

EL TIEMPO presenta bases generales del proyecto que comenzará a discutirse en el legislativo.

Esta es la segunda vez que el Presidente, durante su mandato, se desplaza personalmente hasta el Capitolio a radicar una iniciativa legislativa. La primera vez lo hizo con la ley de víctimas y de restitución de tierras. Esto no lo había hecho ningún mandatario.

Santos aseguró que se presentarán dos proyectos, uno estatutario y otro ordinario, con el fin de atacar por varios frentes los problemas que tiene la salud en el país. No se descarta que las iniciativas lleguen al Capitolio con mensaje de urgencia para darle celeridad al trámite. [**\(Lea el contenido del proyecto de ley estatutaria radicada por el Presidente\)**](#)

El trámite se produce luego de la reunión que sostuvieron, en la Casa de Nariño, el Presidente y el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, con la Junta Médica Nacional, de la que hacen parte la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano, la Asociación Médica Sindical (Asmedas) y la Asociación Nacional de Internos y Residentes (Anir).

En un proyecto de nueve capítulos y 68 artículos, el Gobierno nacional recoge los principios y lineamientos de la anunciada reforma a la salud, que sería radicada entre hoy y mañana en el Congreso de la República.

Voceros de la Junta, que ya conocieron el texto general de la reforma, manifestaron su preocupación por el hecho de que el trámite de la nueva norma se dé por la vía ordinaria y no estatutaria, y aseguraron que el proyecto deja vivo el modelo actual de salud y solo cambia los actores: “Como están las cosas –dijeron los médicos– hay un riesgo muy alto de que si bien los cambios planteados son importantes, no alcanza para garantizarles el derecho a la salud a los colombianos”.

En ese orden de ideas, insisten en que el Gobierno presente luego un proyecto de ley estatutaria “que garantice el derecho a la salud y le dé un marco legislativo consistente a la reforma”.

Las siguientes son, en términos generales, las bases del proyecto, contenido en el

texto final:

Capítulo primero

Plantea las disposiciones generales para la modificación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la creación de un pagador único y la regulación del plan de beneficios de los colombianos, manteniendo vivos los regímenes subsidiado y contributivo.

Capítulo segundo

Se plantea el manejo unificado de los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y se define la creación de Salud Mía, definida como una unidad de gestión de carácter financiero, descentralizado y adscrito al Ministerio de Salud; esta empresa industrial y comercial del Estado, de carácter financiero, será vigilado por la Superintendencia Financiera (Superfinanciera).

Su objeto es afiliar, recaudar cotizaciones, administrar recursos y hacer pagos, giros y transferencias a los actores del Sistema.

Salud Mía recogerá los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de juegos suerte y azar, las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, los aportes de las cajas de compensación familiar, los del presupuesto general de la Nación, los Fondo del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (Fonsat), los de Indumil y los de rentas cedidas de los entes territoriales. Estos recursos serán destinados a pago de los gestores de los servicios de salud (que se crean con esta reforma) y los prestadores de servicios de salud (hospitales, clínicas y centros de salud, entre otros).

Salud Mía tendrá una junta directiva conformada por el Ministro de Salud, el Ministro de Hacienda y un delegado del Presidente de la República.

Capítulo tercero

El plan de beneficios en salud de los colombianos dejará de llamarse POS y en adelante se denominará Mi Plan. Este reúne los servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud. Está enfocado, según el proyecto, al logro de resultados en salud y se estructurará a partir de exclusiones, con participación de las sociedades científicas, la sociedad civil, la academia y los pacientes.

Las exclusiones estarán definidas a partir de lo suntuario, lo cosmético, lo que no sea tecnología en salud, lo que no tenga evidencia científica y lo que no sea seguro, eficaz y pertinente.

La regulación de los precios y las tecnologías en salud será responsabilidad del Ministerio de Salud; en este punto se plantea la eliminación de la Comisión de Regulación de Precios de Tecnologías y Medicamentos, creada por la ley 1438. Sus funciones pasarán al Ministerio Salud.

Capítulo cuarto

Define que la prestación de servicios es para la salud pública y las acciones individuales. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los entes territoriales y de los gestores de servicios de salud; dichas prestaciones serán las contenidas en Mi Plan (antiguo POS) y serán ofrecidas por prestadores de servicios de salud y redes de prestadores de servicios de salud.

