

Bogotá agosto 25 de 2020

Honorables Senadores
Comisión Séptima Senado
Congreso de la Republica

Por medio de la presente Pacientes Alto Costo se permite pedir el archivo Proyecto de Ley 010 “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”. Al hacer una revisión del proyecto con el fin de encontrar los aportes que llevaran a mejorar el actual sistema e incrementar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud a los colombianos y comparándolo con las leyes actuales y normas del sector salud encontramos que son muy pocos los aportes y en cambio se hace un camino muy rápido hacia la total privatización del sistema de salud por los cambios de las eps a AS.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Salud - SGSSS en el marco del Sistema de Salud, se desarrolla la Ley 1751 de 2015 y se dictan medidas orientadas a su sostenibilidad. De conformidad con el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, el Sistema de Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, mecanismos y fuentes de financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Este artículo transcribe el Art 4 de la LES.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente ley serán aplicables al Gobierno Nacional, los integrantes del Sistema de salud y demás personas o instituciones que intervengan directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Este artículo es el mismo Art 3 de la LES.

Artículo 3. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la salud pública, la protección de los riesgos de enfermedad de los individuos y la comunidad y la prestación de los servicios que conduzcan al mantenimiento, la recuperación de la salud y la paliación.

Podemos decir que este artículo es menor en alcance a como se define en el artículo 15 de la LES, también está más amplio el alcance en la definición del Art 2 de la ley 1438 de 2011.

Artículo 4. Territorialización del Sistema. El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas. 3

El concepto de este artículo 4 está desarrollado en el Art 6 de la LES, específicamente dentro de los principios del derecho fundamental en el literal **g) progresividad del derecho**, también están desarrollados en el:

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Artículo 3° Ley 1438 Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modificase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993,

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 5. Garantía del derecho fundamental a la salud. La garantía efectiva del derecho fundamental a la salud se desarrolla a partir de una política pública en salud, que incluya un modelo de atención primaria, un esquema de operación del aseguramiento y de prestación de los servicios para proveer un Plan Único de Salud con un énfasis en la promoción y la prevención. Los mecanismos planteados deberán ser actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y las condiciones específicas respecto a la población y la disposición de nuevas tecnologías en salud.

El artículo 5 está más ampliamente definido en el Art 2, Art 5 literal b), c), f), Art 6, Art 8, Art 15, Art 20 de la LES; podemos decir que tal y como está este artículo es regresivo en el núcleo del derecho a la salud ya que lo define como un plan único de salud algo totalmente contrario a al art 15 de la LES.

Referente a la atención primaria este tema está ya contemplado en la ley 1438 de 2011 Art 1, Art 2, y

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Art 12. De la atención primaria en salud,

Art 13. Implementación de la atención primaria en salud. Art 15. Equipos básicos de salud.

Artículo 6. Integrantes del Sistema de Salud. Conforman el Sistema de Salud el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas, las entidades territoriales, los regímenes excepcionales de salud y sus operadores, las entidades adaptadas, los operadores de planes y pólizas privadas de salud y todos los demás integrantes del SGSSS como las Entidades Promotoras de Salud –EPS, en adelante Aseguradoras en Salud -AS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, y las restantes entidades que las leyes reconozcan.

Este artículo está definido en el Art 155 de la ley 100 que está adicionado por el Art 243 de la ley 1955 de 2019

Llama la atención del cambio de nombre de las EPS a aseguradoras en salud AS, aunque está definida en el Art 16 de este proyecto con base a la ley 1122 y 1438, revisando la ley 1438 no encontramos en su articulado la definición de aseguradora de las eps, pero en la ley 1122 encontramos:

CAPÍTULO IV

DEL ASEGURAMIENTO

Artículo 14º. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entienda por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Solo nos queda una inquietud, quedando las EPS como AS, aun con la definición existente en la ley 1438 y de acuerdo con la ley 100 Art 182:

ARTICULO. 182.-De los ingresos de las entidades promotoras de salud. Las cotizaciones que recauden las entidades promotoras de salud pertenecen al sistema general de seguridad social en salud.

PARAGRAFO. 1º.-Las entidades promotoras de salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema de cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

En el futuro las nuevas AS intentarían de nuevo como lo han hecho en el pasado de tomar el valor de la UPC y el presupuesto de techos máximos como dinero de una prima de seguro que pasa a ser parte del patrimonio de ellos, esto con base a el nombre legal de aseguradora en salud, si revisamos la definición de aseguradora en lo más simple de internet Wikipedia, tenemos esto:

Una **compañía de seguros o aseguradora** es la empresa especializada en el seguro, cuya actividad económica consiste en producir el servicio de seguridad, cubriendo determinados riesgos económicos (riesgos asegurables) a las unidades económicas de producción y consumo.

Su actividad es una operación para acumular riqueza, a través de las aportaciones de muchos sujetos expuestos a eventos económicos desfavorables, para destinar lo así acumulado, a los pocos a quienes se presenta la necesidad. Sigue el principio de mutualidad, buscando la solidaridad entre un grupo sometido a riesgos.

