



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 reevaluar 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.

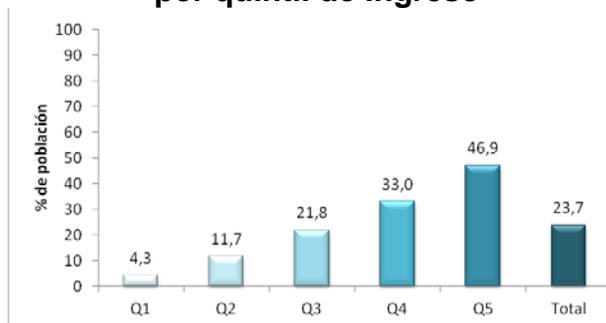
En el marco de este debate es necesario recordar los principales problemas que justificaron la introducción del Ley 100: hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios; profesionales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

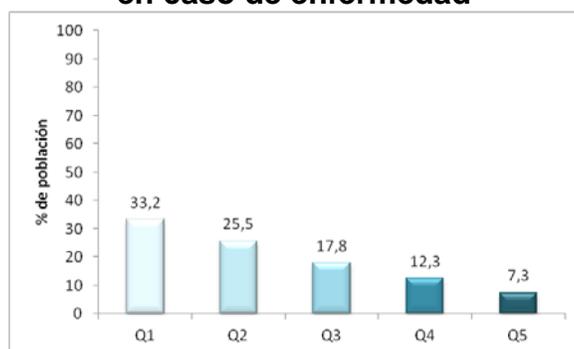
Gráfica 1.
Afiliación a salud en 1993
por quintil de ingreso



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).

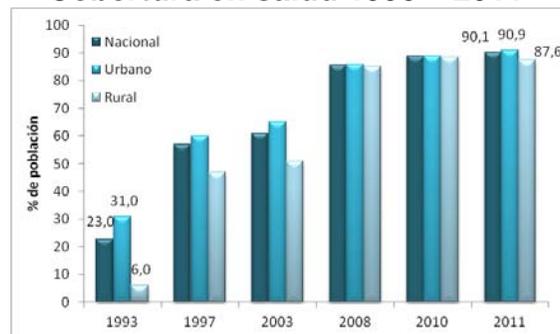


Otras fuentes confirman el diagnóstico anterior. Según el Estudio Sectorial de Salud de 1990³, la cobertura de aseguramiento social era del 15.7% de la población⁴, el 63,3% de las necesidades de atención médica no eran atendidas lo cual llegaba al 75,1% en las regiones más pobres del país y al 84% entre la población ubicada en el quintil más pobre según ingreso⁵.

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.

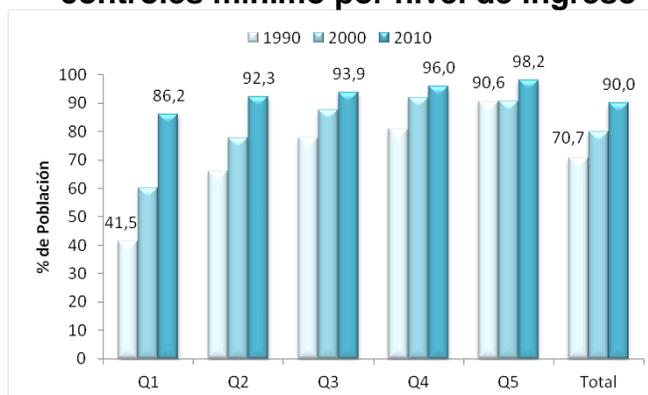
⁶ Los registros administrativos para el cierre del año 2012 muestran una cobertura del 96%. En el régimen subsidiado 22.605.292 afiliados y en el régimen contributivo 19.957.672 afiliados.



