y el propio Minsalud acepta que faltan cerca de $1,5 billones, pues se espera que ingresen $8,6 billones del Sistema General de Participación (SGP); $14,5 billones del Presupuesto General de la Nación; $17,8 billones por cotización de los trabajadores; $2,25 billones de rentas territoriales y un cuarto de billón de pesos de otras fuentes[[5]](#footnote-5).

La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC) en su informe de cartera con corte a junio de 2016 manifiesta que solo para las 145 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportan, esta asciende a 6.5 billones de pesos.

En tanto el informe del gremio que representa a los hospitales públicos del país (ACESI) con corte a junio de 2017 reporta una cartera para los hospitales públicos de 7,5 billones, un billón de pesos más que en junio de 2016, un incremento del 15%.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, para diciembre del año 2016, afirmó que de 250 hospitales públicos de los 947 existentes en el país, se encontraban en alto y mediano riesgo financiero, lo que repercute de manera directa en la calidad del servicio y en el acceso a la atención.

Por su parte, como es sabido, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado investigaciones a varias EPS por incumplimiento en indicadores de salud, operar en lugares no habilitados, reportar a bases de datos información deficiente, dar información contable con serias distorsiones; de igual forma, ha hallado que algunas EPS y ESE incumplen el margen de solvencia, operan con flujo de recursos insuficiente y hay serias inconsistencias en el reporte de inversiones.

A consecuencia de la pérdida del equilibrio financiero del SGSSS, la Súpersalud ha debido tomar medidas contra las entidades del sector.

La política sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud está orientada a ejercer control en los temas más relevantes para el funcionamiento del Sistema y que ponen en riesgo la vida y salud de los colombianos como son la prestación de servicios de salud y el flujo de recursos, sin dejar de lado los temas de reporte de información, incumplimiento de instrucciones de la Superintendencia y otro tipo de infracciones.

Las anteriores sanciones dan a entrever los serios incumplimientos y el incorrecto funcionamiento de estos actores de la salud puesto que no garantizan la red de prestación de servicios de salud de baja, media y alta complejidad adecuadamente, desconociendo por un lado los derechos en salud debidamente expuestos anteriormente, y por otro, poniendo en riesgo la integridad física de estos usuarios al no garantizar un servicio oportuno, continuo e integral.

A lo anterior, se suman las observaciones de la Contraloría General de la República, organismo de control que investiga presuntas irregularidades en cuanto a la mala administración en los entes territoriales y apropiación indebida de dineros públicos destinados a la salud de los colombianos.

Como ejemplo asegura que más de la mitad de los recursos destinados del Sistema General de Participaciones (SGP), que deberían estar destinados para **salud, se están desviando para temas administrativos y de funcionamiento, no cumpliendo su finalidad.**[[6]](#footnote-6)

Según las encuestas de opinión, la salud ha sido uno de los temas que genera más preocupación entre los colombianos. Las recurrentes negaciones de servicios de salud, las denuncias de “*carteles*” (hemofilia, enfermos mentales, síndrome de Down, SIDA, entre otros), además de hechos de corrupción en todos los niveles de la administración y prestación de servicios, las fallas en el cuidado de la salud de los colombianos, que se evidencian en el deterioro de la oportunidad, la calidad y la eficacia de la atención en salud, más la apelación constante a la tutela y al desacato para acceder a servicios básicos, que en un 65% a 70% están incluidos en el plan de beneficios (Defensoría del Pueblo 2016), la alta insatisfacción con la calidad y cubrimiento situada en el 85% (Gallup octubre 2017) y la falta de legitimidad del sistema de salud, son realidades que están presentes directa o indirectamente en todas las familias colombianas.

Como lo determina la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social en Salud está diseñado para privilegiar el subsidio de la demanda y prever la existencia de entidades administradoras que juegan el papel de intermediarias entre los recursos financieros y las instituciones que prestan el servicio de salud y los usuarios.

