PROYECTO DE LEY No _____ DE 2013
SENADO

"Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Capítulo I
Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley.

Artículo 2. Ámbito de la Ley. La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio público de salud y los roles de los actores involucrados.

Artículo 3. Objetivo, características y evaluación del Sistema. El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.

El Sistema tendrá las siguientes características:

a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;
b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;
c) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;
d) Contará con una unidad de gestión que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;

e) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
f) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;
g) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9 de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;
h) Tendrá atención primaria y complementaria a cargo de Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta.
i) Operará mediante esquemas de integración territorial dirigidos por Gestores de Servicios de Salud en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
j) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas por los Gestores de Servicios de Salud;
k) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para población localizada en zonas dispersas;
l) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;
m) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud o los profesionales, dentro de las condiciones de la presente Ley;
n) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos un único plan de beneficios.

A partir del año 2015, cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;
b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
c) El aporte de las tecnologías en salud;
d) La capacidad de la red hospitalaria;
e) La calidad de los servicios de salud;
f) Los resultados de las políticas de salud pública;
g) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
h) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sobre sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República.

Artículo 4. Principios del Sistema. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

"Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

a) **Universalidad.** El Sistema cubre a todos los habitantes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;
b) **Solidaridad.** El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;
c) **Eficiencia.** El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;
d) **Igualdad.** El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas residentes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;
e) **Obligatoriedad.** Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;
f) **Prevalencia de derechos**. El Sistema propende, como obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, por el cuidado, protección y asistencia a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños y niñas para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral;
g) **Protección especial a niñas y niños.** El Sistema establece medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas y los niños. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población;
h) **Enfoque diferencial**. El Sistema reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y realizará, de manera progresiva, esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación;
i) **Equidad.** El Sistema garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;
j) **Calidad.** El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías deben estar centrados en el ciudadano, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y, responder a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;
k) **Participación social.** El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;
l) **Progresividad**. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción

gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estad;

m) **Libre escogencia**. El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir sus Gestores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, la cual podrá ser definida por la autoridad estatal competente, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio. En todo caso, los cambios no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la prestación del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;
n) **Sostenibilidad.** El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías de salud que éste reconoce, siguiendo criterios para su flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal;
o) **Transparencia**. El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud, deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;
p) **Descentralización administrativa**. El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente, por mandato de la Ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;
q) **Complementariedad y concurrencia**. El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;
r) **Corresponsabilidad**. El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad; por un ambiente sano; por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;
s) **Irrenunciabilidad**. El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;
t) **Intersectorialidad**. El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;
u) **Prevención**. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;
v) **Continuidad**. El Sistema garantiza que dentro de él toda persona tenga vocación de permanencia. Los servicios y tecnologías de salud que garantiza el Sistema no pueden ser interrumpidos;

w) **Integralidad.** El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario ni se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el Sistema. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

x) **Inembargabilidad.** Los recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables. Las decisiones de la autoridad judicial que contravengan lo dispuesto en la presente ley harán incurrir al funcionario judicial que la profiera en falta disciplinaria gravísima y genera responsabilidad fiscal. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema".

Capítulo II
Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 5. Creación de Salud-Mía. Crease una unidad de gestión, de carácter financiero, de naturaleza especial, del nivel descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Articulo 6. Régimen de la Unidad. El régimen laboral será el general que rige para los empleados públicos. La Unidad de gestión tendrá una nomenclatura especial de empleos.

El régimen presupuestal será el de Empresa Industrial y Comercial del Estado de carácter financiero, sujeta al control de la Superintendencia Financiera de Colombia, en relación con sus actividades financieras.

En materia contractual será el previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.

El Presidente de la Republica, de conformidad con el numeral 16 del artículo 189 de la Constitución Política, establecerá su estructura interna.

Artículo 7. Objeto. La unidad de gestión tiene por objeto afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, y realizar los pagos, giros o transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema.

Artículo 8. Funciones de la unidad de gestión. Para desarrollar el objeto, la unidad de gestión tendrá las siguientes funciones:

a) Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población residente en el territorio colombiano;
b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;
c) Administrar los recursos del Sistema;
d) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud - Fonsaet creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013;
e) Ordenar el pago, giro o transferencia a los diferentes agentes del Sistema;
f) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
g) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;
h) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
i) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará el cobro coactivo derivado del no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas obligadas

Artículo 9. Domicilio y Patrimonio. La unidad de gestión tendrá domicilio en Bogotá, D.C. Su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la unidad de gestión.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la unidad de gestión se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento.

Artículo 10. **Recursos que recaudará y administrará la unidad de Gestión.** Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;
c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella, quien

podrá contratar los servicios financieros que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Las cotizaciones de los afiliados al régimen de excepción con vinculación laboral adicional, sobre la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales;
f) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo y no harán parte del Presupuesto General de la Nación;
g) Los recursos del impuesto sobre la renta para la equidad -CREE que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, los cuales serán transferidos a Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;
h) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a Salud-Mía por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;
i) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;
j) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto- Ley 1032 de 1991;
k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito - Soat, que se cobrará en adición a ella;
l) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;
m) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos y el Distrito Capital. Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad. La entidad territorial verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;
n) Los rendimientos financieros que se generen por la administración de los recursos a que se refiere el presente artículo;
o) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y m) se manejarán en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales.

Parágrafo 2. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse, sin situación de fondos, en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en

Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a Salud-Mía.

Artículo 11. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra Salud-Mía se destinarán a:

a) Pago a los Gestores de Servicios de Salud por prestaciones individuales en salud y las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
b) Pago por licencias de maternidad o paternidad de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
c) Indemnizaciones por muerte ó incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;
d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;
e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;
f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;
g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009, que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;
h) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación de los componentes anteriores;
i) Acciones de salud pública;
j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;
k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;
l) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

Parágrafo 1. Los excedentes financieros que genere la operación de Salud-Mía se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual se mantendrá su destinación inicial.

Parágrafo 2. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud quienes recibirán una contraprestación económica, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 12. Órgano de dirección. La entidad tendrá una Junta Directiva que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. La Junta estará conformada por tres miembros, el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público y un designado del Presidente de la República. La

administración de la entidad estará a cargo de un Presidente, nombrado por el Presidente de la República, de terna propuesta por la Junta Directiva.

Artículo 13. Inicio de operación. El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de gestión, su planta de personal y la fecha en la cual iniciará las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos.

A partir de la fecha de que trata el inciso anterior, se suprimirá el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga como fondo cuenta y se dispondrá su liquidación de conformidad con los procedimientos que se señalen para el efecto.

Capítulo III
Plan de Beneficios de Salud – Mi Plan

Artículo 14. Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan. El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan que favorezca el uso de servicios y tecnologías pertinentes, orientada al logro de resultados en salud.

La gestión y autorización de pago de los servicios y tecnologías de salud de Mi-Plan estará a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales no podrán realizar recobros por ningún tipo de atención.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, incorporará a Mi-Plan los servicios y tecnologías pertinentes no incluidos en el plan de beneficios que se estén recobrando al Fosyga, con las frecuencias y los precios indicativos que atiendan lo establecido en el presente capítulo.

Artículo 15. Criterios para definir exclusiones. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar un proceso de priorización técnico, participativo y transparente que permita excluir los servicios y tecnologías que no harán parte de Mi-Plan. El proceso deberá garantizar la participación social a través de sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, academia y asociaciones de pacientes, entre otros, los cuales deberán estar debidamente constituidos.

Los criterios que se utilizarán para excluir servicios y tecnologías en salud son:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas;
b) Que constituyan bienes o servicios sociales complementarios a la atención o rehabilitación del paciente cuya finalidad principal no es el diagnóstico o la curación de la enfermedad;
c) Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud;
d) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
e) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su pertinencia clínica;
f) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
g) Que se encuentren en fase de experimentación.

Parágrafo. Cuando se trate de servicios y tecnologías en fase de experimentación clínica quien financie la investigación deberá garantizar la continuidad del tratamiento.

Artículo 16. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud. Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto.

Artículo 17. Información sobre servicios y tecnologías de salud. La información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.

Artículo 18. Vigilancia de las tecnologías de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan.

En el marco del proceso de vigilancia de innovaciones tecnológicas, la Superintendencia de Industria y Comercio requerirá concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la patentabilidad de las invenciones en salud.

Capítulo IV
Prestación del servicio de Salud

Artículo 19. **Prestación del servicio de salud.** La prestación del servicio de salud comprende las acciones de salud pública y las prestaciones individuales. Las acciones de salud pública estarán a cargo de las Entidades Territoriales y serán prestadas dentro

de su jurisdicción. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, y son aquellas contenidas en Mi-Plan. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán Redes de Prestadores de Servicios de Salud, las cuales operarán en Áreas de Gestión Sanitarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la prestación de los servicios de salud mediante un sistema de indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutividad, calidad y resultados en salud, según corresponda.

Parágrafo 1. Las acciones de salud pública son aquellas que se realizan sobre elementos o factores del entorno o los comportamientos de las personas para modificar determinantes de la salud en la población. Comprenden las acciones colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las que se realicen en cumplimiento de las funciones de salud pública como la vigilancia sanitaria, la vigilancia en salud pública y la planeación de la salud en el territorio.

Parágrafo 2. Las prestaciones individuales de salud son aquellas que se realizan para disminuir la probabilidad de la enfermedad y la discapacidad, para mantener y cuidar la salud, dar atención integral a la enfermedad y sus consecuencias directas. Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Frente a estas prestaciones se establecerán modalidades de atención, procesos, tecnologías, flujos de servicios, resolutividad de los servicios y resultados esperados sobre la población, a través de guías de atención integral y manuales operativos.

Artículo 20. **Responsables de la Prestación del Servicio de Salud.** La atención de las acciones de salud pública y las prestaciones individuales tendrán los siguientes responsables:

a) Las Entidades Territoriales son los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública. La prestación de estas acciones se realizará mediante instituciones públicas o privadas debidamente autorizadas.

   De conformidad con sus competencias, las Entidades Territoriales no podrán delegar las funciones de vigilancia sanitaria, vigilancia en salud pública, planeación de la salud en el territorio y su articulación con otros sectores.

b) Los Gestores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la organización y gestión de las prestaciones individuales, quienes coordinarán con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el territorio para la consecución de resultados en salud de la población. Las prestaciones individuales

serán realizadas mediante la conformación de Redes de Prestación de Servicios de Salud.

c) Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención de las prestaciones individuales de salud de la población afiliada al Sistema. También podrán realizar acciones de salud pública.

d) Las entidades que ofrezcan cobertura complementaria en salud no incluidas en Mi-Plan.

Artículo 21. Áreas de Gestión Sanitaria. Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.

Artículo 22. Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir Áreas de Gestión Sanitaria especiales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas.

Los servicios de salud en éstas áreas serán prestados por un único Gestor de Servicios de Salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo por Salud-Mía. Definida una Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotores de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

Artículo 23. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención de las prestaciones individuales y serán de dos tipos:

a) Los Prestadores de Servicios de Salud primarios son los agentes a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema.

   A estos prestadores les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

Igualmente, ejecuta las prestaciones individuales de carácter integral en medicina general y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

b) Los Prestadores de Servicios de Salud complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

Artículo 24. Red de Prestadores Servicios de Salud. Las Redes de Prestación de Servicios de Salud son el conjunto de prestadores agrupados en una Área de Gestión Sanitaria por los Gestores de Servicios de Salud. Las redes deben tener la integralidad y suficiencia para garantizar a los usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan.

El Gestor de Servicios de Salud que opera la red debe disponer de sistemas de información, seguimiento y evaluación de la gestión del servicio, de mecanismos de referencia y contra referencia y de comunicación y transporte debidamente organizados, además de los que señale el Ministerio de Salud y Protección Social. Este, de igual forma, definirá los criterios de integralidad y suficiencia para el monitoreo, seguimiento y control de las redes.

Artículo 25. Habilitación de Redes y Prestadores de Servicios de Salud. Es el proceso de definición de los criterios y verificación continúa del cumplimiento de las condiciones mínimas de carácter científico, técnico, funcional, de recursos humanos, administrativo, financiero y de infraestructura, que deben disponer los Prestadores de Servicios de Salud y las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud, así como los mecanismos de verificación necesarios. La Superintendencia Nacional de Salud verificará las condiciones de habilitación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud. La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud que hagan parte de la respectiva Área de Gestión Sanitaria o Área de Gestión Sanitaria especial.

Capítulo V
Gestores de Servicios de Salud

Artículo 26. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Los Gestores de Servicios de Salud privados, incluidos los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, deben constituirse como sociedades anónimas.

Los Gestores de Servicios de Salud podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.

Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en Salud-Mía la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el índice de solvencia y su patrimonio.

Parágrafo. Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

Artículo 27. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud. Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opera, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;
b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
c) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;
d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Rede de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios;
e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;
f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Rede de Prestadores de Servicios de Salud en el Área de Gestión Sanitaria en que

opera y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de éstas. Los contratos deben cumplir con las condiciones mínimas que fije el Ministerio de Salud y Protección Social y estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;

g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Áreas de Gestión Sanitaria en que operen;
h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
i) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;
j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
k) Entregar información a Salud-Mía sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
l) Apoyar a Salud-Mía en los procesos de afiliación y recaudo;
m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;
o) Garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en Salud-Mía para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;
p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;
q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;
r) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;
s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine Salud-Mía.

Parágrafo. Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones.

Artículo 28. Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud. Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en una Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número mínimo de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria.

Los Gestores de Servicios de Salud pueden participar en la operación de una respectiva Área de Gestión Sanitaria cuando cumplan con todos los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 29. Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en una Área de Gestión Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud en una Área de Gestión Sanitaria.

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo la integralidad y suficiencia de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica.

La verificación de las condiciones de habilitación y la determinación de su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 30. Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Los Gestores de Servicios de Salud podrán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud al atender usuarios del Régimen Subsidiado deberán prestar los servicios, en primer lugar, con los Prestadores de Servicios de Salud Públicos presentes en el Área de Gestión Sanitaria donde operan. Si la oferta pública disponible no es suficiente para la demanda requerida, los Gestores de Servicios de Salud podrán prestar el servicio con Prestadores de Servicios de Salud Privados.

Artículo 31. Gestores de Servicios de Salud con participación pública. Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en una Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los

requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

Artículo 32. Integración vertical. Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación primaria de servicios.

Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

Artículo 33. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

a) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales;
b) Un valor per cápita ajustado por riesgo. Este se dividirá en: i) una fracción para cubrir parcialmente el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan y; ii) la fracción restante condicionada al logro de acciones o resultados en salud.

El valor per cápita permanecerá en Salud-Mía en una cuenta a nombre de cada Gestor de Servicios de Salud, el cual será girado directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la forma como éste lo indique.

Si como resultado de la gestión de los recursos del valor per cápita se presenta un déficit, éste será cubierto, en primer lugar, con las reservas con que cuenta el Gestor de Servicios de Salud en Salud-Mía.

Cuando al cierre de la vigencia el Gestor de Servicios de Salud genere excedentes, se procederá así:

a) Una proporción será asignada a la constitución, mantenimiento o incremento de la reserva de cada Gestor de Servicios de Salud;
b) El saldo de los excedentes podrá ser asignado al Gestor de Servicios de Salud como excedente propio en función del cumplimiento de resultados;
c) Los valores no asignados se destinarán como reservas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y serán administrados por Salud-Mía.

Parágrafo. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y

de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 34. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Estos pagos deben contener al menos una porción fija anticipada en función de los servicios pactados, y una variable en función del desempeño en el cumplimiento de metas de resultados en salud y calidad en el servicio. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.

Salud-Mía podrá retener una porción del giro al prestador cuando éste no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de Salud-Mía.

Parágrafo. Las obligaciones contenidas en facturas que respalden las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de aceptación por parte del Gestor de Servicios de Salud. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

Artículo 35. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias. Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo el acceso a Mi-Plan, en especial la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar de manera temporal a otros Gestores de Servicios de Salud o Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

Artículo 36. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de redistribución y compensación de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

Capítulo VI
Cobertura complementaria de salud

Artículo 37. Cobertura complementaria de salud. La cobertura complementaria de salud es aquella en la cual los usuarios acceden de manera voluntaria a condiciones diferenciales de acceso, comodidad, bienes y servicios o financiación, de carácter complementario o suplementario, no incluidas en Mi-Plan.

El Gobierno Nacional reglamentará lo referente a las condiciones mínimas de los contratos de coberturas complementarias de salud.

Artículo 38. Entidades autorizadas para ofrecer cobertura complementaria de salud. La cobertura complementaria de salud podrá ser ofrecida por los Gestores de Servicios de Salud, las compañías de medicina prepagada y las compañías de seguros.

Parágrafo. Las entidades que ofrezcan coberturas complementarias de salud estarán vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y deberán cumplir con todos los requisitos de orden administrativo, técnico y financiero que ella les exija. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará lo correspondiente a las prestaciones de salud.

Artículo 39. Tipo y forma de cobertura complementaria de salud. Las entidades autorizadas para ofrecer las coberturas complementarias de salud, podrán cubrir simultáneamente los servicios y tecnologías de Mi-Plan y los complementarios u ofrecer solamente la cobertura complementaria, de la siguiente forma:

a) Cuando se trate de Gestores de Servicios de Salud los planes ofrecidos deberán ser claramente complementarios y manejados como un plan independiente sujeto a las reglas definidas para este tipo de coberturas;
b) Cuando se trate de empresas de medicina prepagada o de seguros, podrán utilizar un porcentaje del valor per cápita ajustado por riesgo, para lo cual estarán obligadas a garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, en las condiciones establecidas por la presente ley.

Parágrafo. Las entidades autorizadas para ofrecer las coberturas complementarias de salud no podrán aplicar a los beneficios definidos en Mi-Plan, mecanismos tales como períodos de carencia, semanas mínimas de cotización, deducibles, preexistencias o cualquiera otro que restrinja o limite el uso o acceso a los servicios ofrecidos.

Artículo 40. Obligación de estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud para poder tener coberturas complementarias. El usuario que desee cobertura complementaria en salud debe estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gestor de Servicios de Salud, la empresa de medicina prepagada o de seguros no podrá utilizar el porcentaje del valor per cápita para sufragar el costo adicional de la cobertura complementaria; le corresponde al usuario sufragar con sus propios recursos las coberturas complementarias.

Artículo 41. Reserva técnica por concentración de riesgo. El porcentaje del valor per cápita ajustado por riesgo que no se transfiera a la empresa de medicina prepagada o de seguros, será utilizado por Salud-Mía para constituir una reserva técnica destinada a compensar futuras acumulaciones de riesgo en el Sistema por el traslado de usuarios a los seguros complementarios.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá adelantar las acciones necesarias para restaurar el balance financiero del Sistema, en el evento que exista

exceso de concentración de siniestralidad en los Gestores de Servicios de Salud por efecto de la migración a los seguros complementarios.