Esta mutualidad se organiza empresarialmente, creando un patrimonio que haga frente a los riesgos. El efecto desfavorable de estos riesgos, considerados en su conjunto, queda aminorado sustancialmente, porque, para el asegurador, los riesgos individuales se compensan: solo unos pocos asegurados los sufren, frente a los muchos que contribuyen al pago de la cobertura. Ello permite una gestión estadística del riesgo, desde el punto de vista económico, aunque se conserve individualmente desde el punto de vista jurídico.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Desde el punto de vista económico financiero, las empresas aseguradoras son intermediarios financieros, que emiten como activo financiero específico las pólizas o contratos de seguros, obteniendo financiación mediante el cobro del precio o prima del seguro, y constituyen las oportunas reservas o provisiones técnicas (operaciones pasivas) a la espera de que se realice el pago de la indemnización o prestación garantizada (suma asegurada), bien porque ha ocurrido el daño o pérdida indemnizable (siniestro) según el contrato suscrito, o bien porque se estima su posible ocurrencia por métodos y procedimientos actuariales.

La técnica del seguro se basa en el pago anticipado de los recursos que se invierten a largo plazo, fijándose las reservas especiales, las denominadas provisiones técnicas, que garantizan, cuando ocurran eventos dañosos, el pago de las indemnizaciones por siniestro. Las citadas reservas o provisiones técnicas son invertidas por las empresas de seguros normalmente en activos reales (inmuebles) o en otros activos financieros (títulos o valores mobiliarios, operaciones activas).

Por el Contrato de Seguro, el Asegurador o Compañía de Seguros, al recibir una prima en concepto de pago, se obliga frente al Asegurado a indemnizarle según lo pactado, si deviene el evento esperado. Todo esto debe quedar claramente establecido entre el Asegurado y la Compañía de Seguros en una póliza o contrato.

Teniendo en cuenta lo que es una aseguradora según definición simple, ¿nos permitimos preguntar cuál será la diferencia entre las AS definidas en este proyecto de ley y las AS del mercado del aseguramiento?, podrán en el futuro pedir esta AS definidas en este PL apearse a las normas comerciales del aseguramiento? ¿Será un triunfo de las EPS pasar en este PL a ser AS como otro paso más para profundizar el modelo comercial del sistema de salud colombiano?, se creará un vacío jurídico en la normatividad que deben cumplir las AS como se propone este PL y las AS del mercado de seguros actual? , pedirán en el futuro estas AS que la prima que les pagan se conviertan en patrimonio y se pierda el concepto de dinero público de salud?

Con este pequeño análisis consideramos que ese cambio de nombre no aporta ningún beneficio a los colombianos en el sistema de salud

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA

Artículo 7. Función esencial de Salud Pública. La salud pública comprende el conjunto de planes, programas, políticas, estrategias, intervenciones, protocolos y lineamientos dirigidos a mantener la salud individual y colectiva de la población a partir de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.

Podemos decir que este concepto ya está abarcado en el art 20 de la LES 1751, y en la ley 1122 Art 32.

CAPITULO VI SALUD PÚBLICA

Artículo 32º. De la salud Pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de los integrantes del Sistema y demás sectores que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, formulará, cada 5 años, el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP que contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de la poblaciones a nivel nacional y territorial. De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio. 4

Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.

Este concepto esta más desarrollado en el Art 33 de la ley 1122, por lo que sugerimos dejar este concepto ya que contempla desde el literal a) hasta el literal l).

Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

Artículo 9. Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos. Con base en las metas y acciones definidas en el PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto de acciones a ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial. Este plan se actualizará cada dos años de acuerdo con los resultados de las evaluaciones efectuadas al PNSP. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Parágrafo. Con base en las metas del PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema

Este concepto de promoción y prevención esta ya desarrollado y definido por el ministerio con un numero de indicadores (ej.: resolución 3280 de 2018), consideramos que se debería dejar incluidos temas en este artículo que el ministerio no ha querido abordar por presiones de diferentes actores como:

- Consumo de bebidas azucaradas.
- Concentraciones máximas de azúcares por porción diaria en todas las etapas de la vida.
- Uso de grasas trans en productos procesados.
- Consumo de cigarrillos electrónicos en jóvenes.
- Concentraciones máximas de sal por porción diaria en alimentos procesados.
- Sobrepeso y obesidad.

Este artículo debería aportar como se obligaría a las futuras AS y entes territoriales a su cumplimiento, ya que hoy solo es un canto a la bandera.

Tenemos la duda de los tiempos de evaluación y cambio de este plan, ya que se plantea que cada dos años se evalúe y cambie, pero en el art 8 de este proyecto se deja el plan de salud a cinco años, lo cual dejaría la combinación de dos planes diferentes en una evaluación. La falta de un sistema de información único y publico consideramos que es un factor que no permite medir y hacer seguimiento a estos puntos, ya que lo existente hoy en día son reportes de las eps, los cuales carecen de calidad y credibilidad en la fuente de los datos.

Es importante mencionar que en la ley 1438 de 2011 en los artículos 8 y 9 se puede decir que está contemplado el objetivo de este artículo.

ARTÍCULO 8°. Observatorio Nacional de Salud.

ARTÍCULO 9°. Funciones del Observatorio Nacional de Salud.

En los artículos 10 y 11 de la 1438 se va más allá en el tema de promoción y prevención

ARTÍCULO 10. Uso de los recursos de promoción y prevención.

ARTÍCULO 11. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.

En conclusión, este art 9 no aporta nada nuevo al sistema de salud.

Artículo 10. Planes Territoriales de Salud. Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud. Para cada entidad territorial se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento, distrito y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente. Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago. 5

Este artículo es importante en el manejo de la salud de los colombianos, pero como hemos manifestado en las observaciones al MIAS, y recientemente al MAITE, el cual desarrolla la PAIS, es casi imposible poner de acuerdo con las EPS que operan en cada departamento a trabajar en un mismo objetivo de su población de acuerdo a perfil epidemiológico, aspecto que se ha evidenciado claramente en el manejo de la pandemia por Covid 19.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Ley 1753 PND 2014-2018 Art 65 se establece la Política Integral de Atención en Salud "PAIS" y que se adopta en la:
Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS, con su anexo: marco estratégico centrada en la persona y se fundamenta en la atención primaria en APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones y Marco Operacional (MIAS)

CAPÍTULO III GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.

