


# Hacia un nuevo modelo de salud



## Proyecto de Ley 210 de 2013

Porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad

# Introducción

## ¿Por qué un Proyecto de Ley?

El Gobierno Nacional presentó un proyecto de ley ordinaria que propone una ruta hacia un nuevo modelo de Salud, redefiniendo la organización el Sistema de Salud de los colombianos.

Este proyecto busca que los colombianos tengamos un servicio de salud oportuno y con calidad y que recuperemos la confianza en el Sistema de Salud. Plantea un modelo más eficiente y sencillo, donde a nadie se le niegue un servicio de salud, acabe con la intermediación financiera y sea más transparente.

## Mantener los logros alcanzados

El proyecto de ley ordinaria presentado al Congreso de la República mantiene los logros alcanzados con la Ley 100: **cobertura a la salud para todos colombianos** y protección financiera de los hogares, de manera que **nadie caiga en la pobreza cuando sufre una enfermedad**.

**“No es suficiente con tener acceso a la salud, es necesario tener los servicios de salud con calidad, oportunidad y continuidad”**, por eso es indispensable este proyecto de ley ordinaria.

Así mismo, el Gobierno apoya la presentación de una ley estatutaria que defina el derecho a la salud.

## Ni un solo día sin salud

Mientras se discute el proyecto de ley ordinaria y se organiza el nuevo modelo (2 años), **los colombianos seguirán protegidos por el Sistema de Salud actual**, sin que se dejen de prestar, ni por un solo día, los servicios de salud.

# Cuatro grandes fórmulas

El Proyecto de Ley Ordinara 210 de 2013 plantea una ruta hacia un nuevo modelo de salud para los colombianos, con cuatro puntos estratégicos:

## 1. Salud-Mía:

Una entidad pública que afilie al Sistema, recaude y distribuya los recursos, bajo los más estrictos controles. **Con Salud-Mía, la gente podrá confiar en que los recursos de la salud serán invertidos en su salud.**

Salud-Mía tendrá autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente. Estará bajo la vigilancia y control de la **Superintendencia Financiera de Colombia, garantizando la transparencia en el manejo de los recursos.**

Se encargará de recaudar, administrar y girar los recursos públicos de la Salud; es decir, \$26 billones de pesos provenientes de 14 fuentes de financiación que incluyen los aportes del Régimen contributivo, los recursos del Presupuesto General de la Nación y de los impuestos y parafiscales destinados a la salud, entre otros.

Con Salud-Mía se simplificarán los procesos de recaudo, se mejorará el flujo de los recursos, habrá un control directo y se reducirán ostensiblemente los costos de operación del sistema.

Salud-Mía se encargará de confirmar que los gestores cumplan con su misión y tengan buenos resultados en salud para girarles los recursos, y pagará directamente a los prestadores de servicios de salud, acabando con la intermediación financiera de las EPS.

Con Salud-Mía habrá un sistema de información robusto,

## Fuentes de los recursos

Régimen contributivo

Régimen subsidiado

CREE, Aportes del PGN

ECAT

## Salud-Mía

Recauda, administra y gira los recursos

Afilia, administra la información de  
afiliación y recursos

## Destinación de los recursos

Pago a gestores y giro directo EPS

Reaseguro y redistribución del riesgo

Prestaciones económicas

Indemnizaciones ECAT

Fortalecimiento red pública

Acciones de salud pública

Gastos con destinación específica  
(Leyes 1448, 1335)

Administración, funcionamiento y  
operación de la entidad

de manera que se pueda garantizar que los recursos de la salud lleguen de manera eficiente a los ciudadanos.

## 2. Mi-Plan

Mi-Plan será un plan de beneficios integral que incluirá todas las patologías.

**Así se garantizará mayor cobertura, calidad y continuidad en los servicios de salud**, y además, no será necesario recurrir a la tutela, ni a comités técnico-científicos para exigir que se presten los servicios.

