



REFORMA AL SISTEMA DE SALUD Febrero de 2013

¿Qué motivó la reforma?

1. Barreras de acceso a los servicios de salud y fallas en la promoción y prevención.
2. Falta de pago oportuno a los prestadores de los servicios de salud y fallas generalizadas en las empresas promotoras.
3. Uso inadecuado de los recursos por corrupción e ineficiencia.
4. Atención deficiente en las zonas especiales (dificultades de acceso para minorías étnicas y habitantes de zonas dispersas).
5. Pérdida de legitimidad del sistema.

¿Qué busca la reforma (objetivos)?

1. Reducir las barreras de acceso a medicamentos y servicios de salud.
2. Garantizar una mayor calidad y continuidad en los servicios.
3. Recuperar la legitimidad del sistema y la confianza entre los actores.
4. Reducir la intermediación financiera que no genera valor.
5. Disminuir la corrupción y garantizar una mejor regulación y supervisión.
6. Mantener los logros alcanzados en protección financiera y cobertura.

¿Cómo se van a lograr los objetivos?

- a) Creando Mi-salud, entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado.
- b) Ampliando el plan de beneficios por un plan integral que reduzca la llamada zona gris y disminuya por lo tanto la proliferación de tutelas.
- c) Transformando las EPS en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas¹.
- d) Creando las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales.
- e) Dotando a la Supersalud con mayores y mejores instrumentos de control.

¿Se lesionan los derechos de la población?

¹ **Atención Básica:** comprende los servicios de prevención, atención y rehabilitación de primer nivel, cuyo fin es la protección específica, la detección temprana y el cuidado individual de la salud mediante medicina general y especialidades básicas. **La Atención Especializada** comprende los servicios de salud que requieren personal e instituciones de mayor complejidad, que complementan la atención básica, y que garantizan la integralidad de la atención.



No, por el contrario el plan integral de salud incluirá los medicamentos y procedimientos que hoy se pagan por concepto del llamado No POS. No habrá diferenciación por concentración o formas farmacéuticas, mejorando así el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud en general.²

¿Cómo se van a prestar los servicios de salud?

Se crearán **áreas de gestión sanitaria**. En cada área existirán varias redes de prestadores de servicios de salud, gestionadas por una administradora que tendrá a su cargo un grupo poblacional determinado. Las áreas no coincidirán necesariamente con la división político administrativa. Se mantendrá la separación entre regímenes contributivo y subsidiado.

Las redes serán de tres categorías:

- **Red básica** (cerca al usuario) que presta los servicios básicos para conservar y mejorar el estado de salud de la población;
- **Red especializada** que atiende los pacientes con enfermedades complejas, buscando controlarlas de manera que puedan volver a ser atendidos en el nivel básico;
- **Redes especiales** que atiende las enfermedades de mayor complejidad que requieren, por sus características, un manejo integral.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios de habilitación de las redes.

¿Cómo se van a gestionar los servicios de salud?

En cada área de gestión sanitaria, existirán **administradoras** que tendrán la responsabilidad de conformar y gestionar las redes de prestadores de servicios de salud en las condiciones señaladas. Serán administradores de la red de atención básica y gestionarán riesgo en las redes especializadas y especiales. Podrán operar en ambos regímenes. Deberán contar con un número mínimo de afiliados en las áreas donde operen.

Las entidades territoriales serán responsables de las acciones colectivas y de salud pública. Si cumplen ciertas condiciones, podrán convertirse en administradoras del Régimen Subsidiado.

La gestión de los servicios en zonas especiales tendrá un modelo distinto con enfoque diferencial.

¿Cómo se van a pagar los servicios de salud a los prestadores y administradores?

1. **Todos los prestadores que integran las redes** recibirán un giro directo mensual por un valor fijo (de conformidad con los servicios que presten) y un monto variable atado a la información presentada y al desempeño.

² La encuesta de calidad de vida de 2010 muestra que la principal razón para no entrega de medicamentos es debido a que se los mismos no se encuentran en el POS (55% Régimen contributivo y 49% régimen subsidiado). El 88.6% de las moléculas incluidas en el POS se han pagado como No POS por variaciones en su concentración o forma farmacéutica. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.



2. **El administrador** recibirá un pago fijo por realizar auditorías a la prestación completa de la atención a los usuarios en la red básica y garantizar el envío de la información requerida. Por la gestión del riesgo en las redes especializadas y especiales, recibirá una Unidad de Pago por Capitación como ocurre en el sistema actual.
3. Se permitirá la integración vertical entre el administrador y la red de atención básica. No podrá existir integración vertical entre el administrador y la red especializada y especial. No habrá integración vertical entre prestadores privados que ofrezcan servicios básicos y especializados.

El esquema incentiva a los administradores para que promuevan las acciones y servicios de la atención básica. Si no lo hacen, la población pasará a la atención especializada, lo que disminuirá sus márgenes.

¿Qué va a pasar con las EPS?

Tendrán tres opciones:

- Retirarse del aseguramiento social y especializarse en seguros voluntarios.
- Convertirse en Administradoras (que asumen algún riesgo), gestionando la prestación de servicios de salud en un área de gestión sanitaria.
- Si están integradas verticalmente, podrán convertirse en prestadoras de servicios y unirse a alguna red.

¿Qué va a pasar con los hospitales públicos?

Los administradores del Régimen Subsidiado deberán copar primeramente toda la capacidad instalada de la oferta pública disponible en el área de gestión sanitaria que les corresponda.

¿Qué va a pasar con los departamentos?

Podrán administrar el régimen subsidiado bajo las mismas condiciones señaladas en la ley. Deberá existir un acuerdo entre entidades territoriales que hagan parte de una misma área.

¿Cómo se vigilará el sistema?

La Superintendencia Financiera vigilará a los administradores en lo relacionado con el aseguramiento y la Superintendencia Nacional de Salud se concentrará en la protección al usuario y los prestadores.