El papel que desempeñan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se ajusta a la idea del contrato de aseguramiento, en el que el prestador asume el riesgo y la administración de los recursos.

**OBJETO.**

El objetivo del Proyecto de Ley es redefinir el Sistema (SGSSS) con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del mismo.

**ALCANSE Y OBSERVACIONES AL PROYECTO.**

En el Capítulo II se definen las características del **Sistema de Salud**, el cual será de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada.

Estará estructurado, como lo ordena la Ley Estatutaria en salud, sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.

**Nota**. Es necesario precisar cuando se habla de Sistema de Salud y cuando del SGSSS. El Sistema de Salud por definición de la Ley Estatutaria en Salud aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas y privadas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Por tanto, el Sistema de Salud debe incluir todos los sistemas de aseguramiento social en salud y todos las diferentes modalidades de prestación de servicios de salud existentes, como son: el propio Sistema General de Seguridad Social en Salud; pero además debería incluir el Sistema de Salud a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -FOMAG; el Sistema de Salud a cargo del Fondo para la Atención en Salud para la población privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del orden nacional; el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional; el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI; todos los regímenes de excepción y especiales, incluidas en estos últimos las universidades públicas, el Sistema de Salud de la empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL en lo que a prestación de servicios de salud se refiere; el Sistema General de Riesgos Laborales en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud derivados de los riesgos laborales y accidentes de trabajo y, los planes adicionales en salud: pólizas de hospitalización y cirugía, planes complementarios y planes de medicina prepagada.

Lo anterior, sin perjuicio que la parte administrativa de los citados sistemas continúe funcionando como está, pero en materia de prestación de servicios de salud, se deben regir por las normas generales del Sistema de Salud; es decir, el SGSSS, es un componente más del Sistema de Salud, que lo cubre todo.

1. **Según el Proyecto, el Sistema de Salud tendrá las siguientes características:**

**Rectoría**.

El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Nota**. Para muchos actores del Sistema de Salud, como los gremios médicos, sería conveniente crear el Consejo Nacional de Salud, con participación de todos los actores del Sistema, con funciones específicas determinadas en la Ley y con Consejos Territoriales constituidos a imagen y semejanza del nacional. Lo anterior, en aplicación del artículo 12 de la Ley Estatutaria en Salud, que determina: “*El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan” (…)*

**Afiliación.** Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

**Nota**. Lo anterior, está en concordancia con la Ley Estatutaria en Salud que en su artículo 6°, establece que el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios: *“a)****Universalidad.****Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida”.*

**Financiación del Sistema de Salud**.

El Sistema de Salud estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.

**Nota**. Como se resalta en la exposición de motivos, la crisis del SGSSS, es financiera y de prestación de servicios. Por tanto, el proyecto debería proponer nuevas fuentes de ingresos, para cubrir el hueco presupuestal y evitar que el mismo se siga acumulando año tras año.

**Gestoras Integrales de Salud - GIS**.

La afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las **GIS**.

**Nota.** Estas entidades, entrarán a reemplazar a las EPS. Las GIS, serán las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país, a través de la contratación con las redes integrales e integradas de salud (RIIS).

Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el SGSSS, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en el Proyecto de Ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud - GIS, previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, **luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.** Con esto se pretende sanear el Sistema de Salud.

Además, se precisa que, en el proceso de habilitación de las GIS, la Súpersalud definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar**.** La habilitación, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.

Dentro de las funciones de las GIS, está la de ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, **sin ánimo de lucro**, lo cual se considera altamente conveniente para evitar el enfoque comercial del “*negocio de la Salud*”, para convertirlo en el servicio público esencial que garantice el derecho fundamental a la salud.

Respecto de los ingresos de las Gestoras Integrales de Salud – GIS, tendrán como **ingreso exclusivo** el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en el Proyecto de Ley, sin exceder el **12.5%** de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.