Con Mi-Plan se ampliará el potencial de medicamentos a los que los ciudadanos pueden acceder, de manera que **las personas no tendrán la necesidad de utilizar trámites adicionales para recibir tratamientos y medicamentos**.

Mi-Plan definirá una lista de exclusiones, es decir que el nuevo listado definirá solamente servicios, procedimiento y medicamentos que no están incluidos.

Los medicamentos, tratamientos y servicios de salud que queden en la **lista de exclusiones serán los que no se encuentren aprobados para su uso en el país**: aquellos cuya función principal es cosmética o suntuaria, tratamientos complementarios cuya finalidad no es el diagnóstico o curación de una enfermedad, que no están catalogados por una autoridad competente como servicios o tecnologías en salud o que no existe evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia o pertinencia clínica.

Para que los recursos de la salud alcancen para financiar **Mi-Plan**, el Ministerio de Salud y Protección Social **hará un control estricto sobre los precios de los medicamentos**, aplicando la Política Nacional Farmacéutica y herramientas.

### 3. Gestores de Servicios de Salud

Los Gestores de Servicios de Salud –GES-, **acompañarán** a las personas en su paso por el sistema de salud y **no manejarán dinero**. Así, **responderán** y serán medidos **por la salud de sus afiliados** y no por los recursos. Con los GES, el Sistema de Salud estará más cerca de la gente.

Los Gestores tendrán que responder por la salud de sus afiliados, de manera que se concentrarán en que las personas a su cargo se enfermen menos, a través de actividades de promoción y prevención, y en que quienes se enfermen reciban los tratamientos adecuados, oportunos y de forma continua para recuperar su estado de salud.

Su remuneración dependerá de los resultados en salud que tengan.

**Cada Gestor estará adscrito a un área de gestión sanitaria** con un número mínimo de afiliados que garantice su sostenibilidad.

Los Gestores de Servicios de Salud conformarán redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen la atención oportuna en las Áreas de Gestión.

No podrán hacer integración vertical, es decir, que los gestores no podrán ser dueños de puntos de prestación de servicios de salud.

**Podrán operar ambos regímenes** (contributivo y subsidiado) y podrán ser públicos, privados o mixtos, **cumpliendo los requisitos fijados por el Gobierno**. Los privados serán **sociedades anónimas** para que haya mayor transparencia.

Las Entidades Territoriales podrán ser gestores siempre que cumplan con los requisitos.

Las EPS que estén al día en sus obligaciones con los hospitales y que cumplan con estrictos requisitos exigidos (habilitación), podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud se encargará de hacer la vigilancia y el control de los GES, para lo cual se entregan más y mejores herramientas de control.

## 4. La prestación de servicios

Las personas no tendrán que desplazarse muy lejos para recibir la atención que necesitan de manera integral y continua, porque **el Sistema de Salud estará más cerca**.

### Salud pública y salud individual

La prestación del servicio de salud comprende acciones de salud pública y las prestaciones individuales.

**Las acciones de salud pública** estarán a cargo de las **Entidades Territoriales (Gobernaciones y Alcaldías)**. Las **acciones individuales** estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud **GES** y son aquellas contempladas en Mi-Plan.

### Énfasis territorial

El Modelo de Salud propuesto tiene un énfasis territorial, porque contempla **Áreas de Gestión Sanitaria** en las cuales operarán los Gestores de Servicios de Salud y sus redes de prestadores de servicios garantizando que se puedan prestar todos los servicios y tecnologías incluidos en Mi-Plan.



Solamente para procedimientos de alta complejidad, que no existen en todas las regiones, los pacientes deberán trasladarse a otras áreas para que se les preste el servicio.

**Con esta nueva organización, se acabará el problema actual, en el que un paciente debe ir de una región a otra para recibir parte de un tratamiento que la EPS no tiene contratado cerca del paciente.**

Las redes de prestadores se organizarán de acuerdo a la ubicación del usuario y no de la operación de los Gestores.