Artículo 11. Función de gestión del riesgo en salud. La gestión integral del riesgo en salud será ejecutada a través del aseguramiento y la salud pública. El aseguramiento se concentra en la gestión de los riesgos individuales de cada persona, coordinada y articulada con los riesgos colectivos y laborales; en la ejecución de los modelos regulados de atención primaria, la prestación del plan de beneficios, la coordinación de la atención y evaluación de las intervenciones sobre la salud de los individuos y su familia.

Parágrafo 1. Las Entidades territoriales serán responsables del riesgo colectivo en coordinación con las AS y los prestadores de acuerdo con el Plan de salud Territorial.

Parágrafo 2. Las AS, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, serán responsables del seguimiento al riesgo, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos para todos sus afiliados.

Parágrafo 3. Las ARL deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, los riesgos laborales de sus afiliados, las prestaciones recibidas y porque conceptos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer en un máximo de 6 meses un mecanismo de recepción de la información y reportes de información a las AS para la consolidación del riesgo individual de la población.

Parágrafo 4. Las personas tendrán el deber de seguir los lineamientos del autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno- perinatal, al igual que las recomendaciones dadas por el personal de salud como parte gestión integral del riesgo, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud. El cumplimiento o incumplimiento de tales acciones se reflejará en las cuotas moderadoras, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo. 6

Podemos decir de este Art 11 que está contemplado en el MAITE, sencillamente se le da mayor rango jurídico al subirlo a ley, es importante mencionar que se está incluyendo la parte de riesgos laborales los cuales no se plantea como se hará el relacionamiento entre las futuras AS y ARL para usar esta información, aunque el parágrafo 3 menciona de reporte al ministerio, a una base general donde consideramos que las AS no se tomaran el trabajo de cruzar en esa base de datos sus afiliados para cumplir con este artículo. este tema se menciona también en el art 14 de la ley 1122 y el 24 de la ley 1438.

Referente a lo estipulado en el parágrafo 4 "**El cumplimiento o incumplimiento de tales acciones se reflejará en las cuotas moderadoras, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo**". debemos decir que ya la corte constitucional se ha manifestado en el tema y ha dicho que las cuotas moderadoras NO son un instrumento que pueda ser usado como barreras al derecho de la salud, hoy las multas por inasistencia a la consulta médica fueron desmontadas en la ley 1438 Art 55. Y el parágrafo 1 del Art 10 de la LES lo prohíbe, Además, su objetivo está definido en el Art 187 de la ley 100.

Artículo 12. Implementación de la gestión integral del riesgo en salud. Toda AS que desee operar en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios, con capacidad para hacer seguimiento e identificar la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la adherencia a tratamientos e información y educación sobre la enfermedad y sus riesgos, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dicho sistema se integrará en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Este artículo es muy importante, ya que uno de los problemas actuales es la falta de un sistema de información único en salud que sea público, muchas eps tienen información por cohortes según patologías y algunas variables de la caracterización de sus afiliados, pero es una información privada y que está sujeta a propiedad de ellos, este tema está ligado al desarrollo de las TIC de las eps, IPS públicas y privadas y demás actores del sistema de salud, al igual que del grado de conectividad del país, por eso debe estar unido con la política de las TIC, para no seguir teniendo lugares que por contar con alto grado de TIC sean mejores que los lugares donde no han llegado las TIC de manera adecuada y así se sigue teniendo país desarrollado y país en atraso. Todo esto debe ir ligado al desarrollo de la historia clínica electrónica HCE y un sistema único nacional de información en salud de propiedad del estado y no de particulares.

Artículo 13. Agrupador Único Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo de la enfermedad en los diferentes ámbitos de atención. Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las AS y la IPS.

Entendemos en este artículo la creación de un organismo de regulación de precios en la atención médica en todos los niveles que lo creara el ministerio, no deja establecido su financiamiento, si es público, privado o mixto, tampoco cuando entraría a operar y si sus lineamientos son de estricta utilización para el negocio entre AS e IPS. Consideramos que si es importante establecer un manual de precios en el sistema de salud para evitar que algunas regiones operen a la ley de oferta y demanda y sea más costosa la atención, como por ejemplo las ciudades pequeñas y las zonas dispersas.

Artículo 14. Pago de las intervenciones del nivel primario. El pago de las intervenciones del nivel primario deberá ser ajustado por las AS al riesgo poblacional y al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas. Los incumplimientos reiterados en las metas acordadas deberán tener efectos sobre la habilitación de servicios de la respectiva IPS, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de las AS, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.

Suena interesante desde el punto de negocio esta forma de compra de servicios de atención primaria, digamos que, si se contara con información completa a tiempo y pública podría ser más transparente esta compra de servicios y enfocada en resultados de salud.

Invita a modificar los requisitos de habilitación de las IPS por incumplimientos, algo que consideramos imposible de hacer, debido a que al día de hoy la integración vertical de muchas eps está centrada en IPS de este nivel, lo cual es el ratón cuidando el queso, y segundo muchas ips venden servicios a diferentes EPS lo cual hace imposible la medida en las condiciones actuales y a corto plazo, en el caso de particulares con exclusividad de atención a las eps, como el caso de nueva eps también se hace poco factible esta implementación por falta de sistema de información público y único.