Artículo 42. Carácter de los recursos destinados a coberturas complementarias de salud. El valor per cápita en salud que se utiliza en la financiación de la cobertura complementaria se considera como pago anticipado por la prestación de un servicio al pasar a ser propiedad de la entidad que los recibe; en consecuencia, pierde su carácter de recurso público. La cotización en salud pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el valor per cápita a cada usuario.

Capítulo VII
Inspección Vigilancia y control

Artículo 43. **Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud.** Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente Ley.

El proceso administrativo sancionatorio será el establecido por la presente ley y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y su propósito es sancionar las conductas que vulneren las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 44. **Medidas especiales**. El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar, mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen, sustituyan o aclaren a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

Esta actuación no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene, el cual será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la entidad por el funcionario comisionado por el Superintendente. Una vez efectuada la notificación al Representante Legal se entenderán notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en el efecto devolutivo.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la facultad de solicitar a Salud-Mía restringir o suspender la asignación de usuarios a aquellas entidades vigiladas que se que se encuentren bajo medida cautelar de vigilancia especial, toma de posesión o intervención forzosa administrativa, cuando del análisis de las condiciones financieras y de prestación del servicio se determine la necesidad de adoptar dicha medida.

Artículo 45. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión. La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que le otorgue la Entidad Territorial.

El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar la toma de posesión a las entidades vigiladas, bajo cualquiera de sus modalidades, en los siguientes casos:

a) Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;
b) Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;
c) Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;
d) Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

Artículo 46. Modalidades y duración de la toma de posesión. La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar.

Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a superar las causales que dieron origen a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia ordenará su liquidación.

La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Bancaria y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores se entenderán respecto de los acreedores y las hechas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público se entenderán como inexistentes. La duración del proceso liquidatario será definida por el Superintendente Nacional de Salud.

Artículo 47. **Procedimiento de la toma de posesión**. La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalidades,

mediante acto administrativo que será de cumplimiento inmediato a través del funcionario comisionado.

La decisión de toma de posesión será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal por el funcionario comisionado; si no fuere posible, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público, en las oficinas de la administración del domicilio social de la entidad intervenida. Contra el acto que ordena la toma de posesión procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo.

Parágrafo. El Superintendente Nacional de Salud, en su calidad de autoridad de intervención, definirá en cada caso cómo y en qué tiempo se hará el traslado de los usuarios, con el fin de salvaguardar el servicio público de salud.

Artículo 48. Competencias de inspección, vigilancia y control. La Superintendencia de Sociedades será la responsable de la inspección, vigilancia y control de los grupos económicos en que participen las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando las actividades de salud no sean el objeto principal del grupo. Sin perjuicio de lo anterior, la inspección, vigilancia y control de las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control en los casos en que se coarte la libre competencia, se presente competencia desleal o ante el abuso de la posición dominante, en cualquiera de sus manifestaciones, mediante el manejo de tarifas u otros mecanismos, por parte de los acgentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las funciones de inspección, vigilancia y control del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar quedan a cargo de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar -Coljuegos-. Los procedimientos y sanciones serán los establecidos en el Estatuto Tributario.

Artículo 49. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema verbal será la regla general, y el Superintendente determinará los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera

audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;
b) Si las pruebas pueden practicarse en audiencia, así se hará;
c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;
d) Dentro de dicha audiencia se procederá a proferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

La inasistencia del investigado a las audiencias dará lugar a imponer multas hasta por mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada una de ellas.

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, ordenará la apertura de la investigación;
b) En un plazo de cinco (5) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;
c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;
d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;
e) La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;
f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera;
g) Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan merito ejecutivo.

Artículo 50. Sanciones. La Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial;
b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;
c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;

d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;
e) Revocatoria de la habilitación;
f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.

La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños y niñas será causal de agravación de las sanciones.

Las sanciones que se impongan a personas naturales se harán previo el análisis de la culpa eventual responsable y no podrá fundarse en criterios de responsabilidad objetiva.

Artículo 51. Sanciones en eventos de conciliación. La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar sus funciones de inspección, vigilancia y control en las direcciones de salud departamentales, distritales o de los municipios de categoría especial.

El Superintendente Nacional de Salud, ejercerá esta facultad mediante acto administrativo en el que se fije, entre otros asuntos, el plazo de duración y las funciones objeto de delegación, las cuales se desarrollarán conforme a la normatividad y procedimientos que aplique ésta Superintendencia.

Las Entidades Territoriales no podrán ejercer inspección, vigilancia y control a entidades de su propiedad o en las cuales tenga participación.

El Superintendente Nacional de Salud no podrá delegar las funciones relativas a la adopción de medidas especiales o de toma de posesión.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud en cualquier momento podrá avocar el conocimiento caso en el cual la Entidad Territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente a disposición de la Superintendencia.

Capítulo VIII
Disposiciones Transitorias

Artículo 53. Plazo para la implementación de la Ley. La presente 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. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 54. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La creación y habilitación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios, durante el término de transición, requerirá la autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 55. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidaran.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar.

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 la presente Ley.

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.

Artículo 56. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar. A partir de la entrada en operación de Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante dicha entidad el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

Artículo 57. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez éste sea suprimido.

Artículo 58. Declaraciones de giro y compensación. Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

Artículo 59. Saneamiento de deudas. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicaran las sanciones a que haya lugar.

Artículo 60. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga. Los recobros y reclamaciones ante Fosyga que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años. Para su reconocimiento y pago se exigirá los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, previa auditoría que será sufragada por las entidades recobrantes ó reclamantes. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud. Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recobros pendientes de pago por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud se efectuarán conforme a lo señalado en el Decreto 347 de 2013.

Los recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud que se encuentren en proceso de reclamación judicial podrán ser objeto de arreglo directo entre el demandante y el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual solo se requerirá de una transacción entre las partes y el desistimiento del proceso.

Artículo 61. Trámite de glosas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud para el uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

Capítulo IX
Disposiciones Finales

Artículo 62. Fondo de garantías para el sector salud. Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los siguientes objetivos:

a) Procurar que los agentes del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria que permita dar continuidad a la prestación de servicios de salud;
b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;
c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema;
d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema;
e) Compra o ceder cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

a) Recursos del Presupuesto General de la Nación;
b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;
c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación Salud-Mía;
d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;
e) Los recursos de la subcuenta de garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;
f) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para la Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal a la respectiva subcuenta.

Parágrafo. Hasta la fecha de supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.

Artículo 63. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud cofinanciarán los componentes del Régimen Subsidiado, las acciones de salud pública y la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos, la cual se denominará como oferta pública. El Conpes Social determinará los porcentajes de los componentes señalados en el presente artículo, de conformidad con las prioridades de política del Sistema.

La distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para cofinanciar la oferta pública podrá considerar los siguientes componentes y criterios de distribución territorial:

a) Una bolsa para cofinanciar la atención a la Población Pobre No Afiliada a cargo de las Entidades Territoriales – PPNA-;
b) Una bolsa que contribuya al financiamiento de la oferta mínima esencial en condiciones de eficiencia en los Departamentos y Distritos, a través de instituciones de carácter público, no asociada a la producción y venta de servicios de salud;
c) Una bolsa para financiar el Fonsaet de conformidad con la Ley 1608 de 2013;
d) Una bolsa para compensar las diferencias en la distribución del Sistema General de Participaciones producto de variaciones en la población, y para incentivar la eficiencia de la Red de Prestadores de Servicios de Salud públicos.

Los criterios de distribución territorial para el componente de PPNA serán la población pobre no asegurada, ajustada por dispersión territorial y el aporte patronal. Para el componente de oferta mínima esencial la distribución se realizará con base en criterios de población y eficiencia, entre aquellas Entidades Territoriales con oferta pública en condición monopólica, para los servicios mínimos esenciales que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el componente de Fonsaet se considerará lo dispuesto en la Ley 1608 de 2013. Para el componente de compensación y eficiencia se considerará la asignación de la vigencia anterior y los ingresos, gastos, producción, indicadores de calidad o resultados de salud.

Parágrafo 1. Los aportes patronales no podrán incrementarse de un año a otro por encima de la inflación, excepto por incremento de reformas legales o normativas.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta pública para financiar el valor por persona de Mi-Plan y definir la transformación de recursos de oferta pública a Régimen Subsidiado.

Parágrafo 3. Los excedentes del Sistema General de Participaciones asignados para PPNA de vigencias anteriores, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se destinarán al saneamiento fiscal y financiero de las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud en los términos señalados en el artículo 8° de la Ley 1608 y sus

reglamentos, siempre y cuando no existan a cargo del Municipio y del Departamento o Distrito deudas por la prestación de servicios de salud.

Artículo 64. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas. Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

Los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado a la expedición de la presente Ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del periodo o por el retiro por evaluación, una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

Las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, estarán integrada de la siguiente manera:

a) El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá;
b) El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado;
c) Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente constituidas mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud;
d) Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por votación. En el evento de no existir en la Empresa Social del Estado profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del orden municipal además de los miembros ya definidos en el presente artículo, tendrán como miembro de la Junta Directiva al Gobernador del Departamento o su delegado.

Los miembros de la Junta Directiva, tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos.

Artículo 65. Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer

sostenibles las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política.

Artículo 66. Facultades extraordinaria minorías étnicas. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno Nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas.

Parágrafo. Los decretos con fuerza de ley que se expidan contendrán, cuando se requiera, de esquemas de transición que permitan dar aplicación a las disposiciones que allí contenidas.

Artículo 67. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 15, los artículos 171, 172 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; y los artículos 25, 26, 27 y 137 de la Ley 1438 de 2011.

Transcurrido el esquema de transición definido en la presente Ley, se entienden derogados el literal c del artículo 155, el artículo 156, el numeral 1) del artículo 161, los artículos 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 205, el numeral 1) del artículo 214, el artículo 215, y el inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100 de 1993; el artículo 49 y el inciso número seis del artículo 66 de la Ley 715 de 2001; el literal a) del artículo 13, y los artículos 15, 16 y 19 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 31, 57, 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

Esta exposición de motivos está dividida en dos secciones. La primera contiene un balance de los principales logros y tareas pendientes del sistema salud colombiano con el objetivo de identificar los avances que la presente ley debe profundizar y señalar los principales retos que justifican los cambios desarrollados en el articulado. La segunda sección describe cada uno de los capítulos que componen el articulado.

1. Los logros y las tareas pendientes en el sistema de salud colombiano

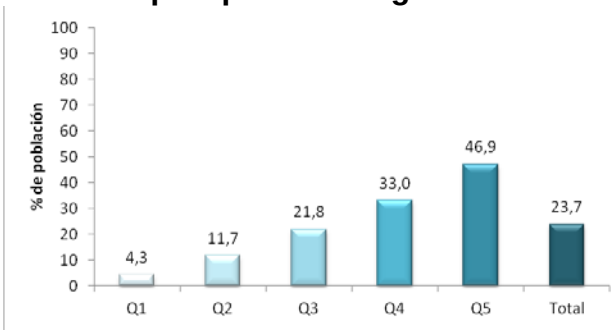
La Ley 100 de 1993 se diseñó para hacer frente a un sistema de atención en salud inequitativo con serios problemas de acceso y calidad para la mayor parte de la población colombiana. Después de casi 20 años continúan con fuerza presiones de diferentes sectores de la sociedad para revaluar el esquema actual y llevar a cabo reformas que den solución a los cuellos de botella que presenta el sistema y mejoren el estado de salud de los colombianos.

En el marco de este debate es necesario recordar los principales problemas que justificaron la introducción del Ley 100: hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios; profesionales de la salud insatisfechos; y usuarios mal atendidos[1,2].

Uno de los principales problemas era la baja cobertura. Para 1993 la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24% de la población y presentaba una gran inequidad. Mientras que el 47% del quintil más rico estaba cubierto, éste porcentaje caía a sólo 4,3% para el quintil más pobre (Encuesta de Calidad de Vida, cálculos MSPS- gráfica 1).

[1] Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá, 1994.
[2] Esguerra Gutiérrez Roberto. Aún no es hora de reformar la Ley 100, Colombia Médica, 1996.

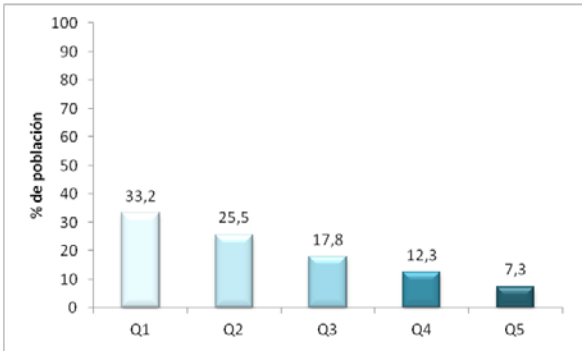
Gráfica 1.
Afiliación a salud en 1993
por quintil de ingreso



Fuente: ECV 1993, cálculos MSPS

Esta inequidad se traducía en una menor posibilidad de recibir atención y en un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992 el 33,2% de la población más pobre (quintil 1) no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos (quintil 5) (Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS-gráfica 2).

Gráfica 2.
Porcentaje de ausencia de atención médica
en caso de enfermedad



Fuente: ECV 1992, cálculos MSPS

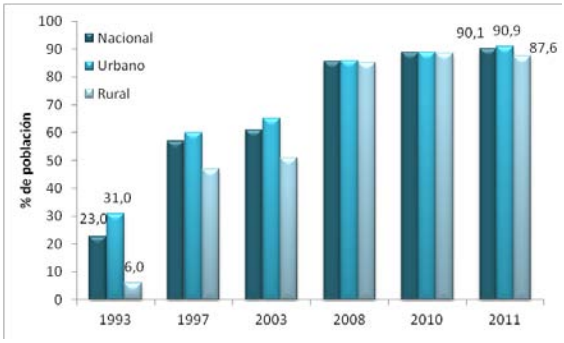
Para ese mismo año, los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año. Mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5%. Los gastos en hospitalización representaban un 64% para los más pobres y 17% para los más ricos (ENH, cálculos MSPS).

Otras fuentes confirman el diagnóstico anterior. Según el Estudio Sectorial de Salud de 1990[3], la cobertura de aseguramiento social era del 15.7% de la población[4], el 63,3% de las necesidades de atención médica no eran atendidas lo cual llegaba al 75,1% en las regiones más pobres del país y al 84% entre la población ubicada en el quintil más pobre según ingreso[5].

Lo anterior estaba acompañado por una estructura de financiamiento regresiva, sin ningún tipo de solidaridad entre los agentes. La mitad (50%) de los recursos públicos para la salud se canalizaban, a través del subsistema de seguridad social (ISS), para menos del 20% de la población (los de mayor capacidad de pago y con empleos formales). El 50% restante de los recursos se destinaban al subsistema público (red pública) para cubrir al 70% de la población.

Los esfuerzos realizados en los últimos años lograron que el país avanzara al pasar del 24% de cobertura en 1993, a una cobertura muy cercana a la universalización (90.1% según Encuesta de Calidad de Vida 2011)[6]. Ver gráfica 3.

Gráfica 3.
Cobertura en salud 1993 – 2011



Fuente: ECV, cálculos MSPS

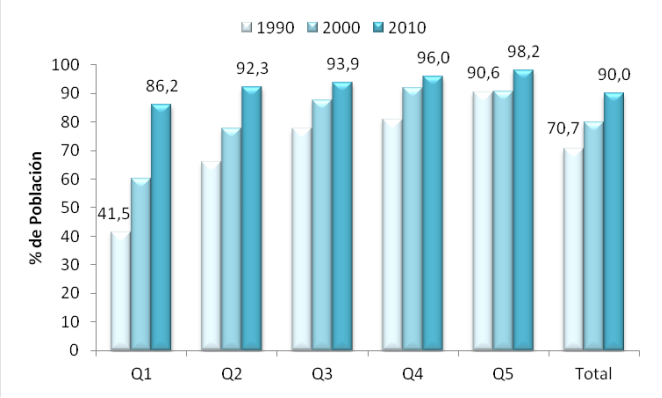
El aumento en la cobertura disminuyó la enorme desigualdad inicial, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. La afiliación en salud en el 20% más pobre de la población pasó de 4,3% en 1993 a 87,0% en 2011 y la afiliación en las zonas rurales pasó de 6,6% en 1993 a cerca del 88% en 2011 (ECV, cálculos

[3] Yepes, F. (1990). La salud en Colombia. Tomo II. Ministerio de Salud – DNP, Estudio Sectorial de Salud.
[4] Ministerio de Salud – DNP (1990). Estudio Sectorial de Salud.
[5] Pabón, H.(1985) Evaluación de los servicios de salud. Universidad del Valle Facultad de salud, Departamento de Medicina Social. Cali.
[6] Los registros administrativos para el cierre del año 2012 muestran una cobertura del 96%. En el régimen subsidiado 22.605.292 afiliados y en el régimen contributivo 19.957.672 afiliados.

MSPS). Así, la reforma al sistema de salud promovió una mayor progresividad y equidad en la distribución de subsidios. Estimaciones muestran que el sistema de salud disminuye la pobreza en 4,78 puntos porcentuales y reduce la desigualdad, medida por el coeficiente de Gini, en 2,54 (cálculo con base ECV 2008).

La información disponible muestra un mayor uso de los servicios relacionados con salud reproductiva (aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo, el parto y la mortalidad infantil). El porcentaje de mujeres con al menos cuatro controles prenatales, pasó de un 70% en 1990 a 90% en 2010. Para la población más pobre, esta proporción pasó de 41,5% a 86,2% en el mismo período (ENDS-gráfica 4).

Gráfica 4.
Porcentaje de mujeres con un número de controles mínimo por nivel de ingreso

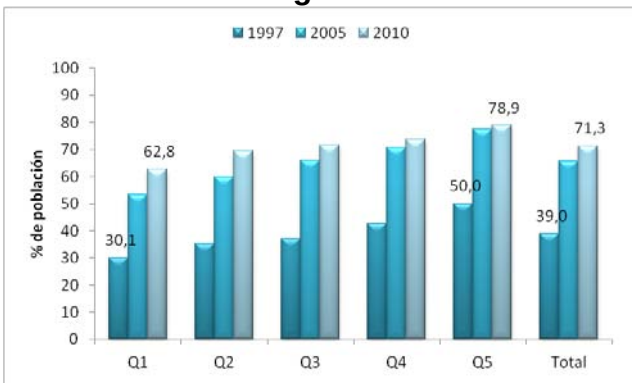


Fuente: ENDS, cálculos MPS

El mayor acceso al control prenatal ha sido claramente progresivo. El acceso a la atención médica en el parto también ha aumentado de manera considerable, de un 30% a nivel nacional y un 116% para las mujeres de los segmentos más pobres, para el periodo entre 1993 y 2010 (ENDS, cálculos MSPS).

