

Proyecto de Ley

“por medio del cual se **transforma**
el sistema de salud en Colombia y
se dictan otras disposiciones”

Junta de Dirección General

Febrero 14, 2023

AGENDA

- I. Introducción
- II. Estructura y consideraciones generales
- III. Aspectos positivos
- IV. Principales alertas
- V. Reflexiones y propuestas finales

I. Introducción

Objeto

Reestructurar

El Sistema General de Seguridad Social en Salud pasando a un Sistema de Salud.

Establecer

El Sistema de Salud con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado

Fundamentar

El aseguramiento Social en Salud.

Constituir

El aseguramiento social, con participación de servicios públicos, privados y mixtos.

I. Introducción

Elementos esenciales

Obligatoriedad de los aportes

Parafiscalidad

Humanización

Eficacia

Intersectorialidad

Participación vinculante

Enfoque de género

I. Introducción

Elementos esenciales



Servicio público esencial de salud



Territorio de salud



Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (APIRS)



Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS)



Atención territorial en salud



Salud predictiva



Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS



Instituciones de Salud del Estado



Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud



Consejo Nacional de Salud.



Territorios focalizados



Instancias operativas

II. Estructura y consideraciones generales

| Capítulo | Nombre | Número de artículos | Peso relativo porcentual |
|--------------|--|---------------------|--------------------------|
| I | Disposiciones generales | 4 | 2,6% |
| II | Determinantes sociales de la salud | 4 | 2,6% |
| III | Organización del sistema de salud | 10 | 6,6% |
| IV | Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud | 31 | 20,4% |
| V | Prestación de servicios de salud | 5 | 3,3% |
| VI | Instituciones de Salud del Estado - ISE | 21 | 13,8% |
| VII | Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud | 16 | 10,5% |
| VIII | Modelo de atención | 10 | 6,6% |
| IX | Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) | 5 | 3,3% |
| X | Participación ciudadana y social | 3 | 2,0% |
| XI | Inspección, vigilancia y control | 12 | 7,9% |
| XII | Política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud | 1 | 0,7% |
| XIII | Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud | 3 | 2,0% |
| XIV | Política de formación y educación superior en salud | 1 | 0,7% |
| XV | Régimen laboral de los trabajadores de la salud | 5 | 3,3% |
| XVI | Autonomía profesional y autorregulación | 5 | 3,3% |
| XVII | Régimen disciplinario y sancionatorio | 8 | 5,3% |
| XVIII | Transición y evolución del sistema de salud | 8 | 5,3% |
| Total | | 152 | 100% |

II. Estructura y consideraciones generales

Premisas de funcionamiento (1/3)

1. Se crea un sistema de aseguramiento social en salud.
2. Todas las personas y sus familias deberán estar adscritos a los CAPIRS en el lugar de su residencia.
3. Las EPS operarán hasta la entrega de la población que actualmente tienen afiliada a los CAPIRS del nuevo aseguramiento social en salud, en forma progresiva y segura.
4. Los CAPIRS se encargarán de la atención primaria básica, la promoción y la prevención y los equipos extramurales.
5. Las Redes Integradas e Integrales del Servicio serán organizadas y conformadas por las entidades territoriales, e incluirán prestadores públicos (preferiblemente), privados y mixtos en coordinación con el MSPS, a través de un régimen tarifario único.
6. Los CAPIRS harán el proceso de referencia a mayores niveles de complejidad así como las autorizaciones de servicios de sus ciudadanos adscritos.
7. Todos los recursos serán manejados por la ADRES a nivel central y territorial y se trasladarán por giro directo a los prestadores y proveedores.

II. Estructura y consideraciones generales

Premisas de funcionamiento (2/3)

Las EPS podrán:

1. Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas
2. Organizar y operar los CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud
3. Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por la ADRES
4. Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud
5. Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud
6. Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud
7. Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población
8. Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud
9. Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema de Salud.

II. Estructura y consideraciones generales

Premisas de funcionamiento (3/3)

Funciones de Nueva EPS:

1. Asumir el aseguramiento en los territorios donde no queden EPS.
2. Contratar servicios de atención primaria en caso de ser necesario.
3. Contribuir con la organización de la prestación de los servicios de salud
4. Facilitar la infraestructura en cada territorio para el tránsito de la inscripción territorial
5. Estructurar el sistema de referencia y contrarreferencia posterior a la inscripción territorial.
6. Conformar los CAPIRS en territorios.
7. Creación de redes integradas e integrales en los territorios.