CAPÍTULO IV ASEGURAMIENTO

Artículo 15. Función esencial del aseguramiento. La función esencial del aseguramiento en salud radica en la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del Sistema de Salud o SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero. 7

Este concepto está definido en el Art 14 de la ley 1122, y se hace una especificación en el Art 30 de la ley 1438 sobre aseguramiento en las zonas dispersas

Artículo 16. Aseguradoras en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ajustarán su denominación legal a Aseguradoras en Salud (AS) atendiendo su objeto esencial definido en las Leyes 1438 de 2011 y 1122 de 2007. Las AS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional con las redes integradas de servicios de salud que conformen y celebrarán los acuerdos de voluntades con los integrantes de las redes o las asociaciones que se presenten entre ellos u otras AS. Estas redes deberán impulsar el uso de la tele salud, atención de consulta y hospitalización domiciliaria El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de asociación entre los integrantes de la red, las Asociaciones Público-Privadas y los casos excepcionales en que sea necesario contratar con prestadores de forma individual.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la función de regular los protocolos, programas, procedimientos y mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS.

Remitimos a lo mencionado en el análisis del Art 6 de este PL, nos queda la duda si queda vigente toda la normatividad frente al funcionamiento de EPS, como el Art 23 y 24 de la ley 1438.

Referente a el tema de “**El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de asociación entre los integrantes de la red, las Asociaciones Público-Privadas y los casos excepcionales en que sea necesario contratar con prestadores de forma individual**”, consideramos que no son las funciones del ministerio de salud, pero en caso que se aprobara este concepto vemos que el ministerio no tiene la capacidad instalada ni técnica para hacer esto, y se puede ver un cruce de alcances entre la liberta de asociación de empresas y esta función del ministerio.

Referente al parágrafo podemos decir que las funciones del ministerio en cuanto a política de medicamentos esta ya establecida en la política farmacéutica y su implementación con las medidas que se han tomado en el control de precios de medicamentos, aunque está faltando el control a insumos, material médico quirúrgico y material de osteosíntesis.

Artículo 17. Depuración del aseguramiento. Con base en el cumplimiento de la habilitación técnica y financiera de las AS y los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, esta diseñará e implementará, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de la libre elección dentro de la respectiva Área Territorial de Aseguramiento -ATS, la población de los aseguradores que pierdan su habilitación se distribuirá, inicialmente, entre las AS que se encuentren habilitadas o con certificación de permanencia, de acuerdo con el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor será transferido por tales AS a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los trabajadores, prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras y de forma complementaria al flujo de recursos provenientes de otros rubros de la liquidación. 8

Parágrafo 3. Por única vez, las actuales EPS podrán transformarse, fusionarse, escindirse o liquidarse, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Consideramos que dentro de las funciones de la Supersalud este tema ya está, y de acuerdo con las normas de habilitación Técnica y Financiera existentes las eps que no cumplen deberían estar ya liquidadas, este artículo debería ordenar de forma inmediata que la Supersalud haga cumplir la norma vigente y liquide las eps que no cumplen.

El parágrafo 1 menciona algo que ya está establecido.

El parágrafo 2 lo consideramos improcedente debido a que las futuras AS que reciban afiliados de AS liquidadas fácilmente sabemos que no pueden cumplir los requisitos técnicos financieros para recibir muchos de estos afiliados, mucho menos tener que comprar afiliados de esa manera cuando los están obligando a recibir, no se puede olvidar que se han dejado muy relajados estos requisitos financieros a las eps actuales para que puedan recibir los afiliados de las eps liquidadas y por eso muchas no cumplen estos requisitos vs el número de afiliados, y por lo tanto se crearía un cuello de botella. Pretender de esta manera que otras AS paguen por el mal manejo de los recursos de otras AS no tiene sentido ni es un buen mensaje.

El parágrafo 3 estaría en contra de los derechos comerciales de estas empresas porque ellas pueden salir del mercado asociarse si cumplen los requisitos de habilitación financiera y las normas del comercio vigente que las cobija.

Artículo 18. Régimen único de salud. Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. Dentro de ese lapso, se establecerá una compensación por maternidad, para las mujeres beneficiarias del subsidio total de salud o las de contribución solidaria.

Parágrafo 1. En cuanto a la administración de beneficios, los regímenes excepcionales de salud se seguirán rigiendo por sus propias normas. No obstante, deberán garantizar, como mínimo, los derechos y garantías en salud que se definan por parte del rector del sistema.

Parágrafo 2. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y la libre elección, la población afiliada a los regímenes de excepción tendrá derecho a trasladarse al Régimen único del SGSSS, para lo cual será requisito la cotización por parte del empleador en las condiciones establecidas en las normas que regulan el SGSSS.

Es importante mencionar que la única diferencia hoy, entre regímenes es el tema de cuotas de recuperación, cuotas moderadoras y número de patologías que se consideran de Alto Costo, porque el núcleo del derecho es el mismo según la LES 1751. Referente al pago de licencia de maternidad a mujeres del régimen subsidiado estamos completamente de acuerdo.

Consideramos que el parágrafo 2 es un acercamiento a la igualdad en el derecho a la salud y los únicos que deberían estar por fuera de el SGSSS son las fuerzas militares y policía excepto los de funciones administrativas.