La anterior cifra, el Colegio Médico de Cundinamarca la considera excesiva, toda vez que supera el 10% establecido actualmente, ahora con menores funciones, toda vez que la ADRES se encargará del recaudo de los recursos y, al haber giro directo, se simplifica la compensación y la gestión financiera de las GIS.

**Muy importante, es que el Proyecto determina que no** **habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud**, salvo en la prestación primaria de servicios. **Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal,** directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

**Prestaciones de salud.**

El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.

**Salud pública**.

El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.

**Atención primaria y complementaria**.

El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.

**Redes de servicios**.

De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatuaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y **redes integrales e integradas de salud -RIISS** que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.

**Nota**. El proyecto introduce el concepto de atención integrada e integral dentro de las Redes. **La atención integrada**, se refiere a la articulación funcional de las diferentes instituciones que conforman la Red. **La atención integral**, se refiere a lo que ordena el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el sentido que los y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador, para evitar la fragmentación en la prestación de los servicios. Dicho en otra forma cada red deberá ser **resolutiva** de la patología que presente el paciente dentro de su área de influencia.

**Participación en las decisiones del Sistema de Salud.**

Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.

**Plan Maestro de Equipamientos en Salud -PMES**.

El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.

**Nota**. Este aspecto es de vital importancia para el desarrollo de puntos de atención, sobre todo en las zonas más periféricas con población dispersa, que no cuentan con servicios de salud en kilómetros a la redonda. Por eso requieren modelos de atención diferenciados, con prestadores esencialmente públicos (dado que a dichos sitios no llegan los prestadores privados), financiados con recursos de oferta.

**Enfoque diferencial**.

En concordancia con lo anterior, el Sistema de Salud reconocerá y protegerá a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.

1. **Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:

**Administrador de Recursos Único.**

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y toda aquella pertinente para el manejo del Sistema.

**Nota**. El Proyecto fortalece la ADRES, la cual manejará directamente todos los recursos de la salud, esto es los recursos que hacían parte del Fosyga,  los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los recursos que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de  beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales (UGPP).

Así mismo, la ADRES realizará los pagos mediante **giros directos a los prestadores de servicios salud y proveedores de tecnologías en salud**, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelantar transferencias que correspondan a los diferentes actores del Sistema. Será la entidad encargada de la compra de cartera (Ley 1608 de 2013). Igualmente, administrará la información propia sus operaciones. **BDUA**: Régimen Contributivo y Subsidiado, Regímenes de Excepción y Especiales y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud. Todo ello, simplificará la gestión financiera del Sistema de Salud, agilizando el flujo de los recursos.

Según lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el Gobierno Nacional adelantará el mecanismo de financiación de residencias médicas a cargo de la ADRES.

**Flujo de recursos.**

El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:

1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las GIS, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los treinta (30) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario.
2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las GIS, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS.

En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término inicial.

1. La ADRES, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud – GIS por los servicios de salud prestados y los bienes entregados.
2. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.
3. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.

**No habrá intermediación financiera**.

Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud – GIS, **con pago por resultados.**

**Nota.** Este aspecto es uno de los puntos centrales de la PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD, presentada por la Sociedad Civil, encabezada por las instituciones médicas reunidas en la Gran Junta Médica Nacional que presentaron el Proyecto de Ley que dio origen a la Ley Estatutaria en salud (1751 de 2015). La intermediación financiera realizada por las EPS, es causa de demora en el flujo de los recursos; demora que afecta directamente las finanzas de los hospitales y la prestación del servicio, proporcionado en cambio a las EPS, grandes beneficios al lucrarse de la contención del gasto médico, lo cual se solucionará al no haber situación de fondos en estas entidades.

**Regímenes**.

El Sistema de Salud, contará con un **Régimen Único**, que garantice la universalidad en su afiliación y en el cual se realizaran los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.