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

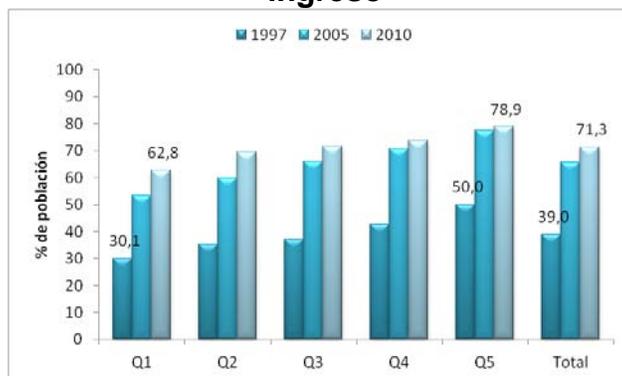


Fuente: ENDS, cálculos MPS

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.

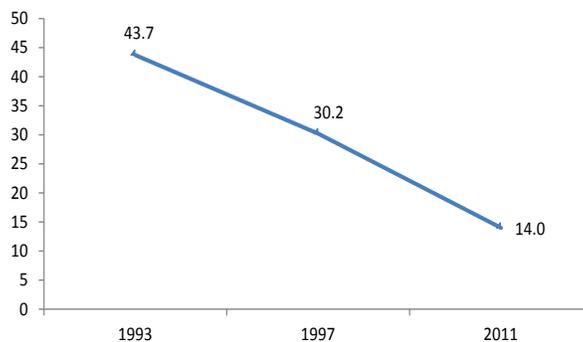
Gráfica 5.
Porcentaje de consulta de prevención por nivel de ingreso



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

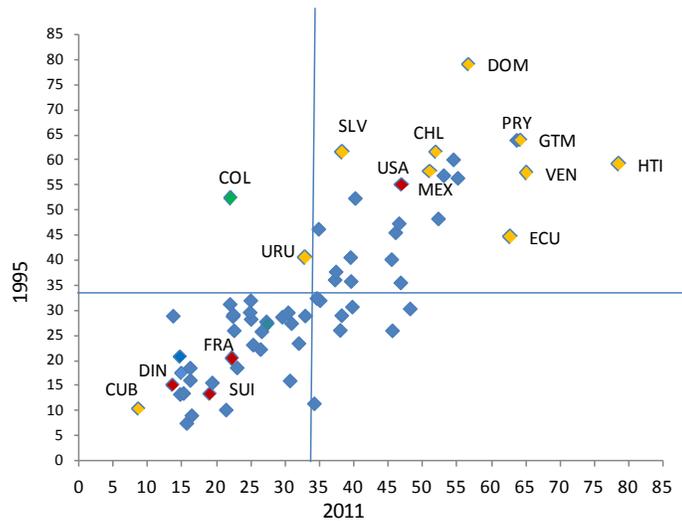
⁹ Amaya, J., & Ruiz, F. (2011). Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. International Journal of Health Care Finance & Economics.



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.

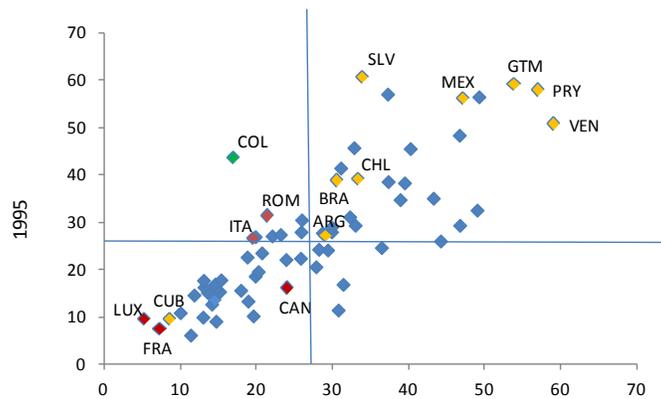
Gasto privado como porcentaje del gasto total en Salud



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 resolutiveidad 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 resolutiveidad de aquellos