La mayor cobertura también se ha dado como un mayor acceso de la población a los servicios de salud con propósito de prevenir la enfermedad. El acceso a la consulta por prevención creció en un 83% entre 1997 y 2010. Este crecimiento se explica en parte, por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población (ENDS, cálculos MSPS) Ver gráfica 5.

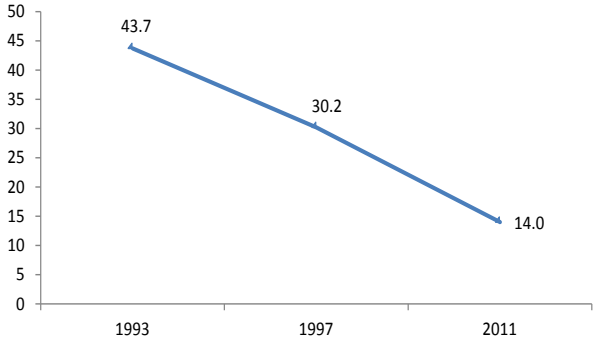
Gráfica 5.
Porcentaje de consulta de prevención por nivel de ingreso



Fuente: ENDS, cálculos MSPS

Los avances en cobertura tienen como uno de sus efectos la protección financiera de la población. Esto significa que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos para hacer uso de los servicios de salud. En Colombia el gasto de bolsillo pasó de representar el 44% del gasto total en salud en 1993 a tan solo un 14,0% en 2011 (Barón (2007 y 2013), cálculos MSPS) Ver gráfica 6. En relación a los objetivos de protección financiera se puede evidenciar la reducción del gasto de bolsillo en salud, así como la reducida proporción de gasto catastrófico según diferentes estudios[7,8y9].

Gráfica 6.
Gasto de Bolsillo



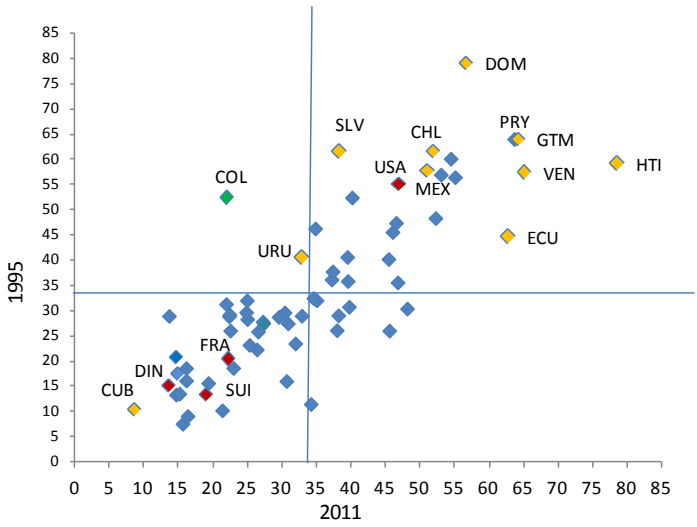
Fuente: Barón (2007 y 2013), cálculos MSPS

[7] Giedion, U., & Villar Uribe, M. (2009) Colombia's Universal Health Insurance System. Health Affairs.
[8] Ruiz, F., Zapata, T. & Garavito, L. (2012) The Colombian Health Care System: Results in Equity and Progressiveness 2003-2008. Submitted to the Pan American Journal of Public Health
[9] Amaya, J., & Ruiz, F. (2011). Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. International Journal of Health Care Finance & Economics.

El esfuerzo financiero que ha hecho el Estado Colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud, con lo cual el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud pasó de ser 52.3% en 1993 a 22% en 2011 (gráfica 7). Esto lo ubica mejor que otros países latinoamericanos y mejor que muchos países desarrollados.

Gráfica 7.

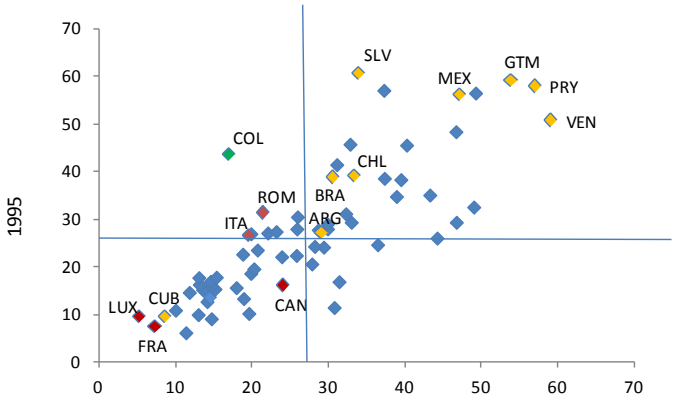
Gasto privado como porcentaje del gasto total en Salud



Fuente: WHO y BM, Colombia datos para 1993

Gráfica 8.

Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en Salud



Fuente: WHO y BM, Colombia datos para 1993

Igual sucede cuando comparamos la caída del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud (gráfica 8). Colombia pasó de estar por encima del gasto de bolsillo promedio (entre los países seleccionados) en 1995, a estar por debajo del promedio en 2011, lo cual hace que el país sea uno de los que más avanzó en materia de protección financiera en salud de los ciudadanos, comparado no solo con América latina, sino con países más desarrollados.

Adicionalmente, las decisiones recientes han de mejorar la protección financiera para los hogares más pobres. La unificación del Plan de beneficios entre los dos regímenes benefició a los usuarios del régimen subsidiado al incluir ítems del NO POS subsidiado en el POS subsidiado. Al incluir nuevos medicamentos y procedimientos al POS subsidiado, se ha dado una progresiva igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado; la diferencia entre la prima pura del régimen contributivo y del régimen subsidiado bajó del 40% a tan 8% para 2013.

En conclusión, la Ley 100 de 1993 aumentó la cobertura, cerró la brecha entre ricos y pobres, brindó a la población un mejor acceso a los servicios de salud y aumentó la protección financiera de los usuarios. Esto se reflejó en mejoras en variables objetivas y subjetivas de salud.

Retos

La reforma de 1993 ha sido una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud. La evidencia muestra que la mayor parte de esos objetivos se lograron en los pasados 20 años.

Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutividad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutiviadad de aquellos

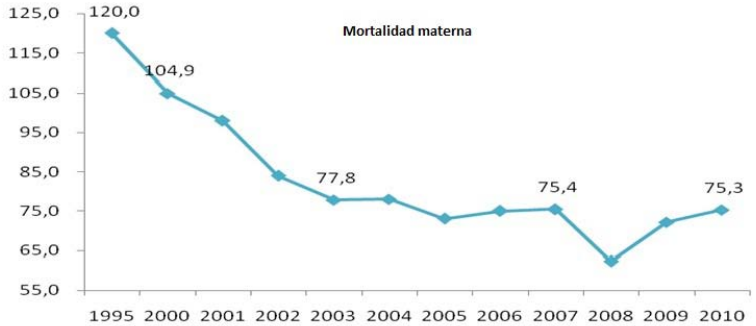
procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad.

Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los recobros al sistema a través de los servicios no incluidos en el plan de beneficios (No POS). El resultado en el contexto institucional y de muchos usuarios es la limitada legitimidad del sistema.

Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema.

Una revisión rápida de ciertos indicadores de salud es evidencia de lo anotado anteriormente. Aunque la esperanza de vida al nacer ha progresado a una tasa similar a la de otros países de la región, la mortalidad infantil ha disminuido, igual que la desnutrición infantil, otros indicadores son una tarea pendiente por mejorar. La tasa de mortalidad materna tuvo por 10 años una mejoría que se ha estancado a un nivel muy alto. Ver gráfica 9.

Gráfica 9.
Tasa de Mortalidad Materna 1995 -2010



Fuente: Estadísticas vitales DANE 2010

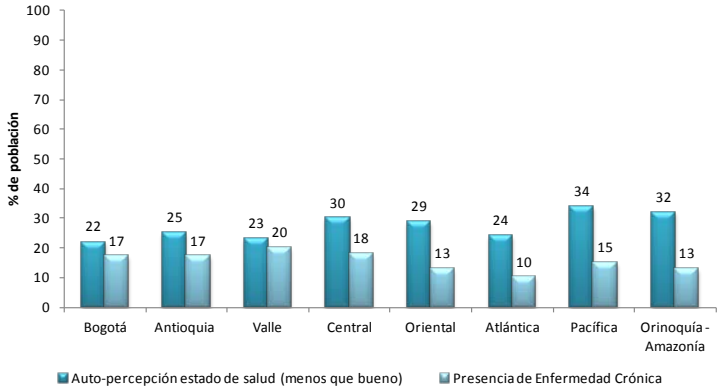
Otro aspecto importante que debe mejorarse es la inequidad regional. Las cifras de la ECV 2010 evidencian diferencias importantes entre regiones. En la gráfica 10, al

preguntar sobre la percepción del estado de salud, se encuentra que el estado de salud percibido como “menos que bueno” presenta marcadas diferencias entre Bogotá (22%) y la región Pacífica (34%). Estas diferencias sugieren la presencia de condiciones de inequidad que ameritarían enfoques estratégicos diferenciales con miras a cerrar las brechas existentes.

Esta misma diferencia se encuentra al comparar las zonas urbanas y rurales. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, el 22,5% de la población urbana contestó tener una salud estado de salud “malo” o “regular”. En contraste el 34,1% de la población rural refirió tener un estado de salud “malo” o “regular”.

Lo mismo ocurre con la presencia de enfermedad crónica. La ECV 2010 muestra mayor prevalencia en aquellas regiones donde la auto-percepción de mala salud es inferior. Este resultado sugiere que donde la auto-percepción de mala salud es mayor (Pacífico y Orinoquía-Amazonía) hay una menor detección de estas enfermedades, derivadas de un acceso limitado a los servicios de salud por diferentes tipos de barreras (geográficas, culturales o económicas).

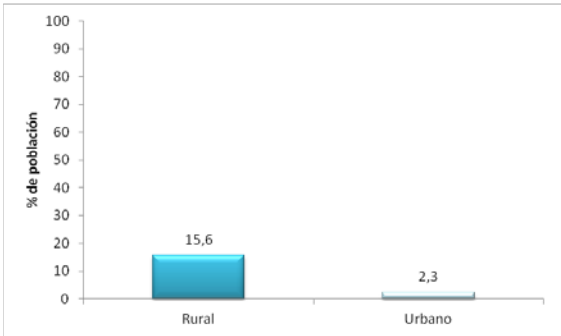
Gráfica 10.
Estado de Salud



Fuente: ECV 2010, cálculos MSPS

Las características de dispersión geográfica y la falta de oferta articulada de los servicios de salud, propias de las zonas rurales del país, configuran una de las principales barreras al acceso de la población rural. Por ejemplo, el 16% de la población rural que no accedió a servicios de salud en caso de requerirlo, debido a que el centro de atención medica se encontraba muy lejos, cifra que en el caso urbano solo llegó a un 2,3% (gráfico 11).

Gráfica 11.
No asistencia a consulta médica en caso de enfermedad por la distancia al centro de atención.



Fuente: ECV 2011

Un caso concreto de estas diferencias resulta al comparar los indicadores departamentales de la Guajira con los resultados a nivel nacional. Como se observa en la tabla 1, en todos los indicadores presentados el departamento tiene unos resultados inferiores a comparación del nivel nacional.

Tabla 1. Comparación de los resultados de los indicadores de salud materno infantil del departamento de La Guajira con los resultados a nivel nacional

Indicador	Guajira	Nacional
Tasa de mortalidad por cada 1.000 niños menores de 5 años	26,77	16,63
Tasa de mortalidad por EDA por cada 100.000 menores de 5 años	25,10	7,34
Desnutrición crónica o baja talla para la edad en niños menores de 5 años	27,9	2,7
Desnutrición aguda o bajo peso para la estatura en niños menores de 5 años	1,8	0,9
Desnutrición global o bajo peso para la edad	11,1	3,4
Sobrepeso o alto peso para la talla en menores de 5 años	2,3	4,8
Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	220,46	72,88
Mujeres en edad fértil con delgadez o desnutrición	8,5	4,8
Ausencia de atención prenatal	11,5	3,0

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2009, ENDS 2010

Los malos resultados en salud tienen una correlación clara con las zonas del país más pobres, con mayor penetración del conflicto armado y mayor dificultad geográfica en el acceso. Mejorar los resultados en salud en estas áreas es un reto en el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar los determinantes del estado de salud de estas poblaciones.

En síntesis, a pesar de los avances mencionados, falta mucho por recorrer en el camino por construir y consolidar un sistema de salud con altos niveles de calidad, centrado en el usuario, financieramente sostenible, fuerte institucionalmente y que oriente sus

acciones con base en obtener los mejores resultados en salud de la población. Por esta razón esta reforma busca realizar cambios de fondo que permitan cambiar el rumbo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esto incluye acciones para el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados a los pacientes y la reducción de las barreras de acceso, para el mejoramiento de las condiciones de operación del sistema y del flujo y uso adecuado de los recursos.

Las barreras de acceso a los servicios de salud es un tema sensible para los usuarios, especialmente en los momentos que se requiere atención por enfermedad pero también en las acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención, cuya no realización oportuna genera mayores costos para la sociedad cuando no se realizan de manera adecuada y oportuna. Según la ECV de 2011 dentro de las razones de no uso de los servicios de consulta externa se destaca el mal servicio o la cita distanciada (12,17%) y la falta de dinero para asistir (6,97%).

A pesar de que la cobertura del sistema de salud es casi universal, los problemas en el acceso siguen teniendo un papel importante en la crisis del sistema. Estos problemas de acceso se hacen más evidentes en la medida que la complejidad y el costo esperado de la atención se incrementan.

Las barreras que limitan el acceso se pueden clasificar en tres grupos: geográficas, de carácter financiero y administrativas. Las barreras geográficas son las que aparecen con la dispersión poblacional, la distancia a los centros poblados, la precariedad en las vías de comunicación o los altos costos de transporte y que tiene como resultado las inequidades en los resultados en salud mostradas anteriormente. En estos municipios la población es rural y perteneciente al régimen subsidiado. Para recibir atención, la población debe desplazarse a los centros de atención, donde habitualmente la distancia y los costos del traslado son altos. En este escenario, tanto las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) obtienen un beneficio económico cuando la población afiliada no hace uso de los servicios. Dado que en estas zonas no existen condiciones de mercado ni una posibilidad de competencia, es preciso ajustar el funcionamiento del sistema en estas zonas.

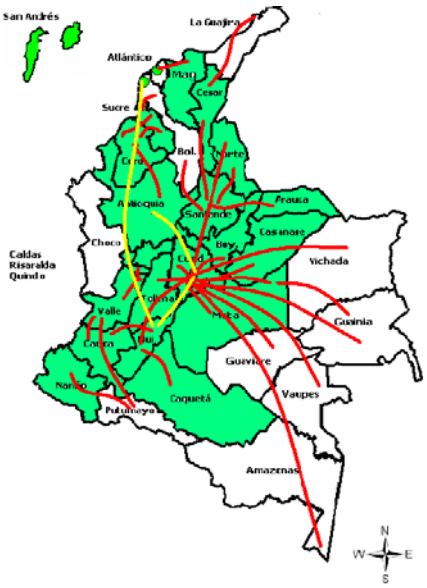
Existen barreras de carácter financiero en diferentes niveles del sistema. Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida

que crece el nivel de complejidad de los servicios[10]. Esta situación puede reflejar desequilibrios en el sistema y algunos estudios muestran que los hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores[11].

Por otra parte, bajo un esquema predominantemente de pago por servicios, el aumento en la demanda de servicios generó demoras en los pagos a los prestadores. Las deudas reportadas por los hospitales crecieron de manera preocupante (ver gráficas 12 y 13). Este crecimiento afecta negativamente la calidad de la atención a los usuarios, debido a que las IPS no pueden costear los pagos a los proveedores o a que las IPS utilizan como una medida de presión para lograr el pago de las acreencias, el riesgo en el deterioro en la calidad. De acuerdo con la Resolución 2509 de 2012, más del 40% de las IPS públicas fueron categorizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto

Así las redes de servicios que debían organizar y garantizar las EPS, comenzaron a evidenciar problemas por la falta de pago. A manera de ejemplo, el mapa 1 ilustra los recorridos que han debido hacer las familias con niños que sufren de Leucemias Agudas. Estos niños han tenido que hacer migraciones obligadas para obtener la atención médica requerida en parte por la intermitencia de los pagos de la EPS a los prestadores.

Mapa 1.
Recorrido de una selección de niños con Leucemias Agudas. 2010 y 2011



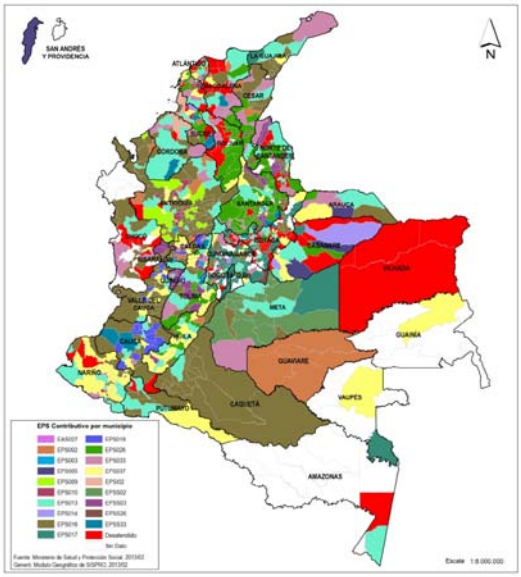
[10]Ruiz, F., & Uprimny, M., (2012) Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ecoe Ediciones, Universidad Javeriana, Asocajas
[11] Nuñez, J., Zapata, J., Castañeda, C., Fonseca, S. & Ramirez, J., (2012) La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano – Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Fedesarrollo.

Fuente: Sivigila 2010 y 2011

Esta situación está relacionada con la desconfiguración del sistema hospitalario. Para posibilitar condiciones de competencia y merced a la debilidad del sistema de habilitación de IPS. Se generaron incentivos para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad. Esto la llevado al cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna. Igualmente origina el crecimiento de las unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagineología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutividad final del sistema hospitalario.