Artículo 19. Unificación del Plan de Beneficios de Salud. A partir del 1º de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un Plan Único de Salud -PLUS

Este artículo está en total contravía del art 15 de la LES 1751.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Artículo 20. Unidad de Pago por Capitación. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo con su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud, basado como mínimo en un sistema de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores, que serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 1. En el componente variable, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la ADRES, podrá hacer ajustes de forma ex post por concentración de riesgos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas. 9

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirán las bases del modelo de análisis actuarial para el financiamiento del Plan Único de Salud con el cual se realizarán las actualizaciones anuales.

El cambio de forma de pago de la UPC que definen en este proyecto de ley, partiendo que el Art 19 de este proyecto es inconstitucional, se debe aclarar si hace modificación al actual concepto de UPC, y como dijimos antes en un país sin sistema de información único y público, no se puede aplicar este pago variable y sería muy fácil para aumentar la corrupción.

Artículo 21. Contribución solidaria. Adiciónese un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, así: **Parágrafo 2.** Los afiliados que no cumplan con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, hayan finalizado su relación laboral y aportado al SGSSS con un Ingreso base de cotización hasta un (1) salario mínimo legal mensual vigente – SMLMV, podrán permanecer afiliados por un año, contado desde la finalización de la relación laboral, el inicio del periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique, mediante el pago de una contribución solidaria de acuerdo con lo que se determine a partir de la encuesta SISBÉN una vez entre en implementación la metodología IV del SISBEN.

Este artículo está en contravía de un derecho fundamental e irrenunciable en lo individual y lo colectivo como quedó establecido en la LES 1751, según Art 1, 2, 5 literal a), f), 6 literal c), los principios a), d), i), j), 10 literal a), p), i). se sugiere que este artículo puede determinar que todos los colombianos están afiliados al SGSSS y el estado determinara el nivel de subsidios a la población que no tenga capacidad de pago, que significaría un derecho fundamental y no un derecho de acuerdo con nivel de pobreza, si no solidaridad de acuerdo con capacidad de pago.

Artículo 22. Gastos de administración. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento.

Estamos totalmente de acuerdo en la disminución del porcentaje para que todas queden con el 8%.

Artículo 23. Territorialización del aseguramiento. El aseguramiento estará circunscrito en Áreas Territoriales de Salud (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental y regional, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida. Toda AS deberá contar, en la ATS respectiva, con la capacidad institucional que permita la gestión integrada de los riesgos individuales en salud de forma coordinada con los riesgos colectivos y laborales, y la cobertura total de los servicios requeridos para el cumplimiento del Plan de beneficios unificado.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el tamaño mínimo de operación, según la territorialización en salud para las AS a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. 10 La población de las AS que no obtengan el tamaño mínimo de operación en los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, será reasignada de conformidad con la normatividad vigente. Las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor, por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud equivalente al gasto de

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor se girará a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social evitará la presencia de monopolios desde las AS en las ATS.

Parágrafo 3. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única AS. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de una única AS, esta será seleccionada mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial.

Este concepto está definido en el MAITE, excepto el concepto de riesgos laborales, tema que nos referimos en análisis de artículos anteriores.

Referente al parágrafo 1 existen hoy normas de habilitación para las EPS, y fue analizado en artículos anteriores.

Referente al parágrafo 2 es imposible que el ministerio pueda obligar a entrar AS en territorios donde no quieran, y estaría en una limitante al Art 17 de este PL que menciona de depuración de AS.

CAPÍTULO V. MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 24. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque familiar y comunitario, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud y operativizado a través de rutas integrales de atención. Toda persona estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.

Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en la población de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entornos donde vive, trabaja y se recrea la población.

Parágrafo 2. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las AS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios. 11

Este artículo está en la ley 1438 y en el MAITE.

Artículo 25. Información actualizada de las redes de servicios de las AS. Las AS deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, así como la red integrada de servicios que lo atenderá.

Como hemos mencionado anteriormente toda esta información debe estar enmarcada en el sistema único de información en salud y debe ser público. Consideramos bienvenido este concepto.

Artículo 26. Prestación de Servicios en las Áreas Territoriales de Salud. En las ATS convergen los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de beneficios unificado y constituyen el ámbito de habilitación de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1. La prestación de servicios primarios en red se debe garantizar en el ámbito local, la prestación de servicios complementaria y por centros de excelencia se brindará en el ámbito de las ATS. En todo caso, se obligará la prestación de los servicios según las disponibilidades de cada ámbito local.

Parágrafo 2. En caso de no existir la oferta necesaria y suficiente para la atención complementaria en el ATS, de acuerdo con certificación expedida por la respectiva autoridad sanitaria, se garantizará la atención en el Área más costo-efectiva.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Todo esto está contemplado ya en la ley 1428 y en el MAITE.

Artículo 27. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por un único Asegurador en Salud (AS). En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador en Salud, este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o las entidades territoriales correspondientes a la zona.

Este artículo es el mismo art 30 de la ley 1438, solo exceptúa el monopolio en estos territorios, consideramos que el aseguramiento en estas zonas no ha dado resultado y se debe pasar a un modelo diferente al aseguramiento.

CAPÍTULO VI.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 28. Función esencial de prestación de servicios de salud. La función esencial de la prestación de servicios de salud será provista por redes integrales de servicios compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema. 12

Parágrafo. Será posible establecer modelos diferenciales de atención de acuerdo con condiciones territoriales o de grupos poblacionales específicos y capacidad instalada de servicios de salud.

Como se mencionaba anteriormente la ley 1438 y el MAITE con la PAIS ya tratan estos conceptos.