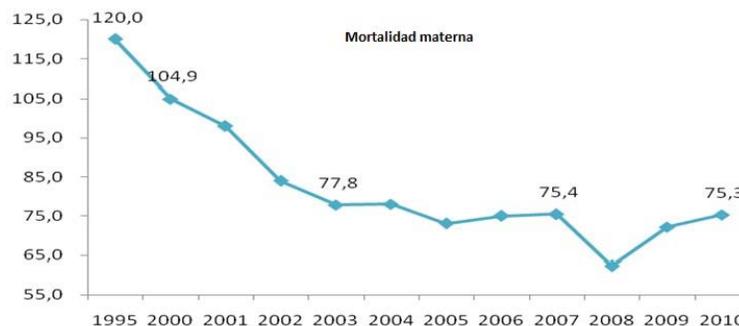
procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad.

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

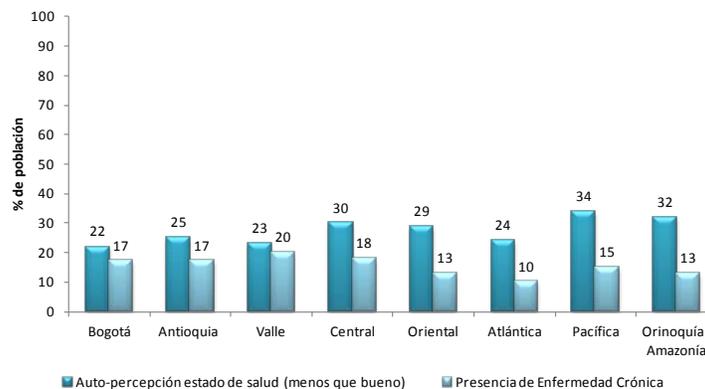


preguntar sobre la percepción del estado de salud, se encuentra que el estado de salud percibido como “menos que bueno” presenta marcadas diferencias entre Bogotá (22%) y la región Pacífica (34%). Estas diferencias sugieren la presencia de condiciones de inequidad que ameritarían enfoques estratégicos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

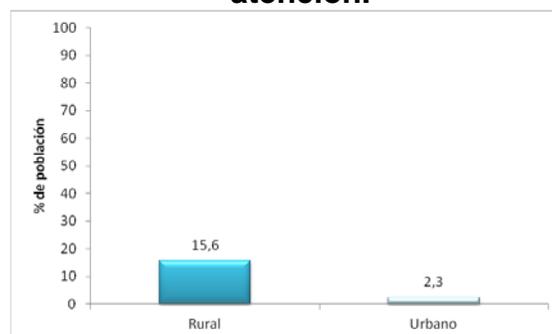
**Gráfica 10.
Estado de Salud**



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 médica 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

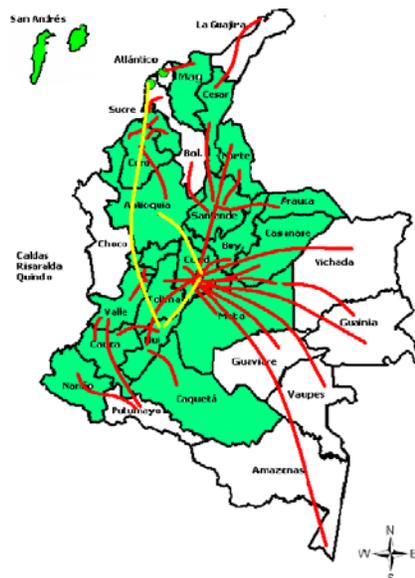


que crece el nivel de complejidad de los servicios¹⁰. Esta situación puede reflejar desequilibrios en el sistema y algunos estudios muestran que los hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores¹¹.

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



¹⁰Ruiz, 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.