II. Estructura y consideraciones generales

Consideraciones generales

1. El PL **reestructura el SGSSS y establece el Sistema de Salud que transforma el modelo actual de aseguramiento** a un **sistema de aseguramiento estatal** y traslada la protección del riesgo financiero de personas y hogares a entidades públicas de diferentes niveles.
2. Crea múltiples instancias de gobernanza y participación ciudadana en lo nacional y territorial, **diluyendo responsabilidades entre los agentes** del nuevo Sistema de Salud.
3. Mantiene el nombre de las EPS, pero los **cambia y limita las funciones** quitándoles los elementos propios de aseguramiento en salud.
4. Establece como **nuevos responsables de la gestión de la población** a los CAPIRIS*, sin que estos tengan definidas las funciones y menos aún las capacidades propias del aseguramiento (administración del riesgo financiero, formación de redes, gestión del riesgo en salud ni la totalidad de la agencia del usuario).
5. Modifica la prestación de servicios al crear redes conformadas desde la entidad territorial con participación voluntaria de los privados y mixtos.

* CAPIRIS: Centro de Atención Primaria Integral y Resolutiva en salud. Quien se encarga de referencia y atención primaria y una parte del riesgo en salud.

II. Estructura y consideraciones generales

Consideraciones generales

6. Introduce el **régimen tarifario único** sin especificarlo y desconociendo los manuales tarifarios que se vienen usando en los mecanismos actuales de contratación.
7. **Modifica de forma estructural el flujo de recursos**, al crear en la ADRES dos cuentas: (Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud APIRS y Fortalecimiento red pública para la equidad) y **desconcentra la operación** en fondos regionales de salud en términos de recepción de cuentas, auditoría, procesamiento y pagos.
8. Modifica el **sistema de información actual** con cambios profundos en la responsabilidad del estado y planteando elementos críticos de interoperabilidad y la introducción de elementos como la historia clínica única a nivel nacional.
9. Crea una **nueva categoría de servidor público** y un régimen laboral especial en lo público (formalización de plantas) y hace obligatoria la vinculación mediante contrato laboral, en lo privado.
10. Se otorgan **facultades extraordinarias** al Presidente de la República para que **emita los decretos ley** que requiera para expedir las disposiciones sobre el régimen laboral especial de trabajadores estatales de la salud, adoptar el régimen sancionatorio a cargo de la Super Salud y las disposiciones que son de reserva de ley.

III. Aspectos positivos

1. Es de resaltar que se posicionan **los determinantes sociales en salud** como uno de los principales aspectos de la reforma.
2. Se crea la **Comisión Intersectorial de Salud** de alto nivel, liderada por el presidente y los ministros, con el objetivo principal de hacer seguimiento a los indicadores en salud.
3. El **Comité de Asistencia Técnica Territorial** puede aportar positivamente **coordinando las acciones en salud** y las competencias de cada nivel de gobierno, enfocándose en las acciones en territorios que probablemente hoy no se están vigilando.
4. Continúa el modelo del **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud** y se complementa con un sistema de calidad para redes integradas e integrales.
5. Se exige un **seguro de salud para los turistas y extranjeros** con residencia temporal.
6. Se permite la **creación de territorios focalizados**, que responde de manera positiva a las necesidades de la población que lo conforman.
7. Se plantean **hospitales itinerantes para zonas especiales**, financiados con recursos de regalías y de las entidades territoriales para realice actividades de promoción y prevención en territorios.

IV. Principales alertas

Rectoría y Gobernanza

1. Creación de un **Consejo Nacional de Salud** como entidad adscrita al Ministerio, con **más de 40 delegados**, no todos técnicos, autonomía decisoria.
2. Provee **recursos y autonomía a la Secretaría Técnica** del Consejo Nacional de Salud y financia los costos de los consejeros (presupuesto para el funcionamiento y viáticos).
3. Creación de **Consejos Territoriales** de Salud con amplia participación para la implementación de las políticas en territorio.
4. Creación de **múltiples instancias de decisión** y acompañamiento, aumentando la representación ciudadana **sin claridad de sus funciones y operación**.
5. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral, incluyendo en: procesos cotidianos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud, participación en las políticas públicas en salud, consulta previa a las comunidades étnicas y participación en inspección, vigilancia y control.