Artículo 29. Integrantes de las Redes Integrales de Servicios. Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Servicios, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados y proveedores de tecnologías en salud, articulados por niveles de atención a través de las redes de Prestadores Primarios, Prestadores Complementarios y Centros de Excelencia. Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención. Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Parágrafo. La prestación de los servicios al interior de las Redes Integrales de Servicios no requerirá de la autorización por parte de los AS.

Esto está ya definido en la ley 1438 y en cierta forma en el MAITE, referente al parágrafo consideramos que el manejo administrativo debe ser interno entre EPS e IPS y no una carga administrativa para el paciente en ningún punto de la atención.

Artículo 30. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud quien velará por la promoción de la salud y mitigar los riesgos en salud de la población, así como también deberá tener la capacidad resolutive para atender la mayor parte de las enfermedades. El componente primario del Plan de beneficios será reglamentado en un plazo máximo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley. El prestador primario contará con el apoyo de especialidades, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, otros servicios habilitados y tecnologías necesarios para la atención de la población a su cargo, de conformidad con el Análisis de la Situación en Salud (ASIS). En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

servicios de tele salud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. 13

Parágrafo 1. De conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, todas las AS deberán implementar el uso de la tele salud, la atención domiciliaria de consulta y de hospitalización.

Parágrafo 2. Las Entidades territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo con el modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento. En caso de que no se logre dicha concertación la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo.

Una nueva definición de atención primaria que debe estar ligada a una nueva reglamentación para la habilitación de las IPS es una tarea grande y que no vemos que sea la solución a los problemas del sistema actualmente, consideramos que la telemedicina se debe desarrollar, pero como mencionamos anteriormente el atraso del país y de muchas IPS públicas y privadas en la utilización de las TIC hace que no sea posible para toda la población, lo que acentúa más la diferencia en la atención entre poblaciones, consideramos que esto debe estar ligado al sector de las TIC Y planes de financiamiento fáciles para que se pueda avanzar en esta implementación.

Artículo 31. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son los prestadores con capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta tecnología ambulatoria, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través de las Redes Integrales de Atención.

Consideramos que esto debe ser modificado en los criterios de habilitación para las IPS, pero que en términos generales ya están definidos en los actuales criterios de habilitación.

Artículo 32. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia corresponden a unidades de atención de prestadores complementarios, prestadores independientes o subredes de atención con capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, los trasplantes y aquellas enfermedades huérfanas que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes Integrales de Atención, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Consideramos que esto de una u otra manera ya está funcionando en el presente con las normas actuales de habilitación, tenemos ejemplo los programas de VIH, centros de manejo de Diabetes, Artritis Reumatoidea y Hemofilia, en términos generales no es nada nuevo. En nuestra experiencia como pacientes hemos encontrado que en el manejo de las enfermedades crónicas en centros de excelencia terminan dificultando la atención integral del ser humano, ya que estos dividen al paciente en la atención de la crónica y le toca las otras morbilidades en otras IPS que no se hablan entre sí y no ven al paciente como un ser viviente organizado y que funciona conectado todos sus órganos.

Artículo 33. Atención Integral en Red. Toda AS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en las ATS, cuya conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de beneficios el análisis de la situación de salud

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

ASIS del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud. 14 El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la capacidad instalada básica de los servicios primarios y complementarios que debe tener cada red integrada en salud, para operar en el municipio, departamento y ATS y las habilitará, previo visto bueno de las respectivas Entidades Territoriales, las cuales serán vigiladas y controladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Como lo mencionamos anteriormente esto está en la ley 1438 y MAITE, limita la atención a un plan de beneficios que como dijimos es inconstitucional en términos de la LES, las tareas que se asignan al ministerio en este artículo consideramos que son imposibles de cumplir con el actual ministerio e innecesarias ya que convierten al ministerio en administrador.

CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO

Artículo 34. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE las cuales podrán ser del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de su conformación y funcionamiento.

Nos queda la duda si este artículo entraría en contravía con las normas de administración pública territorial de recursos.

Artículo 35. Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos: 34.1. Modelos tipo de hospitales, servicios y unidades funcionales de acuerdo con las poblaciones, dispersión, oferta de servicios, frecuencia de uso, condiciones de mercados, entre otros, a los cuales las ESE deberán adecuarse. 34.2 Determinación de los recursos humanos, físicos, tecnológicos por tipo de hospitales 34.3. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados. 34.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un grupo funcional encargada de la asesoría y asistencia técnica que se requiera para los fines de esta caracterización. 15

Consideramos que esto está definido ya en la reglamentación de las ESES y su decreto único de habilitación técnica y financiera.

Artículo 36. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención. Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación:

36.1 Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas.

36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan.

36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta

Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del

www.pacientesaltocosto.org



@programaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertada de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados.

Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.

Como mencionábamos anteriormente consideramos que la libre agrupación de empresas no será fácil ser manejada por el ministerio de salud, mas aun que la compra de servicios esta basada en la variable precio mas que calidad.

Artículo 37. Política Nacional de Alianzas Público-Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complemente las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas. 16

Consideramos que no se debe dar más paso a la privatización total o parcial de los hospitales actuales, y se debería incrementar de pronto para creación de nuevas IPS.

Artículo 38. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese al Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación. Actuará bajo las políticas y orientaciones sobre la rectoría en el Sistema de Salud y sus integrantes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se articulará con las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC continuarán en favor y a cargo de este como entidad estatal de naturaleza especial. De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley para reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica y definir su domicilio, objeto y funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.