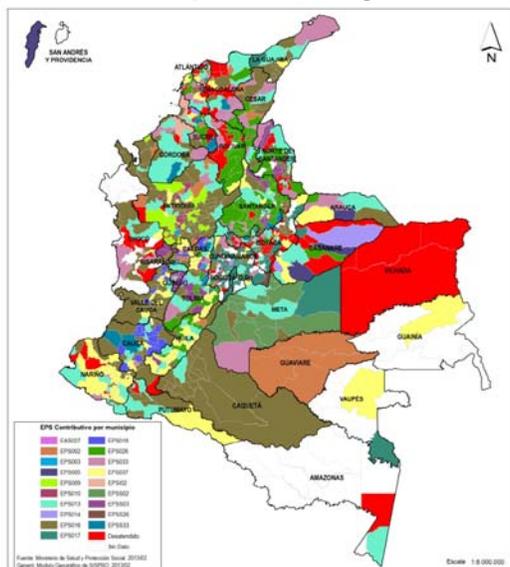


Fuente: Sivigila 2010 y 2011

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, imagneología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutivead final del sistema hospitalario.

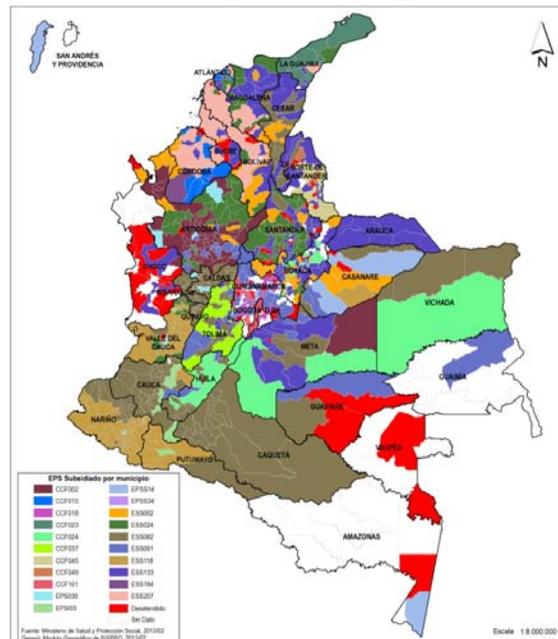
Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es 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 sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos¹².

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

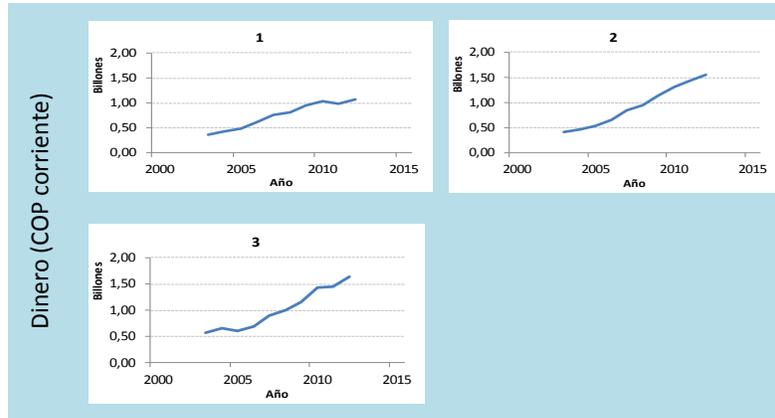
“libera” al usuario, impidiéndole afiliarse nuevamente al régimen subsidiado. Mientras este trámite surte efecto, el usuario y su familia se encuentran desprotegidos.

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.

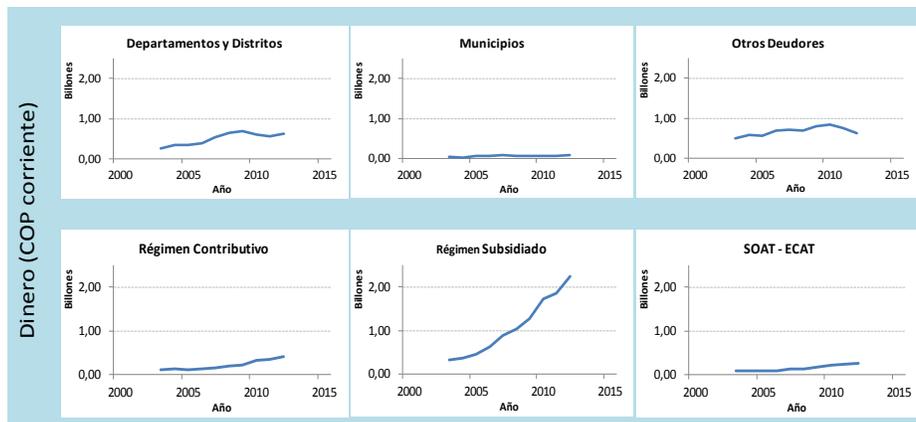
Gráfica 12.
Comportamiento Cartera IPS públicas por nivel de complejidad