**Nota**. Este es otro avance importante del Proyecto, de cara a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional que ordenó unificar los planes de beneficios; el proyecto establece UN SOLO plan de beneficios implícito, como lo ordena el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud. La única diferencia serán las prestaciones económicas existentes en favor de los cotizantes.

**Población pobre no asegurada**.

La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud.

Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona.

**Modelos diferenciados**.

El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales.

**Subsidio a la oferta**.

En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.

**No habrá integración vertical.**

Las Gestoras Integrales de Salud – GIS, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.

**Nota**. Este era un viejo anhelo de los prestadores expresados sobre todo por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Da trasparencia al Sistema y evita la predilección hoy existente por la red propia de las EPS integradas verticalmente, en detrimento de la red externa y de los hospitales públicos.

**Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud**.

Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud - GIS, se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud – GIS.

**Nota**. Dicho en el argot popular: “*zapatero a tus zapatos*”.

**Sistema unificado de tarifas**.

El SGSSS, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.

El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

**Nota**. En el Manual SOAT vigente, los honorarios por servicios profesionales se cancelan directamente a las IPS, no a los médicos y profesionales que los generaron; estos, se rigen con base en la remuneración que se haya pactado en su relación laboral con el respectivo prestador, público o privado.

Pero los incrementos de UPC o los del Manual Tarifario, no benefician a los profesionales y trabajadores del sector de la salud. **Este hecho, ha ocasionado que los incrementos en UPC aprobados por el MSPS, solo beneficien a las EPS, en menor grado a las IPS, pero no llegan a los profesionales de la salud.**

El proyecto de Manual Tarifario Único que se propone regularía las tarifas establecidas para la relación o acuerdos de voluntades asegurador – prestador (GIS – IPS o Red); no la relacionadas con asegurador – profesional de la salud o, este mismo profesional con las IPS. Por ello, se sugiere que, en el Proyecto, se adicione que los aumentos en el Manual Tarifario irriguen por igual a toda la cadena del proceso de atención en salud.

**Servicios sociales complementarios y de protección social**.

Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que, por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud.

**Cuotas moderadoras y copagos.**

Los afiliados y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.

**Nota**. Hoy día, las cuotas moderadoras, se cobran injustamente, para todo. Una vez el paciente ingresa a la puerta de entrada al Sistema, por lo regular el médico general, y él ordena exámenes o interconsultas, estas ya no tendrán cuotas moderadoras, dado que son resultado propio de las necesidades de atención de la salud del enfermo y no dependen de su voluntad.

Igualmente, actualmente quienes cobran las citadas cuotas o “bonos”, son las IPS, siendo recursos de las EPS. Con el Proyecto, serán recursos de los prestadores como parte anticipada de los pagos correspondientes. Nuevamente, se simplifica el proceso.

**Sistema de pago por resultado.**

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología del Sistema de Pagos por Resultados y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:

1. Satisfacción al usuario
2. Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud
3. Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
4. Creación de guías de atención según el modelo de APS
5. Índice de fallos de tutela en contra
6. Oportunidad en la prestación del servicio
7. Oportunidad en la entrega de medicamentos
8. Oportunidad en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnosticas
9. Inicio de tratamientos después de la orden medica
10. Adherencia a los programas de enfermedades crónicas
11. Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud publica
12. Implementación del modelo de atención diferenciada
13. Gestión en trámites administrativos
14. Respeto a la autonomía profesional
15. Riesgo.

**Nota**. El pago por resultados en salud, con base en los indicadores que se proponen, ayudará a dar una mirada más importante en el impacto en la atención al ciudadano y los efectos positivos en salud y no solamente al ejercicio financiero.

**Transición del sistema**.

Aprobada la Ley, para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica.

Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud - GIS de conformidad con lo dispuesto en la presente ley o para su liquidación.

Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de ser aprobada la Ley que se presenta.