**Para zonas con condiciones geográficas y sociales especiales, habrá un modelo de atención diferencial, de manera que se garantice la prestación adecuada de los servicios.**

## Énfasis en la atención

La Prestación de Servicios tendrá un **énfasis en la atención de las personas**. Al igual que los GES, **los prestadores serán medidos por resultados en salud**, así que mejorarán



su desempeño en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y calidad de la atención.

Por eso, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la prestación de los servicios mediante un sistema de indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y resultados en salud.

De igual manera, los GES conformarán sus redes con prestadores que les den resultados en salud.

## **Fortalecimiento de los Hospitales Públicos (ESE – Empresas Sociales del Estado)**

Los gerentes o directores de las ESE serán nombrados por las Entidades Territoriales, (gobernadores y alcaldes) y serán de libre nombramiento y remoción.

Las juntas directivas de las ESE tendrán periodos de tres años y sus miembros no podrán reelegirse. Estarán conformadas por el jefe de la administración departamental, distrital o municipal, el director de salud de la entidad territorial, un representante de los usuarios y dos representantes de empleados públicos de la institución elegidos democráticamente.

Así mismo, se otorgan al MinSalud facultades extraordinarias para expedir normas en materia de régimen laboral de las ESE.

## **Otras herramientas**

### **1. Inspección, Vigilancia y Control**

**Más instrumentos para hacer vigilancia y control**, para que la gente pueda **confiar** nuevamente en el sistema de salud.

La Superintendencia de Salud podrá aplicar más sanciones y medidas preventivas y correctivas para garantizar que los ciudadanos sean atendidos de manera oportuna e integral.

Entre los mecanismos planteados, está la incorporación del sistema verbal para adelantar procesos administrativos sancionatorios.

Igualmente, la SuperSalud podrá: delegar funciones de Inspección, Vigilancia y control en las Entidades Territoriales; solicitar a Salud-Mía la **suspensión de afiliación** a aquellos con vigilancia especial; y **tomar posesión de las entidades vigiladas cuando se incumplan** sus instrucciones o se tema que no pagará a terceros.

## 2. Período de transición

El Proyecto de ley contempla un período de transición de dos años, de manera que los colombianos tengan garantizado el derecho a la salud mientras se implementan los cambios.

No se permitirá la creación de EPS y la de IPS requerirá autorización de MinSalud.

Las **EPS podrán transformarse en GES**, previo cumplimiento de requisitos, si no se transforman deberán ser liquidadas.

EPS e IPS deberán **sanear deudas** en los seis meses siguientes a la sanción de la ley.

## 3. Fondo de Garantías para el sector Salud

Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para

preservar la sostenibilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Este fondo ayudará a que los GES y los prestadores de servicios de salud tengan liquidez suficiente para dar continuidad a la prestación de servicios; para fortalecerlos patrimonialmente, de manera que puedan acceder a créditos y financiamiento; para apoyarlos financieramente en procesos de intervención, liquidación o reorganización; o para comprar o ceder cartera.

Con el Fondo de Garantías se evitará que las EPS dejen de pagarle sus deudas los prestadores.

## 4. Planes complementarios de Salud

**Quienes tienen planes complementarios de salud no pagarán doble por los mismos servicios.**

La cobertura complementaria de salud es aquella en la cual los **usuarios acceden de manera voluntaria** a condiciones complementarias de acceso y comodidad.

Estas coberturas complementarias podrán ser ofrecidas por Gestores de Servicios de Salud, compañías de medicina prepagada y compañías de seguros. Estas compañías **cubrirán simultáneamente servicios y tecnologías de Mi-Plan sin restricciones y los complementarios.**

Quien quiera acceder a coberturas complementarias debe estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y se permitirá usar una fracción del per cápita para garantizar integralidad, pero se mantiene la solidaridad en la cotización al sistema.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)  
[nuevomodelo@minsalud.gov.co](mailto:nuevomodelo@minsalud.gov.co)

 **PROSPERIDAD  
PARA TODOS**