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 resolutivez 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 2007¹³. 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 auditoría 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 resolutive 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 2016¹⁴, 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 manejarán 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.

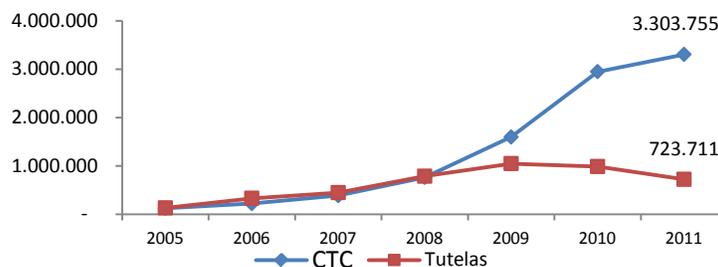


La configuración actual del POS¹⁵ especifica el principio o sustancia activa, la concentración y la forma farmacéutica, generando así una estructura sumamente minuciosa que propicia diferenciaciones artificiales (sin relevancia terapéutica) entre prestaciones que se consideran sustituibles. La existencia 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 Tutelas



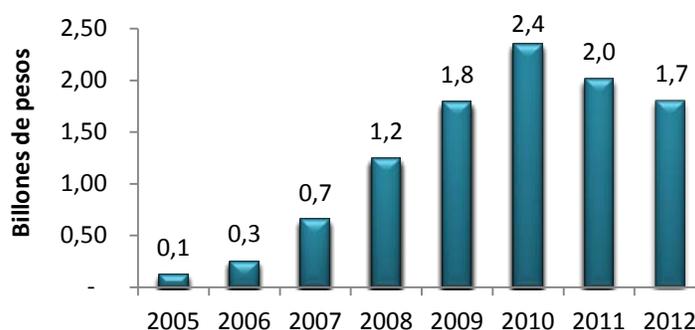
Fuente: FOSYGA, elaboración MSPS

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 explícitas. 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 ANTIMICROBACTERIALES	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	J05 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 ANTIEMETIC PREPARATIONS	38%	70	A01 STOMATOLOGICAL PREPARATIONS	5%
9	H02 CORTICOSTEROIDS FOR SYSTEMIC USE	100%	40	A07 ANTIDIARRHEALS, INTESTINAL ANTINFLAMMATORY/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 ANTI-OBESITY 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 ANTIEMORRHAGICS	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 ANTIINAUSEANTS	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 PRODUCTS	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 ANTI-RHEUMATIC 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 ANTISPORITICS	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 servicios y acordar los indicadores de desempeño con los que se comprometan y sean evaluados; (iii) las propias entidades territoriales al habilitar 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 continua 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 garantizar 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 un 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



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 resolutivez 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 resolutivez 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 realizadas¹⁹; más no en función de los resultados en salud o en los atributos oportunidad, integralidad y resolutivez, 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, resolutivez 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 ligen 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.

Habrà 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.

