

Análisis del documento final para ponencia en primer debate Proyecto de ley 339. “por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones

Autores: María Margarita Martínez, Santiago Galvis Villamizar & Luis Alejandro Gómez.

Introducción

El viernes 31 de marzo el equipo de ponentes radicó el texto para primer debate en comisión séptima de la Cámara de Representantes, mediante su informe de ponencia. Según lo allí expresado, este último documento recogió los aspectos más relevantes y que, a juicio del equipo de ponentes, se consideraron pertinentes para modificar el proyecto de Ley inicialmente construido por el gobierno (PL 339), a partir de otros tres proyectos: 340 de 2023, 341 de 2023 y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023. Vale la pena recordar que el proyecto 340 es de autoría del Centro Democrático, el proyecto 341 es una iniciativa de Carlos Abraham y Andrés Forero, conocido como el proyecto de los pacientes y que el proyecto 344 fue presentado por Ciro Ramírez, Oscar Darío Pérez y Mauricio Parodi.

A continuación, presentamos un análisis del documento que será discutido en primer debate en la comisión séptima de la CR.

Capítulo I. Objeto y campo de aplicación

Los artículos 1, 2 y 3 plantean la naturaleza del proyecto de Ley y lo orientan como Ley ordinaria que desarrollará diversos aspectos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En ese sentido precisa que el Sistema de Salud es el objeto del proyecto y que está fundamentado en el aseguramiento social en salud para garantizar la atención integral en salud a toda la población.

Es importante recordar que la Procuraduría General de la Nación en concepto proferido el 13 de marzo pasado manifiesta su desacuerdo con el trámite como Ley Ordinaria, dado que, a su juicio, modifica normas de carácter constitucional y afecta el derecho fundamental a la salud en los términos que lo dispone la Ley 1751.

Para ello se precisa lo que se entiende por aseguramiento social en salud, como “protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para atender las contingencias de salud y las afectaciones económicas de las mismas”. (art 2) De este artículo también se resalta que expresa el interés de la Ley en desarrollar los “medios, fuentes de financiamiento, mancomunación de



recursos financieros de salud, de forma solidaria, con criterios de equidad y un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros”.

El artículo 3 expresa los fines de intervención del Estado en el servicio público de salud y en el aseguramiento social en salud, con base en la Constitución Política. Este artículo es nuevo y se justifica su inclusión por parte de los ponentes, que proviene de la Ley 100 de 1993 y cuenta con aval del Consejo de Estado y la Corte Constitucional. El artículo 3 del borrador anterior se eliminó porque contenía definiciones ya existentes en la Ley Estatutaria o en otros artículos de este proyecto.

Capítulo II. Determinantes sociales

El artículo 4 identifica los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en concordancia con lo expresado por la Ley Estatutaria y se mantiene que las acciones correctivas sobre estos serán prioridad del Estado. Este es uno de los aspectos en los cuales hay consenso en los distintos proyectos y en los análisis que se han publicado hasta el momento.

El artículo 5 define la Comisión Intersectorial Nacional de los DSS y Salud Pública, que será regulada por decreto y plantea su objeto y funciones principales. El artículo deroga el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011. La Comisión actuará en 4 asuntos: establecer intervenciones y recursos para actuar sobre los DSS, participar en la formulación del Plan Nacional de Desarrollo, evaluar el impacto y evolución de sus directrices e informar a las comisiones intersectoriales y territoriales los lineamientos de política de los DSS. La comisión será presidida por el presidente de la República y será conformada por todos los ministros del gabinete y otros miembros que establezca su reglamento.

El artículo 6 crea las comisiones intersectoriales, departamentales, distritales y municipales de DSS y salud pública. Como se había visto en documentos preliminares, se conformarán comisiones a nivel territorial, según los ámbitos de jurisdicción existentes y encabezadas por gobernadores y alcaldes. Sus funciones y responsabilidades serán concordantes con las definidas para el nivel nacional y tendrán también, participación en la construcción de los planes territoriales de desarrollo y en sus evaluaciones.