Consideramos importante que este punto fuera un proyecto que se presentara de forma individual y se especificara las ventajas y desventajas de este paso en el sistema de salud.

CAPÍTULO VII.

TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO

Artículo 39. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades que propendan por la gestión integral del riesgo en salud y la garantía del derecho fundamental a la salud y deberán incluir, pero no limitarse, a formas de contratación como pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo, entre otros. Independientemente del tipo de contratación que sea implementado entre aseguradoras e IPS, proveedores, operadores logísticos y demás agentes del Sistema, los acuerdos de voluntades deben articularse con el modelo de atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y generar incentivos para mejorar la resolutivez del prestador primario y garanticen el acceso al servicio de salud, de manera integral, continua, oportuna y con calidad.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

En términos generales esto ya está funcionando con base al derecho comercial, y el desarrollo de venta y compra de servicios de atención en salud que existen en el mundo y el mercado del aseguramiento, Colombia tiene hoy todas estas formas de compra y venta de servicios.

Artículo 40. Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC. Las entidades territoriales deberán contratar las intervenciones descritas en el PIC con los prestadores primarios públicos, dentro del primer trimestre de cada año. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los aspectos básicos del PIC y la manera para garantizar estas intervenciones a la población beneficiaria. 17

Hoy es la forma como se contrata, consideramos que debería ser por mas de un año con ajuste de tarifa anual según IPC de salud.

Artículo 41. Contratación con la red pública. En virtud de la unificación de los regímenes, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y porcentajes en la que deberán ser contratados los servicios con la red pública de los ingresos recibidos por las AS, financiados con recursos no provenientes de las cotizaciones.

Parágrafo. En las entidades territoriales donde el Prestador Primario sea monopólico y de naturaleza pública, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los valores mínimos de contratación asociados a la oferta de servicios, la frecuencia de uso, el cumplimiento de metas de promoción y prevención, indicadores de calidad y resultados en salud. Cuando por efecto de las condiciones particulares, la venta de servicios no soporte la sostenibilidad financiera, el Estado concurrirá, con subsidio de oferta.

Consideramos que se debe mantener como mínimo la contratación de la red pública con la normatividad de acuerdo con número de afiliados que reciben subsidio del gobierno para el derecho a la salud, de lo contrario se morirían los hospitales públicos por que las eps del régimen subsidiado entrarían a la integración vertical inmediatamente.

Artículo 42. Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes. Las AS, Entidades territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, proveedores de medicamentos y suministros y operadores logísticos deberán registrar la información consignada en los acuerdos de voluntades en la plataforma tecnológica definida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información debe incluir como mínimo el valor del contrato, el servicio o tecnologías contratadas, la vigencia del contrato, el tipo de contratación y la modalidad de pago.

Parágrafo 1. Los diferentes agentes del sector deberán compartir y exponer los precios negociados entre ellos para las prestaciones médicas, intervenciones terapéuticas, medicamentos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para la exposición de información sobre precios en tiempo real para consulta por los diferentes agentes de mercado.

Parágrafo 2. Toda la información generada por parte de los distintos actores del sistema es de naturaleza pública y debe ser compartida para su análisis y utilización, en el marco de los principios constitucionales y legales de Habeas Data. 18

Muy buena medida, ya que permitiría mucho más la transparencia del sistema y serviría para verificar si las eps si cumplen con niveles de contratación adecuada para atender a sus afiliados.

CAPÍTULO X.

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Artículo 52. Plan de estabilización y fortalecimiento del aseguramiento en salud. Una vez finalizado el Acuerdo de Punto Final, todas las AS si ya se han constituido y todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán presentar un Plan de

www.pacientesaltocosto.org



@programaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud en el que se detallen: i) las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma, sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley; ii) los criterios para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos relacionados con el deterioro contable; y iii) los criterios para unificar y armonizar las normas contables. Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud y su ejecución será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el SGSSS. 23

Este artículo es contradictorio con el art 17 que habla de la depuración de EPS, ya que deja ambigüedad entre los términos de tiempo y situaciones que dan en este art 52 y el 17, consideramos que solo deben estar la eps que cumplen las normas y no ser más permisivos con las que no cumplen.

Nos llama la atención el concepto de unificar y armonizar las normas contables, ¿se están refiriendo a llevarlas a normas contables de aseguradoras en el marco comercial actual?, si las normas de contabilidad ya están claras según ley 100 como lo mencionamos anteriormente, ¿a qué se refiere esta unificación y armonización?

Artículo 53. Programa de saneamiento financiero del SGSSS. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre Aseguradoras y Proveedores, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de salud informará a ADRES para que descuente directamente de los valores que deba reconocer a las Aseguradoras o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores.

Consideramos que este artículo es contradictorio con el art 52 de este PL, ya que plantea otros términos diferentes al acuerdo de punto final, entrada en vigor la ley 2024 de julio de 2020 “pagos justos” en su art 3 párrafo transitorio menciona que en el SGSSS el plazo será máximo de 60 días a partir del julio del 2023.

Artículo 54. Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la DIAN.

Actualmente la política de giros directos opera en un porcentaje alto, sería importante aclarar si es ampliación del concepto actual y en ese caso la ADRES se convierte en el pagador único.

Artículo 55. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las AS e IPS y aquellas respecto de las cuales la ley establezca la existencia de una garantía por parte del mismo. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se registrarán por esta Ley, por el reglamento que expida el Gobierno Nacional y por las normas del derecho privado.