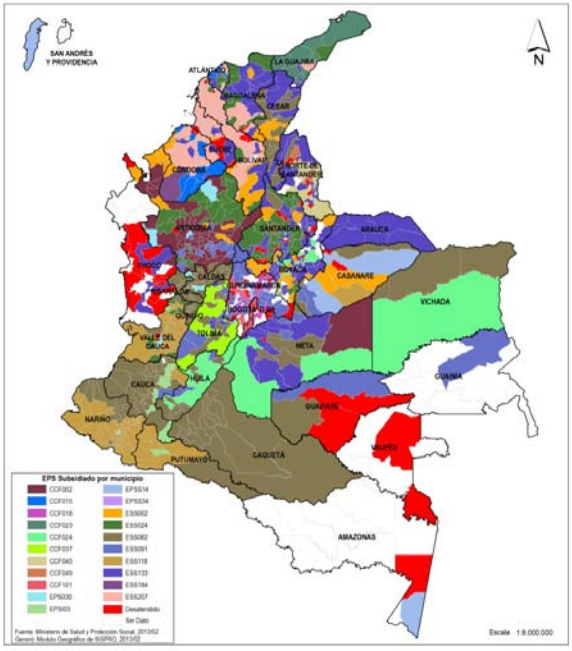
Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención. Los mapas 2 y 3, ilustran la fragmentación de la distribución de las atenciones de salud reportadas por las EPS del régimen del régimen contributivo y subsidiado. En estos mapas se identifica, a través de los colores, cual es la EPS que más está registrando atenciones por municipio.

Mapa 2.
Atenciones de salud por EPS. Régimen Contributivo



Fuente: RIPS, cálculos MSPS

Mapa 3.
Atenciones de salud por EPS. Régimen Subsidiado



Fuente: RIPS, cálculos MSPS

Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites (e.g. la autorización para la prestación de los servicios) a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto. La ECV del año 2011 que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios de des sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos[12].

En cuanto a la segunda, existen trámites largos y complejos que deben surtirse entre ambas instancias y que perjudican al usuario. A manera de ejemplo, considérese el cambio de régimen. Si una persona se encuentra en el régimen subsidiado y obtiene un empleo durante un período corto de tiempo, tendrá problemas para volver al régimen subsidiado. Hasta que la EPS no haya recibido hasta la última compensación, no

[12] El 34,6% de los encuestados considera que los trámites excesivos y/o dispendiosos

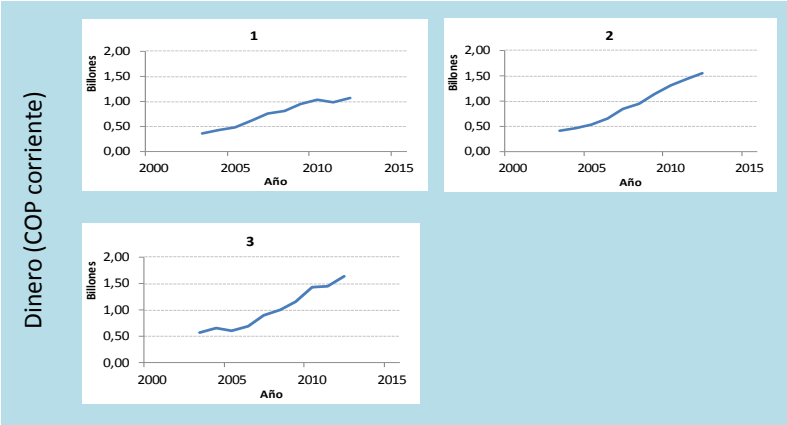
"libera" al usuario, impidiéndole afiliarse nuevamente al régimen subsidiado. Mientras este trámite surte efecto, el usuario y su familia se encuentran desprotegidos.

El funcionamiento actual del POS también acarrea problemas administrativos. A pesar de ser un paquete de beneficios amplio y comprehensivo, no ha avanzado al ritmo de las nuevas tecnologías para el cuidado de la salud. Las nuevas actividades, intervenciones y procedimientos en salud, así como los insumos y medicamentos que ingresan al país, lo hacen a un ritmo superior al que se evalúan para ingresar al POS. La no actualización del POS generó una ampliación de los beneficios a través de tutelas y dio origen a lo que se denomina gasto No Pos, concepto que no fue establecido en la Ley 100 de 1993. La sentencia T-760 y otras anteriores establecieron lineamientos sobre la forma en que se debían proveer estos bienes y servicios, convirtiéndose en un gasto creciente y sin mayor control, con diversos tipos de intereses alrededor de este fenómeno.

Adicional a la falta de actualización del POS, existen otros factores que explican la explosión del gasto No POS. Primero, la autonomía médica (la libertad que tienen los médicos para recetar cualquier medicamento disponible en el país) indujo una demanda por bienes y procedimientos no incluidos en el POS, bien sea porque no tienen sustitutos o similares en el POS o porque presentan una ventaja terapéutica para el usuario con respecto a lo incluido en el POS, pero con un costo elevado. La barrera administrativa radica entonces en la exclusión de estos bienes del POS, que debe ser resuelta a través de una acción de tutela. Adicionalmente, la exclusión de bienes del POS favoreció a los individuos de mayores ingresos en detrimento de los pobres. Se pierde así un objetivo fundamental del sistema: la equidad, donde los beneficios recibidos dependen de la necesidad y no de la capacidad de pago.

Otro de los retos que busca solucionar la reforma a la salud es el pago oportuno a los prestadores de servicios. La norma obliga a los prestadores a brindar atención a quien lo solicite, pero no es igual de imperativa en obligar al asegurador o pagador a cancelar los servicios prestados. Aunque medidas como el Giro Directo en el régimen subsidiado han comenzado a tener efectos positivos en cuanto a la oportunidad de los pagos, los hospitales continúan atendiendo a los enfermos pero los pagos por parte de las EPS han ido disminuyendo y la cartera vencida creciendo (Ver gráficas 12 y 13). Tanto instituciones públicas como privadas se han visto afectadas y su sostenibilidad ha sido puesta a prueba.

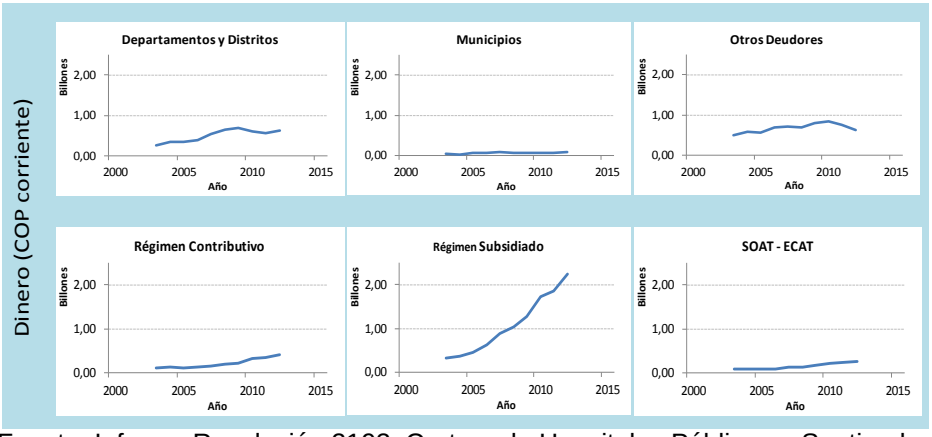
Gráfica 12.
Comportamiento Cartera IPS públicas por nivel de complejidad



Fuente: Informe Resolución 2193, Cartera de Hospitales Públicos a Septiembre de 2012, cálculos MSPS

La evolución del sistema ha permitido mejorar la transparencia en el manejo de los recursos desde la fuente hasta el asegurador. Las cuentas maestras, las bases de datos de afiliados, la planilla integrada de liquidación de aportes permiten tener una mayor claridad de los recursos. Pero una vez llegan a manos de las EPS su trazabilidad ya no es tan clara. Medidas que permitan hacer visibles la forma en que se manejan los recursos son un reto que debe ser resuelto con prontitud.

Gráfica 13.
Comportamiento Cartera IPS públicas por tipo de deudor



Fuente: Informe Resolución 2193, Cartera de Hospitales Públicos a Septiembre de 2012, cálculos MSPS

El uso inadecuado o ineficiente de los recursos de salud es otro de los retos que motiva los cambios presentados en esta ley. La normatividad vigente establece una finalidad clara para las fuentes que financian los servicios de salud. Asimismo, los recursos que reciben las EPS deben destinarse a la atención en salud, sin perjuicio de la porción que destinen a los gastos de administración. Son de conocimiento público los problemas donde los recursos de salud pudieron haberse utilizado para financiar la construcción de clínicas y en otros casos infraestructura no relacionada con la salud. A pesar de que se han girado los recursos que pagan las prestaciones en salud, estos dineros no parecen haber llegado a los prestadores. Alcanzar una mayor transparencia y trazabilidad de los recursos es una necesidad que debe satisfacerse con celeridad.

Pero también existe evidencia de serias ineficiencias. Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutividad en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007[13]. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS).

En síntesis, ha habido avances importantes en cobertura, acceso a servicios, equidad y protección financiera. Sin embargo, el sistema de salud colombiano enfrenta retos que atentan contra la calidad y oportunidad de la atención y contra la sostenibilidad financiera del sistema. La reforma busca hacer cambios de fondo en la forma como está estructurado el SGSSS, que solucionen estos problemas. El dilema que enfrenta el Estado para resolver la crisis es el de inducir cambios en el sistema que resuelvan los problemas sin perder, y por el contrario, buscando generar ganancias en el estado de salud y bienestar de los ciudadanos. Esto en el entorno de recursos limitados, tanto financieros como tecnológicos y humanos que tienen todos los sistemas de salud en el mundo.

Ante estos retos es necesario superar el problema de fragmentación del sistema de salud a través de la reestructuración de los roles e incentivos entre los diferentes agentes y el reposicionamiento de la función de rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social. Esto incluye alinear diferentes incentivos y mecanismos regulatorios

[13] Ruiz, F., & Uprimny, M., (2012) Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ecoe Ediciones, Universidad Javeriana, Asocajas

que permitan el logro de los objetivos de calidad y la superación de las barreras de acceso.

Para superar los problemas enunciados, el presente proyecto de reforma incluye, entre otras, las siguientes estrategias:

1. Recuperación de la capacidad de rectoría del Gobierno sobre el sistema a través del manejo directo (ex ante) del aseguramiento social, el control de los recursos, la información y las funciones (ex post) de inspección, vigilancia y control. Esto incluye la acción directa de los entes territoriales en la designación de los directores de hospitales y otras funciones de salud pública y habilitación de servicios.
2. Mancomunación integral del riesgo en salud a través de la integración de beneficios POS y No POS bajo la responsabilidad integrada de los agentes del sistema de salud.
3. Integración de los flujos financieros para reducir los costos de transacción, costos asociados a la demora en el pago de los servicios e insumos tecnológicos requeridos para las prestaciones. Esta estrategia incluye mecanismos para acelerar los flujos de recursos entre los diferentes actores del sistema y de estos con el Estado.
4. Integración de la provisión de información y el pago de servicios mediante la implantación de procesos estandarizados de reporte de información sobre la afiliación, el recaudo, la auditoria y el giro de recursos a los prestadores de servicios de salud.
5. Separación entre el financiamiento y la provisión de servicios.
6. Territorialización regulada del sistema de salud de acuerdo con las características de la población y la oferta disponible de servicios. Esto incluye la generación de redes integradas de prestadores reguladas por el ministerio de salud y los departamentos.
7. Integración de un articulador entre el financiador y el prestador de servicio. Este articulador es especializado en la gestión del riesgo y desprovisto de cualquier manejo sobre la liquidez financiera del sistema. Tiene funciones de compra de servicios y manejo de los riesgos de los usuarios a través del componente básico de atención.
8. Limitación a la integración vertical como estrategia para el fortalecimiento del sector hospitalario en sus condiciones de competencia. Limitación a la integración horizontal en la provisión e intermediación de medicamentos e insumos médicos como mecanismo para el control del precio.
9. Implantación de diferentes mecanismos e incentivos para el mantenimiento de la calidad de los servicios y funcionamiento eficiente del sistema. Entre ellos se encuentra el pago por desempeño y resultados en salud.

2. Descripción de cada uno de los capítulos de la Ley

En esta sección se detalla para cada capítulo de la Ley los problemas específicos que motivan los artículos incluidos y los principales beneficios que los cambios propuestos tendrán sobre el SGSSS.

2.1. Capítulo I. Disposiciones Generales

La presente Ley tiene por objeto redefinir el SGSSS. Propone cambios de fondo en la participación estatal y los roles de los diferentes actores del sistema. Estos cambios permitirán avanzar en la solución de los retos planteados en la sección anterior y buscan, entre otros, recuperar la legitimidad del sistema de salud y la confianza entre los actores, reducir la intermediación financiera que no genera valor, disminuir las barreras de acceso que resultan de la organización actual de los servicios de salud y del diseño del plan de beneficios, y fortalecer la inspección vigilancia y control.

El primero capítulo, además del objeto y el ámbito de la Ley, incluye un artículo que define el objetivo y las características del SGSSS. El artículo describe de manera general la nueva estructura del sistema de salud, los principales actores (el Gobierno Nacional, las entidades territoriales, los usuarios, la entidad encargada de la afiliación y el flujo de recursos, los gestores de salud y las redes de prestación de servicio), sus principales responsabilidades y la nueva forma de operación. Todos estos elementos se profundizan en el resto del articulado.

En este capítulo también se incluyen los principios que orientan el SGSSS y que tienen por objetivo marcar las directrices generales que todos los actores, incluido el regulador, deben respetar para alcanzar adecuadamente los objetivos del sistema. Dichos principios además tienen como utilidad dar elementos para la interpretación de la ley y de la reglamentación que de ella se derive. Se resalta la reafirmación de principios como la protección especial a niños y niñas, la libre escogencia, la integralidad y el principio pro homine, entre otros.

En general la reforma busca alinear los incentivos de todos los agentes de manera que sean compatibles con el objetivo preponderante de mejorar la calidad del servicio de salud y disminuir las barreras de acceso. El énfasis está puesto en el funcionamiento del sistema, en corregir las fallas históricas que afectaron la calidad, oportunidad e integralidad de los servicios, propiciaron la corrupción y la desviación de recursos, entorpecieron el flujo de recursos, y pusieron en peligro la sostenibilidad del sistema. La reforma está pensada en las necesidades de la gente, no en las pretensiones económicas de los agentes (muchas de ellas válidas).

La reforma deja algunos temas de lado. No porque no se consideren importantes sino porque, a juicio del gobierno, su abordaje no requiere modificaciones legales. Por ejemplo, la reforma no aborda los temas de recurso humano: el Ministerio de Salud y Protección Salud (MSPS) tiene una estrategia sobre el tema que incluye, entre otras cosas, incentivos para aumentar la oferta de especialistas y acciones específicas para incrementar la capacidad resolutiva de los médicos generales. La implementación de esta estrategia no requiere modificaciones en la normatividad vigente. Lo mismo ocurre con los temas de salud pública: no son tratados de manera directa en la reforma, pero son materia de Plan Decenal de Salud Pública que será publicado por el MSPS en abril de 2013.

2.2. Capítulo II. Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La creación de Salud-Mía como una entidad financiera de naturaleza especial, encargada de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud, responde principalmente a la necesidad de solucionar cuatro grupos de problemas. El primer grupo tiene que ver con la dispersión de fuentes de financiación del sistema; el segundo, con las dificultades operativas de la administración del FOSYGA; el tercero, con los costos asociados a la administración del FOSYGA y los procesos delegados en las EPS; y el cuarto, con las dificultades en la afiliación, en el recaudo y en los pagos a prestadores. Estos problemas han afectado el acceso de los usuarios a los servicios de salud y en general el desempeño del sistema de salud.

Con relación al primer grupo de problemas, es preciso señalar que el SGSSS en el año 2012 recaudó $26 billones a través de 16 fuentes distintas. En la financiación del sistema confluyen recursos fiscales y parafiscales con distintos procesos de recaudo, asignación y flujo, lo que dificulta el control y el flujo de recursos. La dispersión y multiplicidad de actores en la administración de los recursos genera rigideces en torno a sus fuentes y usos y ha dado pie a la expedición de múltiples leyes y decretos para modificar la destinación de algunas de las fuentes financieras con el fin de cubrir necesidades en otros frentes o mejorar el flujo de recursos del sistema (Ley 1439 de 2011).

La estructura actual de financiamiento del Sistema es compleja. Uno de los objetivos de la nueva entidad es que, respetando la titularidad territorial de recursos, como el Sistema General de Participaciones, las rentas cedidas o los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, las fuentes que financian el SGSSS se recauden y controlen de

manera centralizada y se giren o transfieran a sus beneficiarios o destinatarios finales desde un mismo fondo, logrando así un mayor control y una mejor información sobre el flujos de recursos.

Adicionalmente, los cambios estructurales introducidos por la Reforma Tributaria (Ley 1607 de 2012) justifican la creación de Salud-Mía. Esta reforma modificó la estructura de financiamiento del sector salud al incrementar la participación de los recursos fiscales por medio del impuesto de renta para la equidad CREE: a partir del 2014 más de un 60% de la financiación del SGSSS se hará con recursos fiscales. Este cambio generará una estructura de financiación distinta, ya no sustentada en las contribuciones, la cual justifica la necesidad de contar con una entidad que concentre las fuentes que financia el SGSSS.

Finalmente, la igualación de los planes de beneficio entre los regímenes Contributivo y Subsidiado, ordenada por la Corte Constitucional y puesta en práctica el año anterior, justifica la concentración de todas las fuentes de financiamiento en un solo fondo. Conceptualmente ya no existe la diferencia, que existió originalmente en la Ley 100 de 1993, entre el financiamiento de ambos regímenes: el Contributivo se financiaba con contribuciones y el Subsidiado, con impuestos generales. Borrada esta distinción, tiene aún más sentido la acumulación de los recursos disponibles en un único fondo.

El segundo grupo de problemas tienen que ver con las dificultades operativas en la administración de los recursos. La estructura de financiamiento del SGSSS y los distintos actores que concurren en el recaudo, operación y control de los recursos, ha generado la necesidad de estructurar procesos complejos al interior del FOSYGA, procesos que han estado históricamente en cabeza del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, de algunas firmas especializadas (contratadas para este efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social) y de algunas direcciones el MSPS.

El FOSYGA maneja cerca de 100 procesos misionales y 30 transversales que se podrían reducir significativamente con la propuesta integral de la reforma. Se estima que con la puesta en marcha de Salud-Mía, aproximadamente 25% de los macro procesos que hoy existen en el FOSYGA se eliminarían y 8% se simplificarían. Uno de los procesos que ilustra las dificultades en el control de los recursos es la conciliación del recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo de Salud, regulada por el Decreto 2280 de 2004. En teoría, este proceso le permite al FOSYGA ejercer un adecuado control del recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo de salud. La conciliación se debe realizar mensualmente por cada EPS. A diciembre de 2012 de un total de 1.916 periodos, tan solo se había logrado conciliar el 9% (171 periodos), según información del Sistema Integrado de Información del FOSYGA.