IV. Principales alertas

Financiamiento

1. Las entidades territoriales tendrán en sus Fondos de Salud las cuentas análogas del Fondo Único Público para la Salud y mencionadas anteriormente, modificando la estructura actual de los Fondos de Salud de las entidades territoriales.
2. Adicionalmente define que el MSPS implementará un proceso gradual de asunción de las competencias de las entidades territoriales para administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y las otras fuentes de financiación de manera solidaria.
3. El 90% (antes 87% del régimen subsidiado) del Sistema General de Participaciones se va a destinar para la atención primaria en salud, equipos extramurales y promoción y prevención. El valor restante se girará a los departamentos para el fortalecimiento de los hospitales.
4. Por lo anterior, aparentemente se incrementa del 3 al 10% el porcentaje de subsidio a la oferta. Esto se asemeja a la figura anterior de aportes patronales.
5. Sin embargo, no es clara la administración de las entidades territoriales respecto a los recursos del Sistema General de Participación determinados en la Ley 715 que les corresponde, lo que evidencia falta de claridad respecto a la financiación de salud pública.

IV. Principales alertas

Financiamiento

6. Se crean fondos regionales conformados por múltiples territorios con un único presupuesto para el pago de servicios de salud, lo cual requiere el consenso entre varios gobernadores.
7. El gerente del fondo regional, funcionario de la ADRES regional, realizará la contratación de los servicios de salud, la auditoría y autorización de pago de los servicios de mediana y alta complejidad, lo cual representa un alto riesgo de corrupción.
8. Es claro que se mantienen un valor per cápita (UPC) para mediana y alta complejidad. De la Cuenta de Atención Primaria se financiarán los CAPIRIS aunque no es claro el criterio ni el mecanismo para el giro de recursos. Por lo anterior, la UPC como la conocemos hoy dejaría de existir.

IV. Principales alertas

Aseguramiento

1. Eliminación del Modelo de Aseguramiento actual
2. Las EPS dejan de ser aseguradores y administradores de los recursos de la salud.
3. No es clara la capacidad de gestión del riesgo financiero por parte de los CAPIRS.
4. No es clara la capacidad de gestión del riesgo en salud por parte de los CAPIRS.
5. No es clara la capacidad de los CAPIRS para representar al usuario a lo largo de la red.
6. No es clara la capacidad de conformar redes por parte de las Entidades Territoriales.
7. En un mundo de alta movilidad mantener la adscripción de los CAPIRS en función de la residencia, podría limitar el acceso de las personas a los servicios.
8. No es claro como el proyecto de ley garantiza la libre elección.

IV. Principales alertas

Prestación de servicios

1. El Ministerio definirá los criterios para la conformación de redes integradas e integrales en los territorios, dando prioridad a la red hospitalaria pública, lo cual podría debilitar la capacidad de prestación de servicios privados.
2. El hospital privado podrá adherirse a la red, con un tarifario único, condiciones de pago y
3. generación de informes, lo cual refuerza la disminución en la calidad de los servicios.
4. La creación del régimen tarifario único desconoce los sistemas de contratación, los sistemas de información y la configuración organizacional así como la estructura de costos de cada entidad.
5. El presupuesto de los hospitales públicos tiene en cuenta el ingreso por prestación de
6. servicios pero fortalece el subsidio a la oferta restringiendo los incentivos para la autosostenibilidad y la eficiencia.
7. El nuevo modelo de referencia y contrarreferencia podrá limitar el acceso a los servicios de salud.