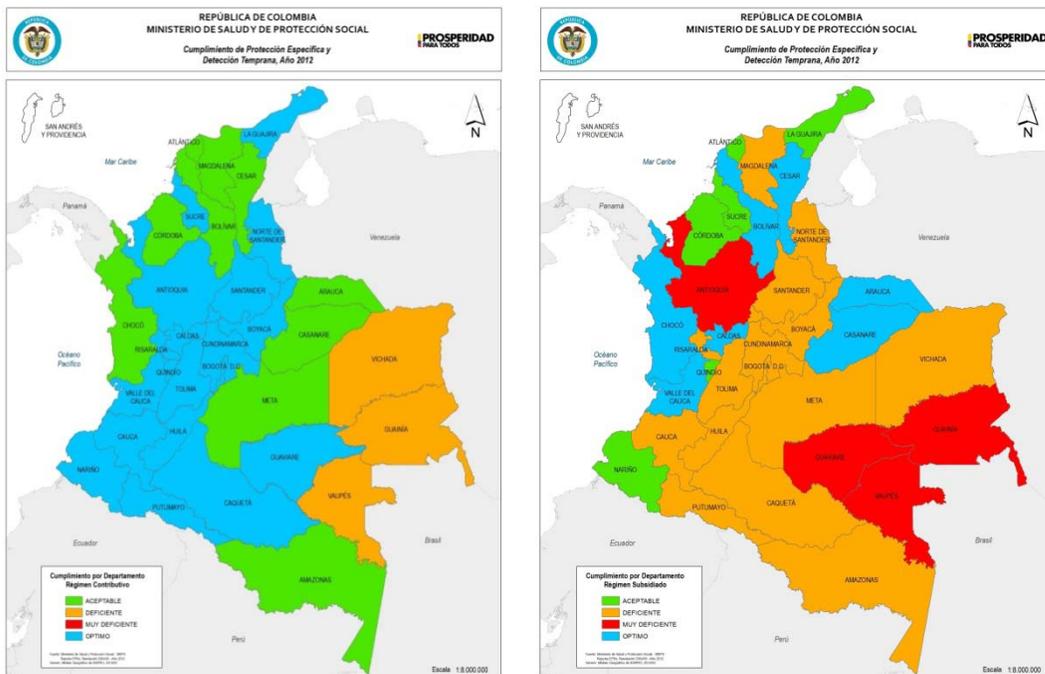
Se prohíbe la integración entre los gestores y prestadores de servicios de salud o proveedores de medicamentos o insumos. Estas inhabilidades son claves para evitar la desviación de riesgos y los conflictos de interés. Antes de entrar en la descripción detallada del articulado, se presenta un corto análisis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

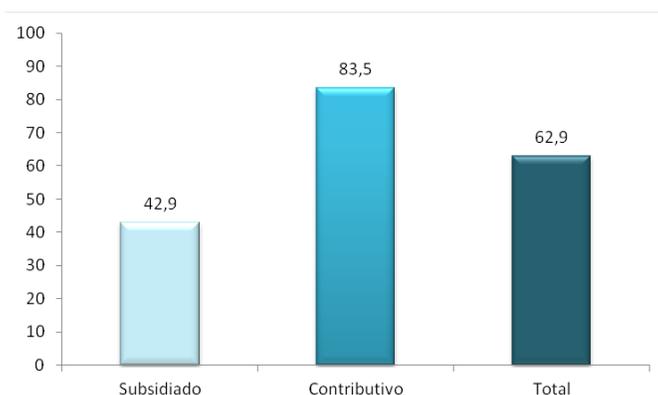
PORCENTAJE DE NEGACIONES POS PORCENTAJE DE SOLICITUDES POS EN CADA RÉGIMEN			
Periodo 2003-2011			
AÑO	Contributivo	Subsidiado	General
2003	55.46%	62.35%	56.00%
2004	59.73%	67.42%	60.40%
2005	52.22%	60.82%	53.10%
2006	67.37%	39.26%	60.90%
2007	54.30%	33.26%	50.70%
2008	54.85%	32.71%	49.30%
2009	59.90%	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 auditoría 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 esta 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 las responsabilidades en el ámbito de la prestación de los servicios, la calidad y la auditoría 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 resultados 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 adicionales²¹. 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 distinguan 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 transparentes 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