El tercer grupo de problemas tiene que ver con los costos asociados a la administración del FOSYGA y los procesos delegados en las EPS. La futura operación de Salud-Mía permitiría reducir los costos actuales. Actualmente estos costos se originan en la administración fiduciaria y la recepción y revisión de recobros y reclamaciones, en la auditoría especializada e interventoría al contrato de administración fiduciaria y en los costos incurridos por el FOSYGA en los procesos de ordenación y seguimiento (Ver tabla 2). Los costos anuales por la operación y gestión del FOSYGA ascienden a $63.998 millones, que sumados a aquellos asociados al recaudo de las cotizaciones suman $118.000 millones año.

Tabla 2.
Costos de la operación y gestión del FOSYGA año 2012
(Cifras en millones de 2012)

CONCEPTO	Costo
Administrador Fiduciario de los Recursos del FOSYGA y recepción y revisión de cuentas recobros y reclamaciones	$50.458,00
Auditoría especializada al FOSYGA e interventoría del contrato de administración fiduciaria	$7.296,00
Procesos de ordenación del Ministerio y aseguramiento al FOSYGA	$6.244,00
TOTAL	$63.998,00

Fuente: MSPS

Los costos de operación, funcionamiento y desarrollo tecnológico de la nueva Entidad se estiman en $55.000 millones del año 2016[14], costo que representaría ahorros de aproximadamente el 57% frente al esquema de administración y operación actual, sin incluir los costos de transacción que disminuirían o desaparecerían por los nuevos esquemas de operación que se plantean en este proyecto de Ley.

Salud-Mía también estará encargada del recaudo de las cotizaciones, que en la actualidad representa aproximadamente $ 14 billones y que después de la implementación de la Reforma Tributaria ascenderá a aproximadamente a $ 8 billones. Este proceso se encuentra delegado actualmente en las EPS quienes realizan el recaudo a través de la planilla única de liquidación de aportes (PILA) administrada por operadores de información (existen 16). El recaudo se realiza en cuentas bancarias de las EPS y el proceso es pagado con los recursos de los rendimientos financieros de las mismas cuentas, propiedad del FOSYGA, y con una fracción del componente de gasto administrativo incluido en la UPC. Las EPS recaudan las cotizaciones y desarrollan un

[14] Para el primer año 2015 se estima que además del costo de funcionamiento y operación se requerirán inversiones iniciales en infraestructura y adecuaciones del orden de $18.000 millones de pesos.

proceso denominado “giro y compensación”, que consiste en deducir del total recaudado los derechos correspondientes a la UPC y otros conceptos y girar el superávit o reclamar el déficit al FOSYGA. Este complejo mecanismo no sería necesario en un modelo de recaudo directo por la nueva entidad Salud-Mía, la cual giraría a cada Gestor los derechos que le corresponden uniendo información de afiliación y pagos.

El proceso actual de recaudo de cotizaciones no solo es complejo sino que implica costos abultados. En un análisis de los últimos cinco años, el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en la información suministrada por las EPS, estableció que el costo promedio anual de recaudo de cotizaciones a pesos del año 2011 ascendió a $55.000 millones, de los cuales 60% es pagado a los operadores de información de la PILA ($33.000 millones) y el restante ($22.000 millones) a entidades financieras, por los convenios que las EPS deben realizar para garantizar el recaudo. Existe diversidad de precios en las tarifas de los operadores de PILA que oscilan entre los $185 y los $1.700 por registro procesado. Una negociación centralizada y no dispersa como lo es hoy, realizada por Salud-Mía, permitiría una importante reducción de costos y manejo de economías de escala.

El cuarto tipo de problemas tiene que ver con las dificultades para la administración de la información. Actualmente el administrador fiduciario del FOSYGA tiene como obligación hacer desarrollos en sistemas para hacer operativos los procesos y adaptarse a la dinámica de cambios normativos. Estos desarrollos se hacen a través de un tercero especializado. En este esquema el Ministerio de Salud y Protección Social, responsable de la ordenación del gasto, no tiene relación directa con el tercero, ni lo controla directamente, lo que ha entorpecido los procesos y ha obligado a aplazar la implementación de las normas.

Los ajustes normativos y el avance tecnológico generan requerimientos de ajuste y desarrollo que se deben realizar a través del Administrador Fiduciario, éste a su vez cuenta con un proveedor de servicios de mantenimiento y desarrollo de software. Esta doble tercerización hace que en la operación los tiempos de implementación se dilaten. Por lo anterior, es imperativo que el Estado ejerza un control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo y administración del sistema de información del FOSYGA, así como de la seguridad de esta información, para mejorar la oportunidad y calidad de los procedimientos. Todo ello sin perjuicio de la posibilidad de que el Estado a través de la nueva entidad Salud-Mía contrate los servicios que requiera para el logro de sus objetivos.

Uno de los elementos más importantes del sistema de información del sector es poder contar con la información relativa a la afiliación, registro de novedades y movilidad de

los usuarios. Con la puesta en marcha de Salud-Mía, esta información va estar disponible de manera oportuna. Actualmente el proceso de afiliación y la actualización de información y novedades están a cargo de las EPS las cuales tiene estructuras de base de datos distintas y reportan la información de afiliación al FOSYGA. Esta base de datos no es transaccional y no puede ser utilizada como comprobador de derechos de las personas por cuánto no se maneja en línea, esto significa que cada EPS tiene su base de datos de comprobación de derechos que debe suministrar a cada institución con la que contrata servicios para su población afiliada. Concentrar el proceso de registro de afiliación en Salud-Mía permitirá tener información oportuna sobre el estado de afiliación de los usuarios y facilitara el proceso de comprobación de derechos.

De otro lado, el sistema de información de afiliados y recaudo no se encuentra integrado, lo cual dificulta no solo el control de recursos sino especialmente el reconocimiento de derechos de los afiliados al sistema. Adicionalmente, el sistema de información cuenta con un número considerable de registros y bases de datos, de más de 15 años, que son propiedad del SGSSS y que por su complejidad e importancia representan un punto sensible en la trazabilidad y soporte de los procesos del SGSSS. El Estado debe ejercer un control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo y administración del sistema de información del FOSYGA, así como de la seguridad de esta información, para mejorar la oportunidad y calidad de los procedimientos.

Como ya se dijo, el Capítulo II de la presente Ley crea una entidad financiera (Salud-Mía) de naturaleza especial, del nivel descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente que reemplazara el actual FOSYGA y tendrá a cargo responsabilidades que hoy se encuentran dispersas. Esta entidad contará con un régimen de personal de empleados públicos, en materia contractual se regirá por el derecho privado y en los aspectos relevantes, esta entidad estará bajo la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia.

La nueva entidad tendrá la responsabilidad de administrar adecuadamente y de manera integral los recursos que financian el SGSSS que para 2013 alcanzan los 26 billones de pesos. En el cuerpo de la Ley se describe en detalle los recursos que recaudará y/o administrará la entidad y la destinación de los mismos. De manera general, el diagrama 1 muestra las fuentes de recursos que se acumularán en la entidad y sus obligaciones en términos de giro de los recursos y administración directa de la información de afiliación y recaudo.

Es importante aclarar que los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar

y las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales, se manejaran en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales.

Salud-Mía tendría además la responsabilidad de administrar el sistema de información de la seguridad social en salud en materia de afiliados. El proceso de registro de afiliación a la seguridad social también se haría a través de la Entidad, la cual tendrá un portal único y una base de datos única transaccional, actualizada en línea y en tiempo real. Esta base de datos servirá como comprobador de derechos y los prestadores y los nuevos gestores podrán acceder a esta información en línea.

Diagrama 1.
Salud-Mía: Fuentes de los recursos y destinación

Fuente: MSPS

La creación de Salud-Mía permitirá separar los procesos administrativos de financiamiento del sistema de seguridad social en salud de aquellos misionales de definición de políticas que corresponden al Ministerio. Adicionalmente permitirá independizar los recursos destinados a la inversión en salud y financiación de todo el sistema de los propios para el funcionamiento del Ministerio.

De otro lado, las características de la Entidad le permitirán una mayor agilidad en el manejo financiero de los recursos, en el reconocimiento de derechos y en la respuesta a acciones administrativas o judiciales. Todos estos procesos de tipo administrativo y operativo requieren una gerencia y una gestión especializada que no debe confundirse con las funciones de direccionamiento, definición de política y regulación que corresponden al Ministerio de Salud y Protección Social.

La nueva entidad tendrá un papel central en el flujo de los recursos del sistema al ser la encargada de ordenar su reconocimiento, pago, giro o transferencia a los diferentes beneficiarios del sistema. Este es un cambio profundo en el mecanismo de pago del SGSSS y busca, como ya se dijo, eliminar la intermediación financiera que no genera valor y mejorar la oportunidad del pago a los prestadores de servicios de salud. Los detalles de los mecanismos de pago y su operación se detallan en el Capítulo V del articulado y se describen más adelante en esta exposición de motivos.

Salud-Mía también permitirá una mayor flexibilidad para la implementación de esquemas de reaseguro y de mecanismos de compensación ex post. Salud-Mía actuará como una reaseguradora del sistema, esto es, asumirá una parte del riesgo, permitiendo así mejorar los incentivos de los nuevos gestores de servicios de salud. Actualmente las EPS tienen pocos incentivos para gestionar el riesgo. La concentración del costo en unos pocos afiliados las lleva a enfatizar la selección de riesgo por encima de cualquier otra estrategia. Este hecho hace necesaria la implementación y el ajuste gradual de mecanismos de compensación ex post, tareas que podrán adelantarse más fácilmente con la flexibilidad que ofrece Salud-Mía.

Un elemento que también debe resaltarse es que Salud-Mía estará encargada de auditar los resultados en salud de la población afiliada a los gestores, resultados que hacen parte de su remuneración y entronizan los principales objetivos del gobierno. Mi-Salud concentrará principalmente actividades financieras, de recaudo, giro y reaseguro, pero, al mismo tiempo, velará por la afiliación de los usuarios y el cumplimiento de los resultados en salud (ver abajo capítulo sobre los gestores).

Finalmente, este capítulo también define otros elementos de Salud-Mía como son su órgano de dirección, el domicilio y patrimonio de la nueva entidad y las condiciones de inicio de operación.

2.3. Capítulo III. Del Plan de Beneficios de Salud

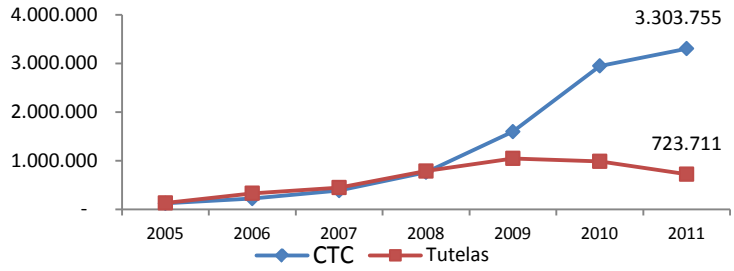
En este capítulo de la ley se presenta la propuesta de una nueva estructura del Plan de Beneficios en Salud (Mi-Plan) y su proceso de actualización. Con estas medidas se pretenden resolver una parte importante de los problemas asociados al acceso a los servicios de salud y al uso ineficiente de los recursos y tecnologías. Estos problemas se derivan de la estructura y configuración actual del POS que incentiva la generación de recobros, presiona el uso de nuevas tecnologías y genera barreras de acceso.

La configuración actual del POS[15] especifica el principio o sustancia activa, la concentración y la forma farmacéutica, generando así una estructura sumamente minuciosa que propicia diferenciaciones artificiales (sin relevancia terapéutica) entre prestaciones que se consideran sustituibles. La existencia de la figura comúnmente conocida como "recobro" posibilita a las EPS, IPS y otros agentes *cobrar* al FOSYGA medicamentos no incluidos en el plan de beneficios pero que cuentan con sustitutos en el plan de beneficios.

Lo anterior generó un incentivo inadecuado para la prescripción y uso de tecnologías no contenidas en el POS: los actores del sistema han concentrado sus esfuerzos en identificar mecanismos para recobrar medicamentos y acceder a recursos adicionales. El siguiente ejemplo ilustra esta afirmación. Actualmente el acetaminofén en jarabe hace parte de POS pero el acetaminofén en gotas es No POS. La efectividad de las dos formas farmacéuticas es idéntica. Sin embargo, la posibilidad de recobrar el acetaminofén en gotas incentiva su prescripción. De hecho, si se cruza la base de datos CUMS del INVIMA y el Acuerdo 29 de la CRES, se encuentra que el POS actual contempla 442 principios activos, de los cuales 372 tienen concentraciones o formas farmacéuticas no incluidas en el POS, esto es, potencialmente existen maneras de "recobrar", como sustancias activas No POS, 84,2% de las sustancias activas POS.

El éxito del recobro, como manera de acceder a recursos adicionales a los recibidos por UPC, es evidente en el hecho de que siguiera creciendo a través los CTCs (mecanismo propio de las EPS para que el FOSYGA apruebe pagos de servicios NO POS) a pesar la tendencia decreciente de tutelas que ordenan la prestación de los servicios No POS.

Gráfica 14.
Número de solicitudes de recobros por CTCs y

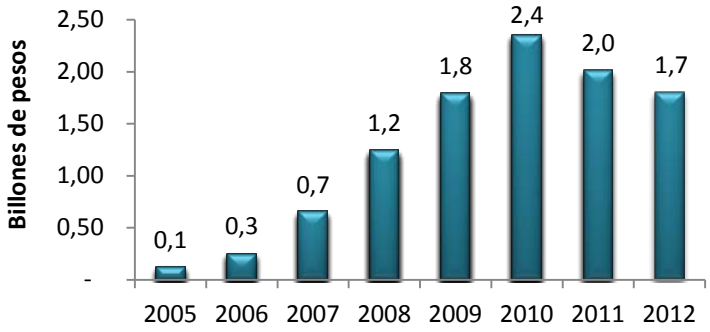


Fuente: FOSYGA, elaboración MSPS

[15] El análisis que sigue se concentra en los medicamentos, dado que éstos representan el 83% de los recobros, y los problemas de estructura del POS son fundamentalmente asociados a estas tecnologías.

No sólo se incrementó el número de recobros, sino también el valor pagado. El gasto No POS aumentó hasta superar los dos billones de pesos en 2010 (Ver Gráfica 15). El crecimiento anual promedio en el valor de los reembolsos por medicamentos No POS fue de 68% entre 2005 y 2012. Las medidas del gobierno de ampliación del POS y el control de precios de medicamentos lograron frenar el crecimiento, pero no disminuir sustancialmente los valores recobrados.

Gráfica 15.
Valor anual pagado por recobros de servicios No POS



Fuente: FOSYGA; cálculos MSPS

Nota: La tendencia decreciente de la gráfica coincide con el establecimiento de topes a los valores de recobro.

Al crecimiento de los recobros se agrega un componente de inequidad. El análisis de los datos del FOSYGA sugiere que han sido las personas de ingreso mayores quienes se han beneficiado de los recursos destinados a pagar los medicamentos por fuera del POS. El 44% de los recobros han beneficiado al quintil poblacional de más alto ingreso. Por esta razón, un POS ilimitado, como solución financiera al problema de recobros, podría exacerbar las inequidades del sistema, pues los planes de beneficios deben construirse teniendo en cuenta las necesidades en salud de toda la población y no sólo las de unos pocos.

Tabla 3.
Recobros por nivel de ingreso del usuario

Quintiles de ingreso	No. De personas	No. de recobros	% del no. de recobros
1	119.147	806.483	16%
2	15.895	107.368	2%

3	82.838	568.325	12%
4	193.032	1.282.744	26%
5	319.503	2.165.955	44%

Fuente: FOSYGA; Recobros entre julio de 2011 y junio de 2012. Elaboración MSPS

Los recobros también generaron un efecto negativo en las prestaciones del POS. Los actores del sistema tienen todos los incentivos para buscar las rentas adicionales del No POS en vez de cubrir las prestaciones POS. Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida, muchas personas a quienes les fueron recetados medicamentos no los recibieron. En 2008, el 63% recibió la receta completa. En 2011, del total de personas a quienes les fueron recetados medicamentos, una tercera parte no los recibió efectivamente.

En 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción[16,17]. Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita.

Las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son también factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos entran al mercado cada año, según cifras del INVIMA. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año (FOSYGA 2012).

[16] *IMS* HEALTH pharmaceutical intelligence (2010). Official website: http://www.imshealth.com/portal/site/ims

[17] Zapata J., et al. FEDESARROLLO (2012). Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia. Anexo 18.

Las dinámicas de innovación a su vez representan riesgos en la calidad y eficiencia de la atención en salud pues, siendo en muchos casos, tratamientos de segunda y tercera línea desplazan el uso de los tratamientos de primera línea. Los datos sobre los cambios en el consumo de tres medicamentos incluidos recientemente al POS (Acuerdo 29 de 2012) ilustran estos riesgos. Diferentes fuentes, incluido el observatorio de tecnologías del MSPS y el FOSYGA, confirman que en el primer semestre de 2012, el consumo de Atorvastatina, Esomeprazol y Rituximab se incrementó en promedio en más del 400%. La recomposición del consumo se genera a expensas de sus sustitutos también del POS, pero incluidos con anterioridad, y que deberían considerarse como una elección más adecuada por su menor precio, Lovastatina, Omeprazol y Metrotexato, respectivamente. Simultáneamente aparecen en los recobros sustitutos de los anteriores, no claramente más costo/efectivos, como la Rosuvastatina, Lansoprazol y Adalimumab.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, el capítulo II dedicado al plan de beneficios crea Mi-Plan como un plan de beneficios con una estructura flexible y dinámica con el objetivo de mejorar la eficiencia del uso de recursos en búsqueda de mejores resultados en salud y mayor equidad.

Con respecto a la nueva estructura del Plan de beneficios, el cambio central propuesto consiste en que la arquitectura de Mi-Plan, en su componente de medicamentos, se transformará de una lista explícita y restrictiva de principios activos con formas farmacéuticas y concentraciones (actual POS) hacia una menos detallada de principios activos agrupados por su uso (Clasificación ATC) y una lista de exclusiones explicitas. De esta manera se relajan las rigideces del actual POS y sus efectos negativos que fueron detallados al principio de este capítulo. Es importante anotar que articulado define los criterios para el proceso de definición de exclusiones y establece que este proceso debe ser técnico, participativo y transparente.

Si se analiza, utilizando el criterio anteriormente descrito, la estructura del listado de medicamentos del POS actual frente a la estructura de la oferta total de medicamentos del mercado nacional, se observa un muy alto grado de coincidencia (Ver Tabla 4). Del total de 91 grupos terapéuticos disponibles en el mercado nacional, 72 están incluidos en el POS actual con base en el criterio ya descrito. La estructuración de Mi-Plan, partiendo de los de grupos terapéuticos, resultará en un plan con cobertura suficiente para las necesidades en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de medicamentos para todas las patologías.