**OBSERVACIONES FINALES Y CONCLUSIONES DEL COLEGIO MÉDICO DE CUNDINAMARCA – FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA.**

En Colombia a partir de la reforma establecida en la Ley 100/93 se desarrollaron cambios, como la eliminación progresiva de la seguridad social pública; la competencia entre aseguradores mediante la creación de EPS, con mecanismos de regulación definidos por el Estado; el pago a las EPS de una prima por afiliado (UPC) para garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS); la constitución de dos regímenes según la capacidad de pago de los afiliados.

Entre los dos regímenes se presentaron problemas de equidad que el Proyecto de Ley soluciona al proponer un solo régimen y un solo plan de beneficios estructurado por prestaciones implícitas, tal como lo predica el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

El régimen subsidiado, se constituyó con base en la verificación del estado de pobreza mediante una encuesta elaborada con criterios de necesidades básicas insatisfechas para construir líneas de pobreza, denominado “*Sistema de Selección Beneficiarios para Programas Sociales* (SISBEN)”. Con el proyecto, apoyado en la Ley Estatutaria en Salud, los servicios están orientados a garantizar el derecho a la salud a todos los residentes en el país.

La reforma contenida en la Ley 100/93 se concentró en las transacciones entre agentes para la prestación de servicios curativos, dejando de lado la visión integral y social de salud pública que todo sistema de salud debería tener, como son la promoción y la prevención, como lo haría un aseguramiento de carácter social.

Esta situación ha llevado al desarrollo de empresas con enfoque de seguros comerciales, en donde prima el ánimo de lucro, en detrimento de las entidades de aseguramiento público, las cuales, al entrar en competencia como si fueran entidades privadas, se fueron marchitando progresivamente hasta su liquidación, como sucedió con CAJANAL, el ISS, la Caja Distrital de Previsión Social, Caprecom, entre otras.

El aseguramiento social es público y obligatorio, no está sujeto al Código de Comercio, sino que obedece a leyes específicas que lo regulan; por tanto, no es lo mismo hablar de aseguramiento social que de seguros privados de tipo comercial. Es básicamente de interés social, su existencia está dentro de los fines del Estado Social de Derecho. En su operación participa el sector privado que tiene la mayor infraestructura y el mayor número de camas hospitalarias disponibles en el país. El Estado es el ente rector y debe cubrir a la totalidad de la población para garantizar el derecho fundamental a la salud con un plan de beneficios igual para todos los ciudadanos.

En tanto que los seguros comerciales son de carácter privado, son voluntarios como las Empresas de Medicina Prepagada y son conmutativos; es decir, tienen diferentes planes y coberturas dependiendo del valor de la prima.

Con el cambio de los hospitales públicos tradicionales a Empresas Sociales del Estado -ESE, siendo instituciones públicas, las obligaron a funcionar como lo hacen las clínicas privadas, a través de la venta de servicios, con declinación progresiva de los recursos de oferta.

El nuevo modelo, puso a competir a los hospitales públicos con las clínicas privadas, que en algunos casos están integradas verticalmente con una EPS, lo cual favoreció la posición dominante sobre las demás IPS, lo que condujo a la crisis de la red de prestadores de servicios, tanto pública como privada, incluso con liquidación y cierre de muchas de ellas. Crisis que se ha convertido en una dificultad financiera general del sector salud.

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El Proyecto de Ley presentado por el H. R. a la Cámara José Luis Correa, sin duda avanza sustantivamente en el desarrollo del Sistema de Salud como lo ordenan los principios y directrices establecidos en la Ley Estatutaria en Salud, sus ordenamientos coinciden con en buena parte con los planteamientos de la sociedad civil y de los gremios médicos y son coherentes con las recomendaciones técnicas que hemos hecho la mayor parte de quienes hemos estudiado el sector desde hace ya muchos años.

Por lo anterior, el Colegio Médico de Cundinamarca, considera que el Proyecto de Ley es conveniente para el país.