Capítulo III. Organización del sistema de salud.

Se define la rectoría y dirección del sistema en el artículo 7. El informe de ponencia indica que se recogieron los aportes de la propuesta de los partidos Liberal, de la U y Conservador sobre este aspecto y se precisó que es el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad que ejerce la rectoría y dirección del sistema de salud. Esto además se hace dando claridad sobre el carácter asesor del Consejo Nacional de Salud. El artículo 7 del proyecto en curso derogará el artículo 4 de la Ley 1438.

En el artículo 8 se crea el Consejo Nacional de Salud como instancia asesora del Sistema de Salud, adscrito al MSPS. Se reorganiza su conformación con respecto a versiones anteriores y queda conformado por 5 representantes del Gobierno Nacional (Minsalud, Minhacienda,



Mintrabajo, Minambiente y director del DNP), con representación de gobiernos territoriales, trabajadores, profesiones de la salud, pacientes, academia, facultades y escuelas de salud, empresarios y grupos étnicos. Se deja a la reglamentación posterior el número y mecanismos de selección de estos representantes. Es importante recordar que ha habido un cambio desde las versiones iniciales del proyecto que contemplaban un Consejo Nacional de aproximadamente 42 miembros, lo cual generó debates por que se consideraba un número excesivo que entorpecería su funcionamiento y toma de decisiones.

También harán parte del CNS el superintendente nacional de salud y el director de la ADRES. Habrá una secretaría técnica por un equipo idóneo no dependiente del MSPS.

Las funciones del CNS se plasman en el artículo 9, sin mayores modificaciones con respecto a versiones previas. En total son 7 funciones orientadas a proponer políticas públicas, presentar iniciativas de reglamentación del sistema de salud, monitorear su funcionamiento, presentar informes de sus propias actuaciones y adoptar su reglamento y consolidar los informes trimestrales que presenten los consejos territoriales de salud para que sean insumo en sus propuestas de políticas públicas.

Los consejos territoriales se definen en el artículo 10. Estos tendrán una estructura y funciones similares a las del nivel nacional y serán también una instancia asesora en la dirección del sistema en los departamentos, distritos y municipios.

El artículo 11 plantea funciones del MSPS, adicionales a las ya existentes en otras disposiciones legales vigentes. Cabe resaltar: presentar al CNS la política pública gubernamental de salud cada 4 años, dirigir la ejecución de políticas públicas en salud, expedir normas para la ejecución de estas políticas, presentar iniciativas de reglamentación del sistema de salud al CNS, desarrollar el Sistema Público Unificado de Información en Salud SPUIIS.

La evaluación y coordinación en el sistema de salud estará a cargo del MSPS que convocará cada 4 meses a los directores territoriales de salud a un Comité Ejecutivo Nacional para evaluar el desarrollo del sistema y coordinar acciones interinstitucionales. Esto se incluye en el artículo 12. El artículo 13 define los territorios de salud y recoge aportes de la propuesta de los partidos Liberal, de la U y Conservador, según explica el informe de los ponentes. Plantea allí que el MSPS definirá territorios para la gestión en salud, como estructuras funcionales para fortalecer: diseño y aplicación de políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, focalización de la inversión territorial, cierre de brechas e inequidades en salud. La definición de estos territorios la hará el MSPS mediante análisis estadísticos y geográficos, así como variables socio económicas y otros aspectos técnicos.

Capítulo IV. Prestación de servicios e instituciones de salud del Estado.

Se incluyeron algunas modificaciones que se recogen a partir del artículo 14. En este se define la cobertura de la atención del sistema de salud, a partir del artículo 15 de la Ley 1751. Se prohíbe la negación del servicio de salud a quien lo solicite, incluyendo a toda persona nacional o extranjera. Se garantiza la atención de urgencias y la atención integral del servicio de salud. Se



exigirá a los extranjeros con residencia temporal y a los turistas un seguro de salud contra el que los Fondos Regionales de Salud podrán generar recobros por servicios prestados.