Parágrafo 2. Para el cumplimiento de sus obligaciones, el Gobierno Nacional creará mecanismos con el fin de que el Fondo pueda acceder a la información reportada por los afiliados a la Superintendencia Nacional de Salud. 24

Con este artículo podemos decir definitivamente que este PL pretende dejar a las AS totalmente como empresas de seguros del mercado actual y con las consecuencias que hemos hablado, crear este fondo de garantía como un reaseguro para las As e IPS, es totalmente innecesario y además imposible de que funcione con base a sus objetivo, ya que no existe un sistema único de información y menos en la parte contable de EPS e IPS, para que se pueda determinar quién esta en mora y si eso afecta la atención al paciente.

La experiencia hoy muestra que ninguna EPS o IPS asume que no presta el servicio de salud, solo las quejas del usuario es la forma de medir esta violación, las deficiencias de las funciones de IVC de la Supersalud permiten que esto suceda y es la razón por la cual las eps hacen lo que quieren.

El objeto de este fondo estimula a que las eps entren en mora y que este las cubra como se quiere que sea su función, no vemos en la práctica como ejercería estos objetivos y en realidad como el paciente haría uso de este derecho, creemos que esto esta mas dirigido a privatizar más la salud en Colombia y dejarla en manos de derecho comercial y nada más.

Artículo 56. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías del Sector Salud: la Junta Directiva y el Director. La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el Presidente de la República, el Director de la ADRES o su delegado y el Superintendente Nacional de Salud o su delegado. El Director será designado por el Presidente de la República.

Como lo expresamos en los comentarios del art anterior, este fondo es totalmente innecesario y vemos es la creación demás burocracia para la administración del derecho a la salud, dinero que se debería invertir más en promoción, prevención y determinantes de la salud.

Artículo 57. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

57.1 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.

57.2 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas, para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las AS no se modificará.

57.3 Organizar y desarrollar el seguro de acreencias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de garantizar el pago de sus obligaciones, dentro de los topes de la metodología que señale el Gobierno Nacional.

57.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

57.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza en el Sistema de Aseguramiento en Salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la Superintendencia tome las medidas que le corresponden.

57.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las AS serán las previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas – FOGACOO. 25

Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, las asambleas, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas:

- a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público;
- b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales;
- c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

Vemos en las funciones de este fondo, que se convierte en asesor de la Supersalud, que le quita funciones, en resumen, es crear una empresa más para aumentar la burocracia en el manejo del derecho a la salud. Este fondo no es necesario y menos como empresa reaseguradora de deudas.

Artículo 58. Fuentes de recursos del fondo de garantías del sector salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

58.1 El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las AS o IPS de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.

58.2 Las primas que deben pagar las entidades afiliadas en razón del seguro de acreencias de IPS.

58.3 Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.

58.4 El producto de la recuperación de activos del Fondo.

58.5 El producto de préstamos internos y externos.

58.6 Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

Este artículo confirma que se crea una empresa que cobra cuotas de afiliación, vende seguros y todo con la plata pública de la salud, volvemos a concluir que es innecesario este fondo.

Artículo 61. Límite Máximo del salario base de Cotización. El límite máximo del salario base de cotización para el sector salud, para trabajadores del sector público y privado, será hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales. Esta base será independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones. 27

Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al Sistema de salud se hagan sobre la misma base.

Estamos totalmente de acuerdo

Artículo 63. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.

Consideramos que no se debe permitir más allá de lo de integración vertical en la atención y se debe impedir que conformen negocios donde sacan el dinero público de la salud por medio de estos supuestamente en forma legal por venta de servicios, se debe limitar solo a como están hoy.

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo

Artículo 64. Medidas Anti-Evasión y Elusión. El Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de salud. 29

Parágrafo 1. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normatividad vigente.

Parágrafo 2. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.

Damos la bienvenida a esta medida, siempre y cuando se desmonte el concepto de derecho de acuerdo con el nivel de pobreza o riqueza, se debe afiliarse a todos los colombianos y el estado busque quien tiene capacidad de pago para ser solidario con el sistema, pero nunca lo deberá dejar sin derecho a la salud.

Artículo 65. Fraude en la afiliación. Cualquier fraude relacionado con los procesos de determinación de beneficiarios del subsidio total o contribución solidaria en el Sistema de salud, así como evasión o elusión por parte de quienes deban realizar aportes al Sistema de salud, por parte de los afiliados será objeto de investigación por parte de la Fiscalía General de la Nación.

Este artículo es totalmente absurdo tratándose de un derecho fundamental, por lo tanto, no tiene cabida y está mejor definido el concepto en el artículo 64 de este PL.

Artículo 68. Vigencia. La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 y todas las disposiciones que le sean contrarias.

Consideramos que derogar el numeral 5 del art 195 de la ley es hacer una reforma laboral indirecta o crear un vacío, en estos trabajadores de la salud.

CAPÍTULO III
Régimen de las empresas sociales del Estado

ARTÍCULO. 195.-Régimen jurídico.

5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Referente a los otros artículos que no entramos en análisis queremos decir que en su mayoría tampoco estamos de acuerdo, pero dejamos su análisis más a fondo a sus actores correspondientes para que sean ellos quienes aporten mejores razones para que estos artículos tampoco sean tramitados como PL.

Teniendo en cuenta el análisis anterior reiteramos la solicitud de que este PL 010 de 2020 se archive en su totalidad.

Atentamente

Pacientes Alto Costo

www.pacientesaltocosto.org



@programaiaiss



Pacientes Alto Costo



Pacientes Alto Costo