No obstante, sugerimos respetuosamente, algunos aspectos para fortalecerlo, tales como:

1. **Precisar la estructura del Sistema de Salud**, en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Crear el Consejo Nacional de Salud**, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo orientador, asesor, con funciones de dirección del Sistema de Salud, de carácter permanente, presidido por el Ministro de Salud, conformado por representantes del Gobierno y todos los actores del sistema de Salud, con sus respectivos Consejos Territoriales de Salud.
3. **Introducir nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud**, dadas las necesidades crecientes de recursos que se requieren para desarrollar la Ley Estatutaria en Salud y el Proyecto de Ley que se presenta, de ser aprobado.
4. **Desarrollar la** **Política para el manejo de la información en salud**, según lo dispone el artículo 19 de la Ley estatutaria en salud, con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, implementar una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.
5. **Fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud**, para que sea un organismo autónomo e independiente del Ministerio de Salud y Protección Social y ejerza sus funciones de manera descentralizada, para facilitar el acceso de los ciudadanos y la lucha contra la corrupción en el Sistema.
6. **Recuperación del Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá**. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Cultura, en coordinación con la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Universidad Nacional de Colombia, deberán desarrollar el del plan de recuperación y puesta en operación del Hospital San Juan de Dios, de tal forma que dicha institución hospitalaria sea Centro Nacional de Referencia de pacientes de los territorios con modelos de salud diferenciados.
7. **Talento Humano en Salud**. En cumplimiento del artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social en el término que se defina, en concertación con las organizaciones sindicales de carácter nacional del sector de la salud, y los gremios médicos, promulgará el régimen laboral para los trabajadores del sector y la carrera administrativa especial del sector salud.
8. **Autonomía del Acto Médico y de los Profesionales de la Salud.** Acorde con el artículo 17 de la Ley Estatutaria en salud, el Sistema de Salud reconoce en el acto médico el compromiso social de la medicina y sus ciencias afines y respeta la autonomía intelectual de los facultativos en la toma de decisiones. El Sistema de Salud garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnósticoytratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica.
9. **Fortalecimiento de los Tribunales de Ética**, actualmente desfinanciados, lo que no les permite cumplir a cabalidad con sus actividades misionales, indispensables para salvaguardar el ejercicio ético de las profesiones de la salud.
10. **Manual Tarifario**. Se sugiere que, en el Proyecto, se adicione que los aumentos en el Manual Tarifario beneficien por igual a toda la cadena del proceso de atención en salud.

Presentado por:

***Herman Redondo Gómez a la J. D. del Colegio Médico de Cundinamarca.***

Agosto de 2018.

1. OMS/OPS. La salud en todas las políticas. Salud en todas las políticas es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. En línea con los principios de Alma Ata, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, Salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo que busca mejorar salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política. También desarrolla la capacidad de los profesionales de políticas de salud para reconocer y apoyar los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental.

   <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=441&Itemid=72250&lang=es> [↑](#footnote-ref-1)
2. Proyecto de ley número 233/2013 Senado. Exposición de motivos. Honorables Senadores Gloria Inés Ramírez, Luis Carlos Avellaneda, Juan M. Galán, Alexander López, Parmenio Cuéllar y otros. [↑](#footnote-ref-2)
3. Alejandro Gaviria, Ministro de Salud. Entrevista Revista Dinero. Diciembre de 2016. <https://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/entrevista-de-dinero-al-ministro-de-salud-alejandro-gaviria/223565> [↑](#footnote-ref-3)
4. Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Res. 083, febrero/2018. [↑](#footnote-ref-4)
5. El país tendría mínimo 10 años más de déficit en salud: ACEMI. Portafolio, enero 21 de 2018. [↑](#footnote-ref-5)
6. Mitad de los recursos destinados a salud se gastan en asuntos administrativos, 2017. En: http://caracol.com.co/radio/2017/04/21/nacional/1492799392\_728450.html [↑](#footnote-ref-6)