En el artículo 15 se acoge igualmente la sugerencia de los tres partidos, y se define el Sistema Integral de Calidad en Salud SICA. Este sistema será el resultado de la transformación del actual SOGCS que se hará en un año. Tendrá 7 componentes:

- Habilitación de agentes y definición de sus condiciones mínimas de operación de IPS.
- Mejoramiento continuo de calidad de la atención en salud.
- Relaciones funcionales entre los agentes del sistema de salud, incluyendo los incentivos.
- Desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano en salud.
- Monitoreo y evaluación del desempeño del sistema y sus agentes. Articula el Sistema de Monitoreo de Redes integrales e integradas de servicios de salud y el Sistema Público Unificado de Información en Salud.
- Acreditación y excelencia en salud.
- Innovación social en salud, orientado a políticas, planes, estrategias o acciones para la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud.

Capítulo V. Prestación de servicios de salud e instituciones de salud del Estado ISE.

Según el informe de los ponentes, en el artículo 16 se integran otros artículos relacionados con las ISE. De esta manera, el artículo define el objeto de las ISE como la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado. La prestación de servicios de salud por la nación y las entidades territoriales será de carácter social, a través de estas ISE, que son entidades públicas especiales, descentralizadas con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Esto último está contenido en el artículo 17.

Las tipologías y niveles de las ISE están en el artículo 18. Se organizarán por niveles de baja, mediana y alta complejidad y su operación será mediante redes integrales e integradas de servicios de salud. El MSPS definirá tipologías, reglamentos, metas e indicadores de capacidad instalada y de disponibilidad de servicios, así como los parámetros de evaluación de desempeño. Las ESE actuales podrán mantenerse y hacerse compatibles con el sistema de redes integradas e integrales que propone esta Ley. El régimen jurídico de las ISE conservará los parámetros actuales aplicados a las ESE. (artículo 19).

El presupuesto de las ISE se organizará según las tipologías y niveles de atención, el portafolio de servicios, la proyección de la cantidad de servicios que prestará, los costos directos e indirectos de personal, insumos, suministros y demás y otros lineamientos técnicos del MSPS. La aprobación de dichos presupuestos se tramitará siguiendo los estándares del Ministerio, remitiendo la documentación a la Dirección Territorial de Salud y sometiendo su aprobación al consejo directivo.

Los recursos para financiar servicios, distintos de la venta de servicios que serán pagados por los Fondos Cuenta, serán girados por la ADRES y los fondos territoriales.



En el artículo 23 se presenta el régimen de contratación de las ISE. Según el informe de los ponentes, se eliminaron disposiciones previas sobre la compra de insumos, dispositivos y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva, para reconocer la potestad de los ordenadores del gasto para contratar dichas compras. El régimen de contratación se rige, en general, por el derecho privado con la posibilidad de usar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública. Todos los procesos se deberán coordinar con Colombia Compra Eficiente y generar mecanismos de publicidad, coordinación, imparcialidad, economía, eficacia y buena fe entre otros.

La dirección de las ISE será por un director y un Consejo Directivo. Este último será integrado por el jefe de la administración departamental o su delegado, el director territorial de salud o su delegado, un representante de las comunidades y dos representantes de los trabajadores de la salud de la misma institución.

En el artículo 26 se despliegan los requisitos para ser director de las ISE, que estarán acordes con los niveles de complejidad y la clasificación de los municipios, distritos y departamentos donde se encuentran.

El cargo de director de la ISE se efectuará por la autoridad nominadora dentro de los 3 primeros meses del periodo respectivo del alcalde o gobernador, por un periodo de 4 años. Habrá una lista de aspirantes que consolidará el MSPS. Las pruebas y su periodicidad serán definidas por el Ministerio.