IV. Principales alertas

Medicamentos y dispositivos

1. Existirá un manual tarifario único obligatorio en la prestación de servicios y regulación de precios de medicamentos.
2. Cada 4 años el gobierno formulará una política farmacéutica nacional de insumos que contemplará la compra conjunta de medicamentos esenciales, el respaldo a la producción local de moléculas no protegidas por patente, la regulación de precios de medicamentos y tecnologías y la transferencia tecnológica con estímulos para la producción nacional.
3. Para la adquisición de medicamentos y tecnologías en salud, de productos de mayor consumo, se podrá realizar una subasta pública para cada año.
4. Se reitera la posibilidad de compras centralizadas.
5. Política de ciencia y tecnología en salud que definirá las prioridades en inversión desarrollo tecnológica e innovación en salud.
6. Creación de una subcuenta de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública del fondo único para la salud, para investigación, desarrollo tecnológico e innovación de problemas de salud pública.

IV. Principales alertas

Talento humano

1. Se crea una nueva categoría de servidor público y un régimen laboral especial en lo público (formalización de plantas).
2. El nuevo esquema incrementará los costos de manera sustancial para el sector público y privado.
3. La obligación de contratación para los privados desconoce la dinámica en la prestación de servicios y en virtud del aumento del costo podría significar la reducción de los equipos asistenciales de clínicas y hospitales y con ello la calidad del servicio.
4. No se ven soluciones ni incentivos para aumentar la suficiencia y desconcentrar el talento humano.

IV. Principales alertas

Sistemas de información

Sistema Único Público Integrado de Información en Salud (SPUIIS)

1. Se cambia el modelo de Interoperabilidad de historia clínica por un modelo de **historia única**.
2. Se establece un **modelo tecnológico independiente** que no acoge la política de gobierno digital del estado.
3. Se propone la **regulación de tecnologías** como Blockchain para el registro de los datos clínicos, lo anterior es un riesgo debido a que la herramienta se encuentra en fase experimental.
4. Se afecta la libre competencia, el desarrollo de las instituciones y se traslada el riesgo y la responsabilidad al estado con una **historia única de salud**.
5. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el SPUIIS.
6. La incorporación al SPUIIS en el área administrativa y asistencial son **obligatorias** para todos los integrantes del Sistema

IV. Principales alertas

Inspección, Vigilancia y control

1. Se incluyen facultades jurisdiccionales a la Super Salud como juez en los procesos de insolvencia, sin que quede claro cuáles son sus entidades vigiladas.
2. No se modifican los sujetos vigilados, de tal manera que no se sabe si las entidades que se crean van a estar vigiladas por la Super Salud.
3. El régimen de insolvencia aplicaría para sociedades privadas, de manera que, de acuerdo a la nueva conformación del sistema éste aplicaría exclusivamente para los prestadores de servicios de salud privados.
4. El mismo comentario aplica para las nuevas funciones sobre declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios.
5. El Superintendente será nombrado por un periodo de 4 años, lo que significa que deja de ser de libre nombramiento y remoción y pasa a tener un cargo de período, es decir que sólo podrá ser desvinculado por causas precisas.

V. Reflexiones y propuestas finales

1. El PL plantea una **reestructuración al SGSSS** que debe **analizarse jurídicamente** en términos de las implicaciones frente al derecho constitucional de la salud.
2. La conversación migra del MSPS al Congreso de la República. Es fundamental **crear y alimentar conversaciones de alto nivel técnico y político** en la Honorable **Cámara de Representantes** y el Honorable **Senado de la República**.
3. Es fundamental **incorporar de manera estructurada la visión de los usuarios** y pacientes en las conversaciones de la reforma.
4. El **régimen de transición** debe contemplar **mayor claridad en términos operativos** para garantizar la estabilidad de la atención a los ciudadanos y un proceso ordenado de transferencia de la gestión de las EPS a los CAPIRIS, así como el manejo de las facturas y pagos a los actuales actores del SGSSS.

V. Reflexiones y propuestas finales

5. No hay un mecanismo descrito para el manejo de las deudas antiguas y las actuales del SGSSS con las EPS, ni de estas entidades con IPS, proveedores y/o el talento humano.
6. Las empresas (empleadores) deben exigir claridad en el manejo de las prestaciones
7. económicas y especialmente en la garantía de la progresividad del derecho a la salud.
8. Debe analizarse en detalle el articulado y enriquecerlo con reacciones de los próximos días, para fomentar conversaciones constructivas a partir de los análisis técnicos y la lectura del entorno político.



VICEPRESIDENCIA DE SALUD

Febrero, 2023