El cuerpo de la ley reconoce que la vigilancia sistemática del uso de tecnologías y de las innovaciones es determinante para la protección de la salud pública y los procesos

de actualización de Mi-Plan. Dentro de la vigilancia tecnológica se prevé la participación activa del sector salud en los procesos de evaluación de la altura inventiva de los medicamentos que soliciten patente, de acuerdo a lo establecido en la normatividad sobre propiedad intelectual vigente (Artículo 46 de la Decisión 486)

La concesión de patentes en cabeza de la Superintendencia de Industria y Comercio se vería optimizada por el concepto de salud, preservando los incentivos a la innovación pero en equilibrio con el aporte a la solución de problemas de salud relevantes que justifiquen la existencia del monopolio que representa la patente y su potencial efecto sobre el precio y la sostenibilidad del sistema de salud.

Tabla 4.
Oferta de medicamentos por grupos terapéuticos en el mercado nacional vs. POS

#	Grupo terapéutico	% Principios activos en POS	#	Grupo terapéutico	% Principios activos en POS	#	Grupo terapéutico	% Principios activos en POS
1	J04 ANTIMYCOBACTERIALS	100%	32	V08 CONTRAST MEDIA	48%	63	L02 ENDOCRINE THERAPY	15%
2	N03 ANTIEPILEPTICS	100%	33	A11 VITAMINS	47%	64	D01 ANTIFUNGALS FOR DERMATOLOGICAL USE	13%
3	M04 ANTIGOUT PREPARATIONS	100%	34	G03 SEX HORMONES AND MODULATORS OF THE GENITAL SYSTEM	46%	65	S02 OTOLOGICALS	13%
4	P01 ANTIPROTOZOALS	100%	35	R06 ANTIHISTAMINES FOR SYSTEMIC USE	43%	66	A06 DRUGS FOR CONSTIPATION	12%
5	N02 ANALGESICS	100%	36	R01 NASAL PREPARATIONS	41%	67	C05 VASOPROTECTIVES	11%
6	J01 ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE	100%	37	J06 IMMUNE SERA AND IMMUNOGLOBULINS	40%	68	D06 ANTIBIOTICS AND CHEMOTHERAPEUTICS FOR	10%
7	J05 ANTIVIRALS FOR SYSTEMIC USE	100%	38	B01 ANTITHROMBOTIC AGENTS	38%	69	D08 ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	6%
8	D09 MEDICATED DRESSINGS	100%	39	B03 ANTIANEMIC PREPARATIONS	38%	70	A01 STOMATOLOGICAL PREPARATIONS	5%
9	H02 CORTICOSTEROIDS FOR SYSTEMIC USE	100%	40	A07 ANTIDIARRHEALS, INTESTINAL ANTIINFLAMMATORY/ANTIINFECTIVE	35%	71	R05 COUGH AND COLD PREPARATIONS	3%
10	H03 THYROID THERAPY	100%	41	C10 LIPID MODIFYING AGENTS	33%	72	D02 EMOLLIENTS AND PROTECTIVES	2%
11	H04 PANCREATIC HORMONES	100%	42	M03 MUSCLE RELAXANTS	33%	73	A05 BILE AND LIVER THERAPY	0%
12	N04 ANTI-PARKINSON DRUGS	100%	43	R07 OTHER RESPIRATORY SYSTEM PRODUCTS	33%	74	A08 ANTIOBESITY PREPARATIONS, EXCL. DIET PRODUCTS	0%
13	P02 ANTHELMINTICS	100%	44	J07 VACCINES	32%	75	A09 DIGESTIVES, INCL. ENZYMES	0%
14	N05 PSYCHOLEPTICS	94%	45	B02 ANTIHEMORRHAGICS	32%	76	A12 MINERAL SUPPLEMENTS	0%
15	J02 ANTIMYCOTICS FOR SYSTEMIC USE	89%	46	G01 GYNECOLOGICAL ANTIINFECTIVES AND ANTISEPTICS	30%	77	A14 ANABOLIC AGENTS FOR SYSTEMIC USE	0%
16	V03 ALL OTHER THERAPEUTIC PRODUCTS	89%	47	A04 ANTIEMETICS AND ANTINAUSEANTS	29%	78	OTHER ALIMENTARY TRACT AND METABOLISM PRODUCTS	0%
17	B05 BLOOD SUBSTITUTES AND PERFUSION SOLUTIONS	86%	48	A03 DRUGS FOR FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS	28%	79	B06 OTHER HEMATOLOGICAL AGENTS	0%
18	C02 ANTIHYPERTENSIVES	85%	49	G02 OTHER GYNECOLOGICALS	27%	80	PREPARATIONS FOR TREATMENT OF WOUNDS AND ULCERS	0%
19	C08 CALCIUM CHANNEL BLOCKERS	78%	50	S01 OPHTHALMOLOGICALS	27%	81	D11 OTHER DERMATOLOGICAL PREPARATIONS	0%
20	C07 BETA BLOCKING AGENTS	75%	51	H01 PITUITARY AND HYPOTHALAMIC HORMONES AND ANALOGUES	25%	82	G04 UROLOGICALS	0%
21	L04 IMMUNOSUPPRESSANTS	70%	52	L03 IMMUNOSTIMULANTS	25%	83	H05 CALCIUM HOMEOSTASIS	0%
22	A02 DRUGS FOR ACID RELATED DISORDERS	65%	53	P03 ECTOPARASITICIDES, INCL. SCABICIDES, INSECTICIDES AND	25%	84	M02 TOPICAL PRODUCTS FOR JOINT AND MUSCULAR PAIN	0%
23	C03 DIURETICS	63%	54	V07 ALL OTHER NON-THERAPEUTIC PRODUCTS	25%	85	M09 OTHER DRUGS FOR DISORDERS OF THE MUSCULO-SKELETAL SYSTEM	0%
24	M05 DRUGS FOR TREATMENT OF BONE DISEASES	60%	55	C09 AGENTS ACTING ON THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM	23%	86	R02 THROAT PREPARATIONS	0%
25	N06 PSYCHOANALEPTICS	59%	56	M01 ANTIINFLAMMATORY AND ANTIRHEUMATIC PRODUCTS	23%	87	V01 ALLERGENS	0%
26	L01 ANTINEOPLASTIC AGENTS	58%	57	N07 OTHER NERVOUS SYSTEM DRUGS	21%	88	V04 DIAGNOSTIC AGENTS	0%
27	N01 ANESTHETICS	57%	58	D10 ANTI-ACNE PREPARATIONS	21%	89	V06 GENERAL NUTRIENTS	0%
28	C01 CARDIAC THERAPY	56%	59	C04 PERIPHERAL VASODILATORS	20%	90	V09 DIAGNOSTIC RADIOPHARMACEUTICALS	0%
29	R03 DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES	53%	60	D07 CORTICOSTEROIDS, DERMATOLOGICAL PREPARATIONS	18%	91	V10 THERAPEUTIC RADIOPHARMACEUTICALS	0%
30	S03 OPHTHALMOLOGICAL AND OTOLOGICAL PREPARATIONS	50%	61	D04 ANTIPRURITICS, INCL. ANTIHISTAMINES, ANESTHETICS, ETC.	17%			
31	A10 DRUGS USED IN DIABETES	48%	62	D05 ANTIPSORIATICS	17%			

Fuente: MSPS

La configuración y flexibilidad de Mi-Plan definida en el articulado implican un ejercicio de rectoría y vigilancia inteligente cuyo requisito fundamental es la eficiencia regulatoria que requiere el traslado de las funciones de regulación de temas críticos como la definición de las políticas de precios y tarifas al Ministerio de Salud y Protección.

En el articulado se incluye también una disposición sobre la regulación de precios de servicios y tecnologías en salud. Aunque en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM), creada por la Ley 100 de 1993, las decisiones de regulación en estos temas se realizan valorando el efecto de los precios sobre la sostenibilidad del sistema de salud, la protección del consumidor y los principios de política pública de este sector; en tiempos de respuesta mayores a los deseados.

La perspectiva de la presente de reforma sugiere un Ministerio de mayor fuerza técnica y que logre una dinámica de regulación más activa que reactiva y más eficiente en estos temas. Las preocupaciones sobre los balances y pesos y contrapesos de la presencia de Ministerio de Comercio, Industria y Turismo se pueden resolver en el marco de la comisión intersectorial de política farmacéutica creada en el marco del Conpes 155 de Política Farmacéutica, espacio en el cual el su rol es clave definiendo lineamientos de acción más que emitiendo actos administrativos, cuya carga operativa se suma a las múltiples funciones de la dirección de regulación de Min-comercio quien ejerce la Secretaría Técnica de la CNPMDM.

A su vez, las reformas de estructura del MSPS han dado mayores capacidades de respuesta a los retos planteados por la reforma, a través de la creación de la dirección de medicamentos y tecnologías, la dirección de regulación, el IETS, el rediseño del INVIMA y del INS.

Finalmente este capítulo incluye una disposición en la que se define que la información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías en salud es de interés público y ordena el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar los procesos de reporte de información. Este punto es central para garantizar transparencia e información en la toma de decisiones.

2.4. Capítulo IV. Prestación de los Servicios de Salud

Pese a los avances importantes del SGSS en materia de cobertura, acceso y equidad, se presenta dentro de los prestadores de servicios una baja capacidad de respuesta frente a las necesidades de la población y los usuarios, debilidad para ajustarse a los cambios generados por la universalización de la cobertura del aseguramiento y la igualación de planes de beneficios. El reto por tanto es garantizar condiciones para que el acceso sea efectivo y desarrollar estrategias, mecanismos e instrumentos que procuren una atención continua e integral.

En este Capítulo del proyecto de ley establece y describe la estructura básica de la prestación de servicios de salud y define medidas para fortalecer la prestación de servicios de salud integrales, continuos y de calidad. Primero, se define explícitamente qué es la prestación del servicio de salud, cómo se articulan las acciones de salud pública con las prestaciones individuales y qué criterios se deben usar para evaluar la prestación del servicio de salud. Luego se definen quiénes son los responsables de la prestación de las acciones de salud pública y de las prestaciones individuales. El articulado también incluye una clasificación de los tipos de prestadores, una definición de las áreas de gestión sanitaria y finalmente una profundización en la habilitación y funcionamiento de las redes de prestadores de servicios de salud.

Sobre la definición de la prestación de los servicios de salud el articulado establece las diferencias entre las prestaciones individuales de salud y las acciones de salud pública. Esto es relevante porque, por un lado, permitirá el adecuado dimensionamiento, organización y gestión de los servicios por parte de los Gestores de Servicios de Salud para los problemas de salud relevantes o las atenciones que demande permanentemente la población en un área de gestión sanitaria determinada; por otro lado, posibilitará la organización y gestión de servicios eficaces para el abordaje de intervenciones colectivas y de salud pública a cargo de las entidades territoriales.

De esta manera, será factible que los recursos que financian los servicios y los incentivos al desempeño en función de los resultados en salud, la adecuada gestión en la prestación y calidad del servicio, se asignen de manera apropiada y puedan ser visibles, monitoreados y reconocidos por: (i) la población al valorar y decidir alternativas para la gestión de Mi-Plan; (ii) los prestadores primarios y complementarios y los gestores, para pactar mecanismos de compraventa de servicos y acordar los indicadores de desempeño con los que se comprometan y sean evaluados; (iii) las propias entidades territoriales al hablitar y seguir la gestión y el desempeño de las redes y los prestadores; (iv) el Ministerio de Salud y Protección Social y Salud-Mía, al definir políticas y mecanismos de regulación pertinentes y efectivos para orientar el desempeño de los actores; (v) los organismos de control, en el desarrollo de unas funciones de inspección, vigilancia y control, precisas y eficaces.

Con respecto a los responsables de la prestación del servicio de salud se define que las entidades territoriales son los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública y se establece que no pueden delegar las funciones de vigilancia sanitaria, vigilancia en salud pública, planeación de la salud en el territorio y su articulación con otros sectores. También establece a los Gestores de Servicios de Salud como los responsables de la organización y gestión de las prestaciones individuales, y ordena que deben coordinar con las entidades territoriales las acciones de salud pública. Finalmente, define que los Prestadores de Servicios de Salud son los

responsables de la atención en salud de las prestaciones individuales de la población afiliada al sistema.

Otro elemento que se incluye en este capítulo es respecto a las Áreas de Gestión Sanitaria**.** La dimensión territorial de la prestación de los servicios de salud es un factor central para el adecuado diseño y operación de cualquier sistema de salud. Una de las estrategias que contempla la Ley para fortalecer el componente territorial es la creación de Áreas de Gestión Sanitaria y Áreas Especiales de Gestión Sanitaria que se mencionan el Capítulo de Prestación del servicio de.

Las Áreas de Gestión Sanitaria son zonas del territorio colombiano que reúnen un conjunto de territorios (municipios o incluso departamentos) que comparten ciertas condiciones y características funcionales que permiten la construcción de redes de prestación de servicios adecuadas para la atención oportuna, integral y continúa de los usuarios. Estas áreas permitirán mejorar la organización de la prestación de los servicios de salud y la operación de los Gestores de Servicios de Salud. . De manera general se permitirá que los gestores concentren su gestión en áreas geográficas específicas evitando la dispersión de la operación que como se mostró en los Mapas 2 y 3 atenta contra la integralidad y continuidad de la atención. Este último punto se profundizará en el capítulo dedicado a la gestión de los servicios de salud.

Por su parte las Áreas Especiales de Gestión Sanitaria son la forma de reconocer que existen zonas del país que por baja densidad poblacional, alta dispersión poblacional y su nivel de desarrollo institucional o económico, entre otros elementos, requieren una forma prioritaria y especial en la gestión de la prestación de servicios de salud. Estas áreas especiales complementarán su oferta con la disponible en las Áreas de Gestión Sanitaria y tendrán esquemas de atención en concordancia con las características geográficas y poblacionales. Es importante notar que tratar estas áreas de manera especial no implica que vayan a ser discriminadas a la hora de recibir beneficios. De hecho, son tratadas de manera especial ya que por sus condiciones particulares, se requieren estrategias diferentes para poder garantiza la prestación de los beneficios de Mi-Plan que son los mismos para toda la población.

Es importante aclarar que estas Áreas son un mecanismo para organizar la gestión de las prestaciones individuales de Mi–Plan y no se superpone o reemplaza las competencias de las entidades territoriales frente a la salud de sus respectivas poblaciones, por el contrario busca ser una instrumento de articulación territorial de los diferentes actores del sistema alrededor de los usuarios.

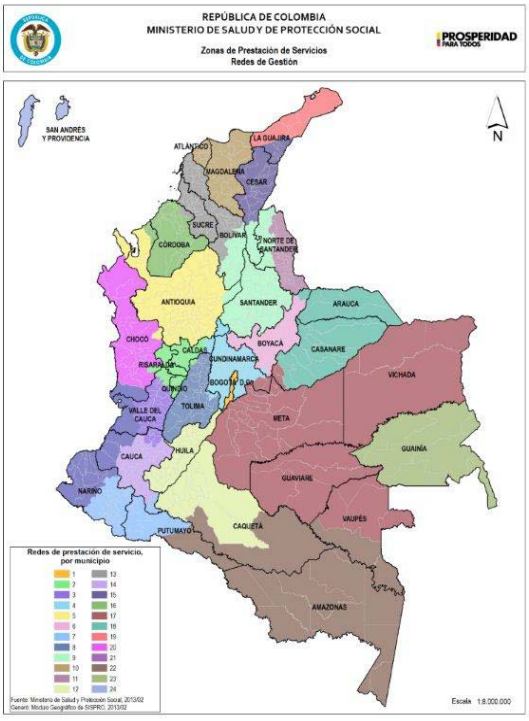
El Ministerio de Salud y Protección ya avanzó en un primer ejercicio metodológico para la definición de estas áreas de gestión con base en características demográficas, sanitarias, geográficas, sociales, económicas y oferta de servicios de salud de los

municipios del país[18]. El Mapa 4 muestra una primera propuesta para la definición de las áreas, la cual será técnicamente fortalecida para la puesta en marcha de la Ley.

El articulado incluido en este capítulo también realiza una clasificación de los Prestadores de Servicios de Salud en dos grupos, los prestadores primarios y los complementarios. Esta división es importante porque permite separar en su concepción, estructuración, financiación y operación las actividades de atención básica primaria, mas orientadas a la promoción, prevención y cuidado básico de la salud, de aquellas que pretenden atender la enfermedad y sus complicaciones mediante recursos humanos y tecnológicos de mayor complejidad. Así, los resultados en salud serán valorados y reconocidos en el desempeño de unos y otros prestadores, de acuerdo a la eficacia por proveer los servicios, bajo los criterios aquí indicados.

Mapa 4.

Propuesta preliminar de las Áreas de Gestión Sanitaria



Fuente: MSPS con base en RIPS, BDUA e Información municipal

[18] Estudio sobre la Geografía sanitaria de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento en discusión

De tal manera que la apuesta del nuevo sistema es que las atenciones en los prestadores primarios tengan impacto importante gestionando y controlando, con la mayor resolutividad posible, los riesgos en salud; así como brindar las atenciones más frecuentes de forma integral. El fracaso de los prestadores primarios en la gestión y control de riesgos, o su imposibilidad para brindar atenciones que demanden mayor tecnología y especialización que no cuenten en su capacidad instalada, derivará en que los pacientes puedan ser debidamente atendidos para riesgos ya materializados que demandan mayor complejidad en la atención, por parte de los prestadores complementarios, los cuales serán valorados de la misma manera en su desempeño.

De esta forma los prestadores de servicios de salud primarios sirven a los usuarios como puerta de entrada al sistema y tienen dentro de sus responsabilidades centrales las actividades de prevención, de protección específica y detección temprana, la búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes y las prestaciones individuales en medicina general y en lagunas áreas de la medicina especializada. El articulado establece que estos prestadores deban ubicarse cerca a la población y contar con los recursos pertinentes a la resolutividad ambulatoria y extramural, hecho fundamental en lo que concierne a las zonas especiales. Por su parte los prestadores complementarios son los responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren recursos humano, tecnológico y de infraestructura de mayor tecnología y especialización y a los cuales los usuarios acceden preferiblemente mediante el proceso de referencia desde los prestadores primarios.

Finalmente en lo que se refiere a la redes de prestadores de servicios de salud los avances normativos que han soportado la prestación de servicios hasta la expedición de la Ley 1438 de 2011, se enmarcaban en una regulación donde la organización de las redes de prestación de servicios por parte de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, implicaba únicamente la presentación ante la Superintendencia Nacional de Salud de un conjunto de prestadores que tuvieran habilitados los servicios asociados con el suministro de las actividades y procedimientos incluidos en el plan de beneficios, sin que se exigieran criterios de suficiencia, accesibilidad, integralidad y continuidad.