En el artículo 28 se definen procesos de actualización en administración hospitalaria para los directores de las ISE cuando cumplan 2 años de servicio en el cargo. El artículo 29 explica las causales de retiro del director. El artículo 30 se refiere a la aprobación del plan de gestión de las ISE, que seguirá un procedimiento desde su presentación por parte del director al Consejo Directivo quien lo deberá aprobar en los 15 días posteriores a su presentación, según los parámetros y metodología del MSPS. La evaluación del plan de gestión también será competencia del Consejo Directivo.

En el artículo 32 se plantean las condiciones del régimen laboral de las ISE. No hay cambios significativos con respecto a la legislación vigente en este aspecto. De igual manera se presentan unas normas especiales del régimen laboral de los servidores de las ISE.

Los derechos de permanencia de los servidores se incluyen en el artículo 33. En general, se promueve la continuidad de los trabajadores oficiales y de los empleados públicos vinculados a la vigencia de la Ley sin solución de continuidad en sus contratos o en sus nombramientos respectivos. De igual manera, se sumará su tiempo de permanencia previo.

El artículo 34 crea la Entidad de Salud del Estado Itinerante, que se orienta a la atención de salud en zonas dispersas, alejadas o de difícil acceso. Será una entidad ambulante del orden nacional. Prestará atención básica y especializada y tendrá el apoyo de las fuerzas militares y de la policía nacional para el cumplimiento de sus funciones. Estas instituciones serán financiadas por recursos de los fondos territoriales de salud o recursos del SGP.



El artículo 35 propone un Plan Nacional de equipamiento en salud que definirá el MSPS para un periodo de 10 años, con criterios de equidad regional, con participación de las direcciones territoriales que presentarán cada 4 años los planes de inversión en infraestructura y dotación. El plan nacional de equipamiento se financiará con recursos del Fondo único público para la salud y otros recursos de las entidades territoriales.

Capítulo VI. Redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS

Las RIISS son el eje de la prestación de los servicios de salud. El artículo 36 recoge varios aspectos que previamente estaban en otros artículos, aclarando su definición, naturaleza, organización y tipologías. En esta versión para ponencia quedaron 4 tipos de redes:

1. Redes de nivel primario
2. Redes de nivel complementario como servicios ambulatorios y hospitalarios
3. Red de urgencias y emergencias médicas relativas a la atención prehospitalaria y extrahospitalaria
4. Redes de apoyo de Rehabilitación; de Laboratorios, de Bancos de sangre, donación y trasplantes de órganos y tejidos y de servicios farmacéuticos.

De igual manera, se establece la libertad de elección en cuanto a las entidades responsables de los riesgos en salud y financiero públicas dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de salud. Esto se extiende a la escogencia del profesional de salud que atiende en los centros de atención primaria.

Las personas podrán ser atendidas cerca de sus lugares de trabajo, aunque estén adscritas a un centro de atención primaria en salud CAPS. Esto se hará dentro de la oferta que tenga el agente responsable de la gestión del riesgo en salud y del riesgo financiero.

La naturaleza de los prestadores de servicios será privada, pública o mixta, según el artículo 37. Todo prestador debe someterse a la reglamentación establecida, sin distingo de su condición o naturaleza jurídica. Los estándares deberán cumplirse por toda institución prestadora de servicios de salud. De igual manera estas instituciones podrán prestar los servicios de atención primaria y todas las redes funcionarán con base en la complementariedad.

Los criterios determinantes de las RIISS se aclararon con respecto al articulado anterior y se precisaron criterios de salud pública, satisfacción y calidad. El informe de ponencia informa que se tuvieron en cuenta los aportes de los partidos U, Liberal y Conservador. Se deja en cabeza del Ministerio la definición de requisitos, condiciones de funcionamiento y organización de las redes. Todo ello plasmado en el artículo 38.

Los criterios que desarrollará el ministerio son:

- Modelo de atención
- Rectoría y gobernanza
- Organización y gestión
- Sistema de asignación e incentivos
- Resultados.