Éstas operarán en áreas de gestión sanitaria (en otras palabras, este punto hace referencia a la regionalización que será definida también por el Ministerio de Salud).

El desempeño de las regiones que se creen será evaluado por el Ministerio, con base en un sistema de indicadores de acceso, oportunidad, permanencia, continuidad, claridad y resultados en salud. Las actividades colectivas de salud serán prestadas por entes territoriales y las individuales por los gestores de salud. Los responsables de la conformación y organización de las redes de prestadores de servicios de salud serán los gestores de servicios de salud. En las regiones o áreas de gestión sanitaria convergen los gestores y los prestadores.

Los prestadores de servicios de salud serán de carácter primario (son la puerta de entrada al Sistema) y complementario; éstos últimos que prestarán acciones de salud individuales de mayor tecnología.

Todos los prestadores de salud del Sistema se agruparán a través de redes que deben garantizar integralidad y suficiencia para la prestación de Mi Plan, a todos los usuarios.

Capítulo quinto

Los llamados gestores de servicios de salud, que se crean con esta reforma, son definidos en el proyecto como personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud; tienen como responsabilidad la prestación de los servicios individuales de Mi Plan. Tendrán un órgano colegiado de dirección.

Las EPS actuales, que se encuentren al día con el Sistema, podrán transformarse en gestoras de salud; así mismo, los entes territoriales que tengan más de un millón de habitantes podrán serlo, para encargarse de sus regiones.

Entre sus funciones se cuentan garantizar la prestación de Mi Plan, la conformación, gestión y operación de las redes de servicios para garantizar Mi Plan y suscribir contratos con los prestadores de servicios de salud que conforman su red en el área de gestión sanitaria donde operen.

Coordinarán con los entes territoriales las acciones colectivas de salud pública. Deben, además, auditar pagos y hacer los giros directos a los prestadores de servicios. Mientras todo este esquema empieza a operar, las EPS seguirán funcionando como hasta ahora.

Estos gestores podrán operar simultáneamente en el contributivo y en el subsidiado.

El proyecto deja sentada la prohibición de integración vertical entre gestores y prestadores.

A los gestores se les pagará una cifra anual fija para financiar su administración, la cual será definida por el Ministerio de Salud. Se le dará un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir Mi Plan y una fracción condicionada a los resultados en salud.

Capítulo sexto

Plantea que las entidades autorizadas para ofrecer cobertura complementaria de salud serán las empresas de medicina prepagada, las compañías de seguros y los gestores de servicios de salud. Estarán vigilados por la Superfinanciera.

Para acceder a un servicio complementario se debe estar afiliado al Sistema de Salud.

Capítulo séptimo

En cuanto a la inspección, vigilancia y control, el proyecto plantea que por decisión de la Supersalud será posible delegar la funciones de vigilancia en los entes territoriales. En este punto se definen el objeto y las medidas especiales para administrar y liquidar todas las entidades de seguridad social. Las secretarías de Salud pueden recibir dicha delegación.

Capítulo octavo

Este apartado, dedicado a las disposiciones transitorias, define que la nueva ley tendrá dos años para su implementación. Y advierte que durante ese periodo de tiempo no podrán hacerse traslados ni movimientos masivos de afiliados; de igual modo, durante este tiempo las EPS se pueden transformarse en gestoras de servicios de salud.

Capítulo noveno o de disposiciones finales

Crea el fondo de garantías para el sector salud, cuyo objeto es garantizar la liquidez para garantizar la continuidad de los servicios de salud, apoyar financieramente procesos de intervención, liquidación o reorganización de los agentes del sector, y evitar la compra de cartera.

Se define que el nombramiento de los gerentes de todas las entidades de salud del Estado será de libre nombramiento y remoción (dicho nombramiento podrá hacerlo la autoridad nacional o local).

Los miembros de las juntas directivas tendrán periodos de tres años y no podrán ser reelegidos consecutivamente. La ley le da facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado (ESE), durante seis meses.

En Twitter: @SaludET
REDACCIÓN SALUD

<http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/esta-es-la-reforma-a-la-salud-que-se-ra>

Conozca la reforma de la salud que radicó el Presidente en el Congreso

[dicara-este-martes_12701698-4](#)