La Ley 715 de 2001 en el artículo 54 determinó que el servicio de salud a nivel territorial debería prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Dentro de este contexto se avanzó en la conformación y diseño de redes por parte de las direcciones departamentales y distritales de salud, integradas principalmente por empresas sociales del Estado, complementadas con instituciones privadas prestadoras

de servicios de salud, para aquellos servicios a cargo de las entidades territoriales no disponibles o insuficientes en las instituciones públicas.

Si bien la Ley 1438 de 2011 pretendió generar un marco regulatorio para las redes integradas de servicios de salud definidas como el "*conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda*", lo allí previsto afronta dificultades operativas en su implementación.

De acuerdo con lo previsto en la Ley, la conformación, organización y articulación de las redes integradas estaría a cargo de las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, en coordinación con las entidades promotoras de salud y los consejos territoriales de seguridad social en salud, sin diferenciar adecuadamente la intervención de cada uno de los actores, y su coherencia con los roles asignados.

Adicional a lo anterior, la organización tanto del aseguramiento como de la prestación ha respondido a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud, en términos del número de actividades realizadas[19]; más no en función de los resultados en salud o en los atributos oportunidad, integralidad y resolutividad, evidenciados en débiles procesos de referencia y contrareferencia, casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos.

Dado lo anterior, en el Capítulo de Prestación de Servicios de Salud del presente proyecto de ley se hace necesario fortalecer la conformación, organización, operación, seguimiento y evaluación de las redes de prestadores de servicios de salud, en función de una respuesta adecuada y efectiva a la demanda y teniendo en consideración las condiciones de acceso, continuidad, integralidad, resolutividad y oportunidad, que permitan el logro de los resultados en salud y la satisfacción de los afiliados.

Ello implica la definición de roles y funciones específicas para la Nación, las entidades territoriales, los gestores de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud. En el articulado se establece que a la Nación le corresponde la definición de los estándares de habilitación de las redes, la implementación de incentivos que liguen el pago a los gestores de servicios de salud en función de los resultados en salud, a través de un proceso de monitoreo y seguimiento continuo del desempeño de estos actores.

[19] Se registra un importante incremento en el volumen de servicios de salud prestados en los últimos años: 34% de incremento entre 2006 y 2010 en los servicios prestados a través de las EPS del régimen contributivo (Cifras e indicadores de Servicios de salud en EPS asociadas a ACEMI, 2010); y 19% en la prestación de servicios en los hospitales públicos (Reporte información hospitales públicos Decreto 2193 de 2004).

El articulado también establece que a las entidades territoriales les corresponde la verificación y monitoreo de las condiciones de habilitación de las redes de prestación de los gestores y el monitoreo tanto de los resultados en salud como de los indicadores que den cuenta de la operación de las mismas.

Se define también que los gestores de servicios de salud, teniendo en cuenta el perfil de riesgo de su población adscrita, conformarán, organizarán y gestionarán las redes de prestación de servicios de salud que garanticen el acceso a la población afiliada en el área de gestión sanitaria donde operan; igualmente, concertarán con los prestadores de servicios de salud que hagan parte de la red, las condiciones de la prestación y los resultados esperados así como los mecanismos de evaluación y pago de los mismos.

Por último, los prestadores de servicios de salud, responderán por la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud, a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana, búsqueda activa de personas, así como por las prestaciones individuales de salud. Adicionalmente, serán los generadores primarios de la información para soportar los procesos de verificación de la efectividad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, así como de los resultados en salud

2.5. Capítulo V. Gestores de los servicios de salud

En este capítulo se define un nuevo actor dentro del SGSS que tiene bajo su responsabilidad la gestión de las prestaciones de los servicios de salud incluidos en Mi-Plan. Este actor son los Gestores de Servicios de Salud. Estos Gestores tendrán un nuevo esquema de incentivos de manera que sus acciones se orienten a la gestión y resultados en salud, lo que marca una diferencia con el esquema actual, donde predominan los incentivos a la gestión financiera de la UPC.

Desde la promulgación de la Ley 100 las EPS fueron responsables de la compra de servicios de salud con el fin de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios incluidos en el POS. En principio las EPS deberían enfocarse en la gestión del riesgo en salud, es decir, en disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos de enfermedad, lo cual, en teoría, disminuiría los costos de la atención y generaría buenos resultados en salud. En la Ley 100, existía una coincidencia supuesta entre los resultados económicos de las EPS y los resultados sanitarios.

Pero lo que ha sucedido en los últimos 20 años del sistema ha sido diferente. Las EPS se han concentrado más en la gestión financiera de los recursos que en gestionar el riesgo en salud de la población. Ha habido múltiples incentivos que han llevado a lo

anterior. Las EPS se han centrado en la selección de riesgo, esto es, en seleccionar los pacientes más sanos. O han podido recobrar los servicios no incluidos en el POS. O han negado servicios. O se han beneficiado de las barreras al acceso, geográficas (la gente vive lejos de los prestadores) y socioeconómicas (los trabajadores informales, por ejemplo, enfrentan un costo de oportunidad muy alto de ir al médico o al hospital).

Los Gestores tienen diferencias profundas con las actuales EPS. El cuerpo de la presente ley define un nuevo sistema de incentivos a la gestión del riesgo en salud, basado en resultados y acceso efectivo a los servicios. Los Gestores ya no son responsables del recaudo y administración directa del recurso financiero, que ahora serán custodiados por Salud-Mía. Las ganancias de estos actores provienen de lograr buenos resultados en salud, gestionar el riesgo en salud de la población afiliada y de hacer una compra inteligente de los servicios de salud.

Habrá un cambio en la naturaleza jurídica de estas entidades. Para el caso de Gestores privados deberán constituirse como sociedades anónimas, de manera que su estructura gubernativa y de dirección mejore la transparencia y responsabilidad de quienes dirijan estas empresas. Además de este cambio la Ley contempla la obligación a que los Gestores concentren su operación en áreas de gestión territorial, concentrando los esfuerzos en una población específica y mejorando el uso eficiente de los recursos.

Se acaban, así, las EPS de garaje que operaban en una región con muy pocos afiliados, sin servicios confiables y sin ningún arraigo territorial. La gestión de salud estará enfocada en un territorio dado, con un control estricto sobre la red de prestación y un número mínimo de afiliados.

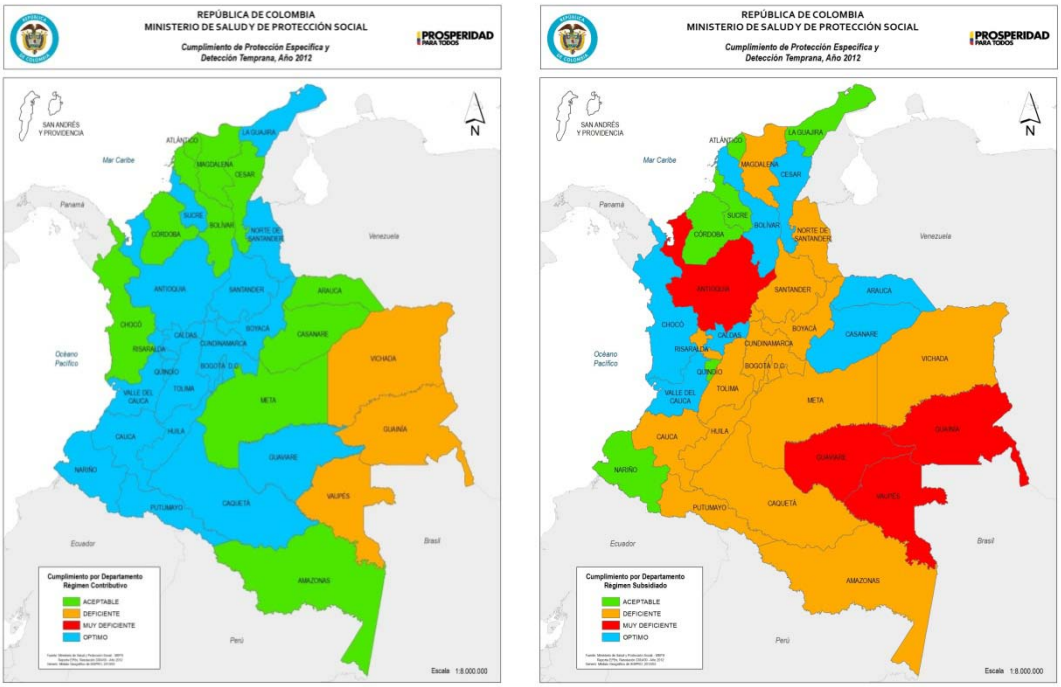
Otro de los cambios importantes tiene que ver con la definición de los mecanismos de redistribución del riesgo o reaseguro, de manera que el gestor esté enfocado en la salud de sus afiliados y no en controlar el costo de los afiliados de alto costo, esto es, la Ley disminuye los incentivos para la selección de riesgos. La Ley diluye la función aseguradora de los intermediarios y realza sus funciones como gestores de riesgo y garantes de los resultados en salud.

Se prohíbe la integración entre los gestores y prestadores de servicios de salud o proveedores de medicamentos o insumos. Estas inhabilidades son claves para evitar la desviación de riesgos y los conflictos de interés. Antes de entrar en la descripción detallada del articulado, se presenta un corto análisis de los resultados de las EPS, de los problemas prevalecientes que justifican los cambios propuestos.

Entre las funciones de las EPS se encuentran la afiliación, el recaudo de los aportes, la gestión del riesgo en salud, la administración del riesgo financiero, la contratación de servicios de salud, la garantía del acceso a servicios de buena calidad y la representación del usuario.

Los problemas de la afiliación y el recaudo fueron discutidos en el capítulo anterior. La gestión del riesgo en salud se refiere, como ya se dijo, a la realización de intervenciones en la población de manera que la probabilidad de enfermar disminuya y la de permanecer sano aumente. Desde el año 2000, con la expedición de la Resolución 412, se reglamentaron las actividades de Protección Específica y Detección Temprana. Estas actividades son de obligatorio cumplimiento y se encuentran incluidas en el POS, siendo su provisión responsabilidad de la EPS. Los resultados del cumplimiento han sido bastante heterogéneos, con un mayor cumplimiento en las metas en el Régimen Contributivo en comparación al Régimen Subsidiado. Los mapas 5 y 6 a continuación permiten ver el panorama sobre el cumplimiento de las metas establecidas en la normatividad vigente.

Mapas 5 y 6.
Cumplimiento de metas de Protección Específica y Detección Temprana – Régimen Contributivo (Izquierda) – Régimen Subsidiado (Derecha)



Fuente: Información enviada por las EPS en cumplimiento de la Resolución 3384 de 2000.

Estos mapas presentan el agregado de los resultados de todas las EPS en cada régimen. Mientras en el Régimen Contributivo ningún departamento tiene un desempeño calificado como “muy deficiente” y sólo tres departamentos están en el grupo “deficiente”, en el Régimen Subsidiado son 4 los departamentos con calificación “muy deficiente” y 15 con resultado “deficiente”. A pesar de haber pasado ya 12 años desde la expedición de la normatividad, no se han logrado las metas propuestas.

Otro ejemplo de gestión del riesgo en salud es el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)[20]. La Cuenta de Alto Costo recolecta información sobre ERC. Los datos muestran que la EPS en muchos casos no tiene claridad sobre el estado de la función renal de sus afiliados. En la recolección de datos del año 2012, en el Régimen Contributivo, 20% de las personas registradas en la base de datos no fueron estudiadas en busca de ERC, mientras, en el Régimen Subsidiado, 67% aparecen como no estudiados. La gestión del riesgo en salud inicia por la identificación del riesgo y esto evidencia las limitaciones en la gestión del riesgo.

Otra muestra de los problemas en la gestión del riesgo en salud lo evidencia la Encuesta de Calificación de los Servicios de las EPS realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. En la encuesta, se le preguntó a los encuestados si su EPS les ofreció vincularse a un programa para controlar una enfermedad crónica o mantenerse saludable. En el Régimen Contributivo, 7% contesto sí, 26%, no, y el 67% restante, no sabía o no recordaba. En el Régimen Subsidiado, 5% contestó sí, 48% contestó no y 47%% no sabía o no recordaba.

Tabla 5.

Le ofrecieron que se vinculara a algún programa para controlar una enfermedad crónica o de larga data como hipertensión o diabetes o que se vinculara a programas para prevenir alguna enfermedad?			
	Sí	**No**	**NS/NR**
Subsidiado	4.85%	47.78%	47.37%
Contributivo	6.74%	26.39%	66.87%

[20] El deterioro en la función renal tiene una alta relación con la identificación temprana de los factores de riesgo y control de los mismos, siendo la hipertensión arterial y la diabetes los más importantes. El control de estos dos factores de riesgo impide la aparición de la enfermedad a la vez que evita su progresión cuando esta ha aparecido. El deterioro de la función renal concluye en pérdida de la función de los riñones y la necesidad de iniciar terapia de remplazo, más frecuentemente con la realización de diálisis. A pesar de ser una terapia que salva la vida de las personas, hay un deterioro importante en la calidad de vida de quienes tiene que convivir con la Enfermedad Renal Crónica en fase terminal.

Total	5.79%	37.11%	57.1%

Fuente: Encuesta de Calificación de los Servicios de las EPS – Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.

Lo anterior permite ver que no ha sido la constante en todas las EPS hacer una gestión del riesgo en salud. En el caso de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana, a pesar de ser datos agregados, los resultados que hay desempeños diferentes entre EPS, unas con mejores resultados que otras.

Otra de las principales motivaciones para esta reforma son los problemas en el acceso a los servicios de salud. A pesar de las mejoras presentadas en el capítulo inicial, hay también desempeños desiguales entre las EPS. Un dato contundente sobre el acceso a servicios de salud es la acción de tutela. La Defensoría de Pueblo de manera sistemática ha analizado las acciones de tutela interpuestas para lograr acceso a los servicios de salud. Para el año 2011, el 64% de las solicitudes contenidas en las Acciones de Tutela fueron por algún bien o servicio contenido en el POS.

Tabla 6.

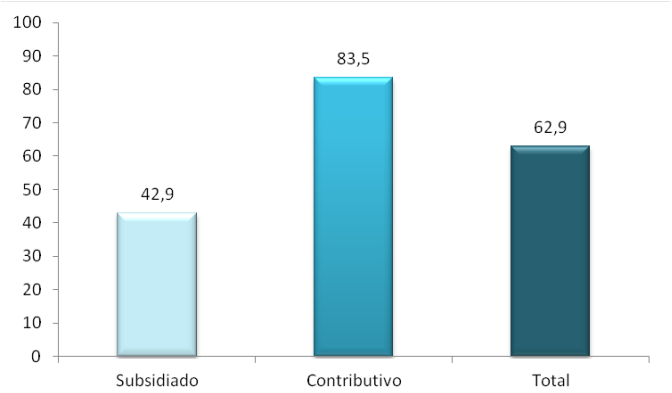
PORCENTAJE DE NEGACIONES POS PORCENTAJE DE SOLICITUDES POS EN CADA RÉGIMEN Periodo 2003-2011			
AÑO	**Contributivo**	**Subsidiado**	**General**
2003	55.46%	62.35%	56.00%
2004	59.73%	67.42%	60.40%
2005	52.22%	60.82%	53.10%
2006	67.37%	39.26%	60.90%
2007	54.30%	33.26%	50.70%
2008	54.85%	32.71%	49.30%
2009	59.90%	76.50%	68.20%
2010	54.00%	73.80%	65.40%
2011	64.16%	70.26%	67.81%
Total Solicitudes 193,302			

Fuente: Tomado de La Tutela y el Derecho a la Salud 2011. Defensoría del Pueblo.

A partir de las bases de datos de uso de los servicios de salud, puede calcularse el número de personas que tienen acceso a los servicios de salud por lo menos una vez en el año. Este es un cálculo conservador si se tiene en cuenta que hay grupos de edad

o algunas patologías específicas que deben tener evaluaciones más de una vez al año. Los resultados obtenidos se presentan en la gráfica siguiente. El acceso a servicios tiene una diferencia notable entre los dos regímenes. A pesar de que los planes de beneficios eran diferentes para el contributivo y el subsidiado, la puerta de acceso a los servicios es la misma. El número de personas que tienen contacto con los servicios de salud por lo menos una vez en el año no debería variar grandemente.

Gráfica 16.
Porcentaje de la población que usó los servicios de salud por lo menos una vez en el año



Fuente: Base de datos Estudio de Suficiencia POS – UPC 2012.

Ante las dificultades enfrentadas por las actuales EPS para cumplir las funciones que les fueron delgadas, el capítulo quinto de la presente ley introduce la figura del Gestor de Servicios de Salud, define la naturaleza jurídica de estas nuevas entidades, sus funciones, la forma en que podrán operar en las áreas de gestión sanitaria, las condiciones mínimas de habilitación para su operación, el mecanismo mediante el cual recibirán el reconocimiento y pago por parte de Salud-Mía y las condiciones en que se desarrollará el pago a los prestadores de servicios de salud. El articulado también incluye disposiciones sobre la operación simultánea de los gestores en ambos regímenes, la integración vertical y la garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias.

En el articulado se define a los Gestores de Servicios de Salud como los responsables de garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan dentro un área de gestión sanitaria. Estos gestores deberán ser personas jurídicas ya sea públicas, privadas o mixtas y en cualquier caso deberá cumplir con un conjunto de condiciones institucionales orientadas a asegurar la transparencia de su gestión. Los gestores

privados deberán constituirse como sociedades anónimas buscando con ello que sean entidades sólidas en su respaldo patrimonial, institucional y de gobierno corporativo, que puedan responder de manera clara y efectiva por las obligaciones que asumen.

Las funciones de los gestores están orientadas a garantizar a los usuarios la prestación de los servicios de salud en condiciones de transparencia, calidad, integralidad y continuidad. Entre las funciones se resalta la obligación de conformar y gestionar la operación de la red de prestadores de servicios de salud, suscribir contratos con la red de prestadores siguiendo unas condiciones mínimas definidas por el Ministerio, coordinar con las entidades territoriales las acciones de salud pública en el área de gestión en la que operen, contar con una auditoria concurrente e independiente y contar con un robusto sistema de atención al usuario, entre otras.

Con respecto a la operación de los gestores, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación que estos tienen que cumplir para gestionar los servicios de salud en un área de gestión determinada. Esta habilitación incluirá como mínimo la integralidad y suficiencia de la red de prestadores de servicio de salud con la que el gestor garantizará la prestación de servicios a sus usuarios, el respaldo patrimonial, las reservas y la capacidad de gestión administrativa y tecnológica, con el objetivo de mejorar resultados como los mostrados en los Mapas 5 y 6.