Sobre la organización de las RIISS el artículo 39 recoge también las recomendaciones de los tres partidos y plantea que estas redes se organizarán y autorizarán para un territorio por el MSPS, con el apoyo de las direcciones territoriales de salud respectivas y, deberán ser registradas en el aplicativo que el ministerio disponga para tal fin.

Se mantiene el propósito de que las ISE de alta complejidad se habiliten como hospitales universitarios en el término de 2 años a partir de la vigencia de la Ley.

En el artículo 40 se propone el sistema de monitoreo de las RIISS que el MSPS definirá y que deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y tendrá como componentes:

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la Atención en Salud.
4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

La prestación de servicios asistenciales (artículo 41) incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, servicios de apoyo para el diagnóstico y complementarios, así como servicios de rehabilitación y paliación.

Los servicios farmacéuticos quedaron definidos en el artículo 42. Se dispone que las instituciones que dispensen medicamentos deben habilitar este servicio. La política farmacéutica nacional será diseñada por el MSPS con el apoyo de Minindustria y comercio.

Los Centros de Atención Primaria en Salud son definidos como la unidad funcional de las RIISS en las que se establece el primer contacto con el sistema de salud. Todas las personas deberán adscribirse al CAPS más cercano a su lugar de residencia o a otro que, por circunstancias específicas, les favorezca temporalmente.

Los CAPS facilitarán el acceso a otros servicios del Estado, ya sea de forma directa o indirecta. Además, en el artículo 43 se plantea que “Las ESE de primer nivel transitarán a ISE tipo CAPS dependiendo de su ubicación geográfica y capacidad resolutive.”

Los CAPS manejarán la información de los pacientes y el sistema de referencia y contrarreferencia. De igual forma, desarrollarán sus funciones bajo acuerdos de voluntades con el respectivo nivel territorial, que orientará el Ministerio.

El artículo 45 define los procesos que tendrán a cargo los CAPS:

I. Administrativo y de atención al ciudadano:

- a. Adscripción poblacional
- b. Referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad y contrarreferencia al Centro de Atención Primaria en Salud y a los equipos de salud territorial.
- c. Gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

II. Prestación de servicios individuales y colectivos:



- a. Caracterización social y ambiental e identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS
 - b. Elaboración de un plan de salud familiar y ambiental.
 - c. Desarrollo de acciones individuales, colectivas y socio sanitarias.
 - d. Desarrollo de acciones de apoyo a la gestión de la salud pública: vigilancia epidemiológica, inspección, vigilancia y control sanitario.
 - e. Gestión de programas de interés en salud pública.
 - f. Prestación de los servicios de salud que incluye medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales.
- III. Gestión intersectorial y participación social:
- a. Coordinación con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y al territorio.
 - b. Promoción de la participación comunitaria de manera consciente activa y vinculante en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.

Capítulo VII. Modelo de atención

Definición

Para el caso de la definición del modelo de atención hay una modificación al proyecto presentado el 13 de febrero de 2023. También, hay una modificación en la numeración del articulado con relación al borrador de ponencia.

De esta manera, en el Informe de ponencia para primer debate se amplió la definición del concepto de “modelo de atención”, centrándose en varios aspectos:

- Configuración de la prestación de los servicios: territorial y transectorialidad.
- Elementos esenciales: interculturalidad, igualdad, no discriminación y dignidad.
- Estrategias: Atención Primaria en Salud (nivel primario: equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud); coordinación redes integrales e integradas de servicios de salud; cuidado integral.
- Ámbitos: promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Servicios y tecnologías de salud en el Modelo de Atención

En comparación con el proyecto del gobierno, se modificó el artículo 92 añadiendo los servicios y tecnologías de salud. Estos tendrán como objetivo responder a las necesidades de las personas, la familia y la comunidad a través de un enfoque diferencial. Igualmente, en el artículo 55 del informe de ponencia se mantuvieron todas las actividades propias de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, así como, todas formas de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente. Estas ya se habían incluido en el artículo 54 del borrador de ponencia.

Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)



En este punto se adicionan algunos incisos para que el artículo sobre la APIRS tenga mayor alcance. Esta adición modificó el artículo 93 del proyecto presentado por el gobierno. De esta manera, en un solo numeral se concentran las atenciones y tecnologías en salud: “3: La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos”.

Así mismo, se añaden los siguientes temas:

- Perspectiva de salud mental (numeral 7).
- Implementación de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado (numeral 8).
- Se integran los enfoques: puerta de entrada, familiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad.

Nivel primario de atención

En el proyecto del gobierno se contempló un artículo sobre los servicios médico-asistenciales de baja complejidad. No obstante, en el informe de ponencia se modifica por completo y centra su atención en el nivel primario de atención. Haciendo hincapié en la obligación del Estado para fortalecer todo lo concerniente a este tipo de atención a través de unas acciones responsabilidad del gobierno de turno, como, por ejemplo, la implementación de planes, programas y proyectos intersectoriales.

Nivel complementario

Se incluye en el informe de ponencia la posibilidad de acceder al nivel complementario de atención. En este sentido, el artículo 58 propone:

- La atención de este tipo de servicios debe hacerse respondiendo a la capacidad humana, técnica y tecnológica del sistema.
- Configuración de la prestación de los servicios: gestión clínica e integral y en caso de requerirlo por cuestiones demográficas, como, por ejemplo, dispersión de la población, a través de la telemedicina y los servicios extramurales.

Redes y CAPS

Si se compara el artículo 97 del proyecto de ley del gobierno nacional, en el artículo 59 se menciona una función de las redes integradas e integrales. Estas deberán servir de apoyo a los Centros de Atención Primaria (CAP) mediante el uso de tecnología y la telemedicina como herramientas complementarias.

Ejes centrales del modelo

A diferencia del proyecto presentado por el gobierno, el informe de ponencia menciona y define los ejes centrales del modelo de atención (preventivo, predictivo y resolutivo). Esto se tuvo en cuenta en el borrador de la ponencia.



Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención

A diferencia del proyecto de ley presentado por el gobierno, en el informe, así como, en el borrador de ponencia se añadió la función de la ADRES, la cual, una vez la ley entre en vigencia se encargará de “garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades”.

Por último, a diferencia del proyecto de ley presentado por el gobierno nacional, en el borrador y en el informe de ponencia presentados en días pasado se añade un nuevo artículo centrado en el rol de los laboratorios de salud (artículo 62).

Capítulo VIII. Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud

Definición

Si se compara el proyecto presentado por el gobierno y el borrador de ponencia y el informe de ponencia presentado hace unos días, se elimina del artículo 19 (proyecto de ley la expresión “la participación de los particulares”. De esta manera, se mantiene buena parte del contenido de artículo, que en el informe de ponencia es el artículo No 63.

Cotizaciones y Aportes

Al respecto, este artículo que menciona las cotizaciones y aportes es el resultado de la unión de varios artículos del proyecto de ley presentado por el gobierno a principios de febrero. De esta manera, este artículo (artículo No. 64) cuya redacción es igual al borrador de la ponencia (artículo 63), se fundamentó en:

- Artículo 204 de la Ley 100 de 1993 (monto y distribución de las cotizaciones, el cual fue modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.
- Y el concepto de aporte de solidaridad (regímenes especiales).

Para el caso del artículo 65 (obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones) de la ponencia se puede observar que el contenido es el mismo del artículo 64 del borrador de ponencia. No obstante, si se compara con el proyecto de la ley del gobierno, la redacción es el resultado de unir los componentes esenciales de los artículos 26 y 27. Este artículo es importante porque menciona que el incumplimiento de pago no se constituye en una barrera acceder a los servicios de salud en cualquier lugar de Colombia.