Los Gestores de Salud desarrollarán su labor en las denominadas Áreas de Gestión Sanitaria, dentro de las cuales deberán conformar y operar una red integral de prestadores de servicios suficiente para cubrir la demanda de la población residente, con excepción de algunos servicios de alta complejidad que podrán ser ofrecidos por fuera del Área. En lo sucesivo no se permitirá que envíen a sus usuarios a recibir servicios de salud por fuera del área de operación como ocurre en la actualidad, salvo en casos de muy alta complejidad.

Las medidas para organizar la gestión de los servicios en un área buscan restringir la proliferación innecesaria de gestores que posean pequeños números de usuarios que les impidan asegurar servicios adecuados, redistribuir mejor sus riesgos financieros y facilitar su vigilancia y control. Por esta razón se procederá a limitar la cantidad de gestores dentro de cada Área. Cada uno de ellos deberá contar con un número mínimo de afiliados que le permita garantizar los ingresos suficientes para cumplir cabalmente con sus funciones de gestión del riesgo financiero y de salud, y la atención de los usuarios con calidad y oportunidad.

El articulado incluye una disposición para que los gestores puedan operar en otras áreas de gestión sanitaria, siempre y cuando constituyan filiales, con lo que se

garantice la independencia y autonomía técnica, operativa y financiera, que elimine las prácticas actuales que centralizan el manejo técnico y financiero en un solo lugar afectando la oportunidad en la prestación de los servicios y el pago oportuno a los prestadores. También establece que los gestores pueden atender simultáneamente a afiliados a los regímenes Contributivo y Subsidiado, pero separando el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes. Los gestores que atiendan usuarios del régimen subsidiado deberán copar en primera instancia la red pública disponible en el área de gestión y solo si está red es insuficiente para satisfacer la demanda podrá utilizar prestadores de servicios de salud privados.

Un elemento central en la definición de la operación de los gestores tiene que ver con los mecanismos de reconocimiento y pago desde Salud-Mía. Cada gestor recibirá de Salud-Mía una suma fija anual para los gastos de administración. Estos recursos destinados a la administración serán girados directamente de Salud-Mía a los gestores en cuotas mensuales. Por otro lado se reconocerá un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir los costos de las prestaciones individuales cubiertas en Mi-Plan. Este valor, a su vez, se dividirá en dos fracciones: la primera cubrirá *parcialmente* los costos de las prestaciones en salud y la segunda estará condicionada al logro de acciones o resultados en salud.

Es importante aclarar que la responsabilidad de Salud-Mía se circunscribe a la realización de los pagos ordenados por el gestor, mientras que la responsabilidades en el ámbito de la prestación de los servicios, la calidad y la auditoria corresponden a los gestores y los prestadores.

En la fracción del pago al gestor condicionada al logro de acciones o resultados en salud, jugarán un papel central aspectos como las demoras en la atención, la no remisión a los niveles de mayor complejidad o la negación de servicios, entre otros. Esto permitirá contar con un ranking de GES en función de su desempeño en salud, que pueda ser utilizado para informarle a los usuarios en general y facilitar los procesos de libre elección.

En este capítulo también se definen ciertas reglas para manejar los excedentes que genere la operación de los gestores, así como reglas para manejar las posibles situaciones de déficit. Con respecto a los excedentes, se define que una porción será asignada a la constitución, mantenimiento e incremento de la reserva de cada gestor. El saldo podría ser asignado al gestor como excedente propio en función del cumplimiento de los resultados; esto significa que si el gestor genera excedentes a través de la negación de servicios y no cumple adecuadamente con los resultados en salud definidos, no podría apropiarse de excedentes de su operación. Los valores no asignados harán parte del SGSSS y serán administrados por Salud-Mía.

La Ley también establece que el Ministerio de Salud y Protección Social determinará mecanismos de compensación y redistribución de los recursos entre los gestores con el objetivo de eliminar los incentivos a la selección de riesgo o a negar servicios cuando el costo esperado de la atención sea alto y garantizar la adecuada financiación de los eventos de alto costo. Se garantiza así el acceso a los servicios de las personas que requieren atenciones de alto costo, como el caso de las Enfermedades Raras.

En lo relativo a la gestión integral del riesgo en salud, que es en esencia la principal función de un gestor, y con la finalidad de facilitarle las herramientas necesarias para que puedan hacerlo, se les permitirá que asuman directamente el manejo de las actividades individuales de promoción, prevención y cuidado básico de la salud. Ello significa que deberán identificar y clasificar los riesgos que podrían afectar la salud de sus usuarios y poner en marcha acciones de intervención específica para eliminarlos o mitigarlos. Igualmente deberán realizar una búsqueda activa de pacientes con patologías específicas, así como mantener una puerta de entrada permanente y cercana a la residencia de sus usuarios que facilite y estimule la consulta precoz y la atención oportuna ambulatoria antes de que su enfermedad progrese y cause consecuencias irreversibles. En la realización de estas actividades se centrará en buena medida la medición del desempeño de los gestores. En cuanto a la atención especializada de carácter hospitalario que requieran sus usuarios, deberá ser contratada con instituciones especializadas destinadas a ello, no pudiendo el gestor ser su propietario.

Esta Ley busca garantizar el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud. Por esta razón se introduce una disposición mediante la cual se establece que los gestores deberán incluir dentro la forma de pago que acuerden con la red de prestadores, una porción fija anticipada en función de los servicios pactados y una variable en función del desempeño en cumplimiento de metas de resultados y calidad en el servicio. También se ordena que las obligaciones contenidas en facturas que respalden prestaciones de servicios de salud prescriban en doce (12) meses contados a partir de la fecha de aceptación por parte de gestor.

Este capítulo de la ley establece las condiciones en las que los departamentos, distritos y Ciudades capitales que hagan parte de un área de gestión sanitaria pueden constituirse en gestores. Para poder hacerlo deben cumplir con las condiciones de dirección y gobernanza de manera que sean responsables de los resultaos en salud de la población reciben a su cargo. Se permitirá a las entidades territoriales que cumplan ciertas condiciones, como por ejemplo aquellas que en su territorio posean un (1) millón o más de potenciales afiliados al régimen Subsidiado, crear GES destinadas a su administración, respetando la libre elección que este tipo de personas puedan hacer de otros GES presentes en el área donde operen.

Las actuales Empresas Promotoras de Salud podrán convertirse en GES siempre y cuando adopten alguna de las formas permitidas en la ley y se encuentren al día en sus obligaciones financieras para con sus prestadores y proveedores de servicios, para lo cual les será concedido un plazo prudencial al cabo del cual deberán liquidarse obligatoriamente.

2.6. Capítulo VI. Cobertura complementara de salud

El Capítulo VI trata de las coberturas complementarias en lo referente a condiciones de acceso o comodidad adicionales que se puedan ofrecer mediante servicios complementarios o servicios que no son cubiertos por Mi-Plan. La reforma permitirá a aquellas personas dispuestas a hacer pagos adicionales no tener que pagar dos veces por el mismo servicio. En la actualidad un usuario hace cotizaciones al sistema para su atención en salud y paga de nuevo por recibir servicios similares en una entidad de medicina prepagada o con un plan complementario de una EPS. En estos casos estos planes se constituyen en sustitutos del POS, salvo cuando existen pre existencias y la persona debe acudir a la EPS para recibir atenciones no cubiertas por el plan complementario o medicina prepagada.

Estas coberturas complementarias podrán ser ofrecidas por los gestores, las compañías de Medicina Prepagada o las compañías de Seguros de Salud. Esto sólo será permitido cuando la entidad que cubre el seguro complementario garantice en las condiciones establecidas en la ley los beneficios de Mi-Plan. Por ello no se perderá la solidaridad en la cotización, la cual seguirá siendo propiedad del Sistema de Salud, porque lo que se traslada es una porción del pago per cápita.

En la actualidad existen aproximadamente 1,5 millones de personas que adicional al Plan Obligatorio de Salud poseen pólizas de medicina prepagada o de seguros de salud, y que comenzarán a beneficiarse de esta medida. La porción del pago per cápita que no se traslade al seguro complementaria permanecerá en el fondo Salud Mía y será utilizada para compensar posibles desequilibrios que se pudiesen presentar por la migración hacia estos seguros de las personas más sanas. Cuando por cualquier circunstancia las personas deseen volver a ser cubiertas por un Gestor, podrán hacerlo sin que esto le cueste más al Sistema, porque al volver recibirán el mismo pago per cápita al que tenían derecho si no se hubiesen trasladado.

2.7. Capítulo VII. Inspección Vigilancia y control

En materia de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del SGSSS es importante recordar que la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) se sometió a una reestructuración institucional con base en las nuevas atribuciones que le confirió la Ley 1122 de 2007 y que en 2011 la Ley 1438 le confirió competencias adicionales[21]. Durante este primer semestre de 2013, la SNS se encuentra sometida a un nuevo proceso de rediseño institucional para adecuar su estructura sus competencias internas a ese nuevo marco legal.

Sin embargo, el Gobierno Nacional considera que el presente proyecto de ley abre un espacio para redefinir conceptualmente algunos aspectos esenciales del funcionamiento de la SNS que trascienden la mera readecuación institucional necesaria para cumplir cabalmente sus funciones. En efecto, es necesario dotar a la Superintendencia de un marco normativo de tipo general sobre sus competencias básicas, que le permitiría a los vigilados y a los usuarios conocer cuál es el propósito y la naturaleza de las más frecuentes actuaciones de la Superintendencia. La falta de este marco conceptual de tipo general ha generado confusiones en el actuar reciente de la Superintendencia, y se ha prestado para engorrosas discusiones procesales y sustanciales, que han puesto en alto riesgo el control sobre el buen manejo de los recursos del sistema, y por ende de la prestación del servicio.

Para despejar esa problemática confusión, el presente proyecto propone que se distingan dos grandes ámbitos de competencia de la SNS. En el primer ámbito, la SNS está obligada a tomar medidas correctivas y preventivas, cuyo objeto es garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud. Estas medidas no tienen un carácter sancionatorio, y por ende la naturaleza y los efectos de los actos administrativos tienen que tener una condición distinta, orientada a la inmediatez y la eficacia. Este conjunto de atribuciones preventivas y correctivas se traducen principalmente en la aplicación de medidas especiales (vigilancia especial, planes de mejoramiento, separación de activos y pasivos), y, en algunos casos, se hace necesario la toma de posesión de la entidad vigilada, bien para administrarla transitoriamente, bien para liquidarla. Lo importante aquí es que este diverso y amplio conjunto de medidas, al no obedecer a una lógica sancionatoria sino preventiva, opera bajo unos parámetros donde si bien se respeta el debido proceso son procedimientos donde debe primar la agilidad y la eficacia de la medida.

[21] Competencias para desconcentrar sus funciones territorialmente, para implantar la figura del Defensor del Usuario, para conformar las Juntas Técnicas Científicas de Pares, para delegar en las entidades territoriales algunas de sus funciones de control, entre otras muchas competencias nuevas

En el segundo ámbito, la SNS en ejercicio de su función permanente de control sobre los actores del sistema tiene la facultad de imponer sanciones. Aunque el ejercicio de esta facultad también debe ser eficaz, en su naturaleza y caracterización debe primar el respeto a las instancias procesales que permitan a la persona natural o jurídica investigada ejercer su derecho a la defensa y al debido proceso. En ese orden de ideas, la potestad sancionatoria se predica sobre conductas de los vigilados ya finiquitadas, y tienen un carácter retributivo, punitivo y ejemplarizante.

El cuerpo de este capítulo de la ley se propone entonces una distinción nítida entre los dos ámbitos de competencia descritos anteriormente, para superar la ambigüedad histórica que frente a ellos ha existido, con el fin de eliminar o reducir los debates administrativos y judiciales que tanto han afectado el buen funcionamiento de SNS. Esa afectación ha impedido que la SNS pueda ejercer cabalmente su misión esencial de protección al usuario.

El articulado también incluye disposiciones sobre las medidas especiales y la toma de posesión, al precisar las causales para su adopción, así como sus efectos, y el procedimiento aplicable a ellas (en ocasiones, ante la dispersión normativa que afecta al sector salud, no ha sido clara la adopción y delimitación de causales para tales efectos). Asimismo, se definen de mejor manera las competencias de la SNS en relación con las de otras superintendencias o entidades, como las de Superintendencia de Sociedades, las Superintendencia de Industria y Comercio, y Coljuegos. Esta definición atiende de mejor manera las fortalezas y las competencias específicas de cada una de estas entidades.

El cuerpo de la ley también incluye disposiciones para realizar de manera armónica la desconcertaron o delegación de las funciones de IVC en las direcciones de salud departamentales, distritales o municipios de categoría uno. Este elemento es central como herramienta que la SNS puede usar para fortalecer la presencia territorial de las funciones de IVC.

Finalmente, en materia sancionatoria se propone en el articulado una regla general según la cual el proceso básico será el verbal y se establecen sus etapas esenciales. El paso a la oralidad, que ha sido exitoso en otras superintendencias y organismos de control, permitirá a la SNS hacer mucho más eficaz su función de control que es una de las grandes restricciones que enfrenta actualmente. Sin embargo, se propone que, para algunos casos especiales definidos por el Superintendente, el proceso siga siendo escrito en los términos en que también se propone en el presente proyecto.

2.8. Capítulo VIII. Disposiciones Transitorias

En vista de los cambios propuestos en el funcionamiento del SGSSS la ley incluye un capítulo completo de disposiciones transitorias. Estas disposiciones se incluyen con el propósito de garantizar que la atención oportuna, integral y continua de los usuarios del SGSSS no se vea afectada por el proceso de implementación progresiva de las medidas incluidas en la ley.

En general el capítulo define un plazo máximo de dos años para la implementación de la ley, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. A su vez define un plazo también de dos años para la transformación o liquidación de las actuales EPS y establece medidas para que en el periodo de transición se sigan cumpliendo con las condiciones de habilitación financiera y con la prestación de los servicios a los afiliados del sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud. El articulado deja claro que en el periodo de transición está prohibida la creación de cualquier tipo de EPS.

Dentro de las disposiciones transitorias se destacan medidas para garantizar el saneamiento de deudas y proteger a los prestadores. Se define que las EPS tienen un plazo máximo de seis meses para la aclaración de las deudas con las IPS y faculta al Gobierno Nacional para que tome medidas que permitan atender dichas obligaciones. También se generan condiciones especiales para el proceso de recobro y reclamaciones ante el Fosyga y en el caso de las glosas asociadas a la prestación de servicios de salud se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para que defina términos y si se vencen estos términos faculta a la SNS para que haga uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.

2.9. Capítulo VIII. Disposiciones Finales

Con el objetivo de que Salud-Mía cuente con herramientas para sostenibilidad financiera del sistema, el capítulo de disposiciones finales incluye la creación del Fondo de Garantías para el Sector Salud y define sus objetivos y sus principales fuentes de ingresos.

Este capítulo también incluye medidas referentes a la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones con el propósito de armonizar los criterios de distribución de estos recursos con la nueva estructura de las fuentes de financiación del SGSSS y la operación de Salud-Mía buscando una asignación más eficiente y equitativa de estos recursos en el marco de la universalización de la cobertura en salud.

Este capítulo también incluye medidas para modificar el nombramiento de gerentes o directivo de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas. La Ley 100 de 1993 determinó la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado y su Régimen Jurídico. Veinte años después de su implementación y desarrollo, se requieren de ajustes que permitan solucionar algunas de las dificultades que en su ejercicio se han visualizado a lo largo de este tiempo.

Por una parte, la Ley 1438 de 2011, realizó algunos ajustes a la conformación de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado (art. 70) y generó unas causales de inhabilidades e incompatibilidades (art.71). No obstante, al dar aplicación a estas normas, nos encontramos con formas disímiles de juntas directivas, dependiendo de nivel de la entidad. Por ejemplo, si es de primer nivel tiene una junta directiva conformada por 5 miembros con periodos diferentes, si es de segundo y tercer nivel la junta se conforma de manera tripartita por 6 miembros como lo indicaba la ley 10 de 1990 por un periodo de 3 años. Esto genera dificultades a las entidades territoriales en la organización, seguimiento y control de estas Empresas Sociales del Estado.

De esta manera, el artículo propuesto determina cuál sería la conformación de las juntas directivas de todas la Empresa Sociales del Estado, se unifican los periodos todos a 3 años y se incluye como miembro de la Junta Directiva al gobernador del departamento o su delegado, en las ESE municipales. Esto fortalece la participación del departamento en la organización y conformación de las redes de prestación de servicios de salud del departamento. A su vez, se hace una especial consideración con las Empresas Sociales del Estado de tercer nivel de atención, que tengan suscrito convenios docente-asistenciales, para que amplíen la conformación de su junta directiva en un (1) miembro más, el cual deberá ser designado de entre las Universidades con las cuales tengan dichos convenios.

Ante las reiteradas quejas de la comunidad, en relación a que los procesos de meritocracia para la elección del gerente de las ESE se han contaminado y no son trasparentes ni objetivos, se considera necesario que dicha elección sea realizada por parte de la autoridad nacional o territorial competente, y su cargo será de libre nombramiento y remoción. Así, quien sea nombrado deberá responder por sus acciones u omisiones en el ejercicio del cargo y dar fe del voto de confianza ante quien lo nominó. Se establece un período de transición para los Gerentes o Directores cuyo período no haya culminado a la expedición de la presente Ley, quienes continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del período o por el retiro por evaluación. Una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

Este capítulo también incluye un artículo sobre el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado. Las Empresas Sociales del Estado enfrentan hoy en día importantes retos como lo es el disponer de los recursos necesarios para su funcionamiento potencializando su capacidad de ofertar servicios. Lo anterior hace necesario que éstas puedan disponer de un régimen laboral que, respetando los derechos adquiridos de los servidores y propiciando condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, permita la vinculación a estos entes públicos en condiciones particulares teniendo en cuenta la caracterización propia de los bienes y servicios que se encuentra en capacidad de producir y el personal requerido para ello.

Por lo anterior, se solicita al Honorable Congreso de la República se faculte la expedición de Decretos con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenibles las Empresas Sociales del Estado.

Buscando garantizar a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras los espacios suficientes y adecuados de participación en las decisiones que las afectan, se solicita al Honorable Congreso de la República, el otorgamiento de facultades extraordinarias que permitan adelantar con las respectivas autoridades y organizaciones representativas éstos, la consulta previa de las normatividad de carácter legal requerida para reorganizar el SGSSS en los asuntos que los afecten directamente.

Finalmente, este articulado define las vigencias y detalla las derogatorias que regirán a partir de la fecha de población de la Ley y aquellas derogatorias que regirán una vez transcurrido el esquema de transición.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social