ADRES

El contenido del artículo 66 sobre la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) corresponde al artículo 65 del borrador de ponencia. Ahora, si se compara con el



proyecto de ley presentado por el gobierno, es el resultado de la unificación del artículo 22 y 23. De esta manera, el artículo contempla dos elementos importantes para el caso de la reforma:

1. El carácter de pagador único.
2. Y el cambio en la denominación de la entidad, pasará de ser la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud a ser la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud

Igualmente, en el artículo 67 se mencionan otras cuestiones:

1. Algunas de las actividades las ejercerá de manera desconcentrada y administrará los Fondos Cuentas Regionales de la Salud cuyas funciones son explicadas a través del artículo 79 del informe de ponencia y cuyo contenido fue modificado respecto al artículo 42 del proyecto de ley, al eliminar la creación de una Junta de Administración que administraría el Fondo Regional de Salud el cual se integraría por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región.

La supresión de los elementos anteriores evitó un incremento en la burocratización del sistema, añadiendo que este fondo no puede actuar como una entidad. De esta manera, en el informe de ponencia el Fondo tendrá un gerente nombrado por la ADRES y sus funciones serán:

- Los recursos de este fondo de cuenta se destinarán “la atención hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad en la respectiva región y al pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad” (Informe de Ponencia, artículo 79).

Asimismo, en el artículo 67 se establecen las funciones que tendrá la ADRES a partir de la vigencia de la reforma (es el mismo contenido del artículo 66 del borrador de la ponencia) y se redacta a partir de la unificación de los artículos 22 y 24, numeral 1o del proyecto del gobierno. ¿Cuáles serían las nuevas funciones? (Informe de Ponencia, artículo 67):

- Asumir el rol como pagador único del sistema.
- Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.
- Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley a través de los fondos cuenta regionales.
- Realizar el análisis de los recursos gestionados a través de los fondos cuenta regionales mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.
- Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
- Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).



Recaudo de cotizaciones y aportes

El artículo sobre recaudo no tuvo cambios respecto al borrador de la ponencia. No obstante, este artículo es el resultado de la modificación del artículo 28 del proyecto del gobierno. De esta manera, los elementos esenciales del artículo 68 son:

- Creación de una cuenta única para el recaudo de los aportes de cotizaciones la cual se denominará Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). Esta cuenta única funcionará a través de un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes.
- Esta cuenta también contendrá los recursos provenientes de solidaridad (régimenes exceptuados y especiales).

Fondo Único Público de Salud, cuentas para la atención primaria y fortalecimiento de la red pública hospitalaria y otros recursos

Para la administración de los recursos por parte de la ADRES se requiere de la creación de un fondo único público (artículo 69). Este funcionará bajo la vigilancia de la SuperSalud y tendrá dos cuentas independientes: Atención Primaria Integral en Salud, y fortalecimiento de la red pública hospitalaria. Al respecto, la descripción de cada cuenta en términos de fuentes y usos se menciona en los artículos 70 y 71 del informe de ponencia (el contenido no cambia respecto al borrador de ponencia). La descripción de cada una de las cuentas se desarrolló en el artículo 30 del proyecto de ley del gobierno. También, se menciona la destinación de los excedentes los cuales atenderán las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones.

En el artículo 72 del informe de ponencia se menciona el manejo y las destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud. Este artículo es igual al borrador de la ponencia.
Recursos del sistema de salud que administra la ADRES

El artículo 73 que aborda los recursos que administra y administrará la ADRES no cambia respecto al borrador de ponencia, pero este es el resultado de haber unificado los artículos 23 y 24 del proyecto presentado por el gobierno. En el artículo se menciona los recursos contenidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 e igualmente a otros recursos, como son:

- Aportes de solidaridad.
- Los recursos que destina la atención para la población migrante.
- Recursos propios de las entidades territoriales (los gestionados por entidades del orden nacional, los provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, los correspondientes a recursos corrientes y de capital y los recursos del FONPET).

Asimismo, estos recursos se destinan a (artículo 74, informe de ponencia):

- Financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.



- Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.
- El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
- Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
- El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.
- El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.
- El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.
- Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
- Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.
- La formación del talento humano en salud.
- El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad de los cotizantes.

A diferencia del artículo anterior (artículo 73), este artículo no menciona la destinación de los recursos contenida en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, como, por ejemplo, la destinación de los recursos por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos y el pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país.

Fondos de salud

En el informe de ponencia el tema de los fondos de salud se menciona en el artículo 75. Este artículo es muy importante porque modifica el artículo 57 de la Ley 715 de 2001 en cuanto a que permite entregar recursos a las diferentes entidades territoriales. El objetivo de esto es que las entidades territoriales puedan recaudar y gestionar los recursos que administra la ADRES. Así, se recomienda centrar la atención en el parágrafo 2 el cual quedó redactado de la siguiente manera, modificando por completo el parágrafo 2 de artículo 57 de la ley 715 de 2015 (“Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud”):

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las autoridades territoriales y sus direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza territorial.



Distribución de los recursos del sistema general de participaciones

El artículo 76 modifica el numeral 1 de artículo 47 de la Ley 715 de 2015 en el cual se establece que, el porcentaje del componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado es de 87%, por lo tanto, en caso de ser aprobada la reforma, el numeral establecería que el 87% de los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán para la atención primaria en salud. Además, incluye que este tipo de atención recae sobre los municipios.

Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad

El artículo 77 modificaría el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 en el cual se establece que los recursos de cofinanciación de la nación se distribuyen entre los entes territoriales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación. Con dichos recursos se financiaría la atención de la población pobre. En caso de ser aprobada la reforma el artículo 50 establecería que esos recursos nacionales se distribuirían a través de los fondos regionales y se destinarían para complementar los aportes per cápita y poder responder a las intervenciones de mediana y alta complejidad de toda la población.

Nivel regional

El artículo 78 del informe de ponencia modifica el artículo 41 del proyecto de ley del gobierno, por lo tanto, las regiones no serán las definidas por el Departamento Nacional de Planeación, serán definidas por el MinSalud. Los criterios de definición centran su atención en la autosuficiencia y la oferta de servicios. El artículo no se modifica respecto al borrador de la ponencia correspondiente al artículo 77.

Capítulo IX: Sistema público unificado de información en salud

1. En el articulado de la ponencia se define la implementación de un sistema unificado de información, en vez de un sistema único. Esto facilita la interoperabilidad y la articulación entre los actores. El MSPS queda a cargo de diseñar, desarrollar e integrar el SPUIS, y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez. Se espera que la Oficina de Información y Tecnología lo implemente y que los actores del sistema se integren al SPUIS bajo los lineamientos del MSPS.
2. Se insiste en que el SPUIS no es un simple productor de información sino una herramienta que debe garantizar el funcionamiento del sistema. Esto no se circunscribe a la historia clínica única sino al seguimiento de transacciones, los registros de atención, etc. En consecuencia, tal como lo plantea la reforma, el funcionamiento adecuado del sistema de salud solo sería posible con la operación plena del SPUIS.

Capítulo X: Participación ciudadana y social



En este capítulo no se encuentran modificaciones sustanciales entre el PL 339 y la ponencia.

Capítulo XI: Inspección, vigilancia y control

En el articulado de la ponencia no se observan cambios sustanciales respecto a lo presentado en el PL-339. Las modificaciones que se observan son adaptaciones de las funciones y competencias de la SNS a la arquitectura y los actores propuestos en la reforma.

Capítulo XII: Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud

En la ponencia se ajustó el término de redacción de la política de 4 a 10 años. Esto puede favorecer la consolidación de una política de estado, más que una de gobierno.

Así mismo, se reorganiza el manejo financiero de los recursos del Sistema destinados a CTI en salud. Se suprime la idea de una subcuenta dentro del FUS y se plantea concentrar los recursos en el Fondo de Investigación en Salud (FIS).

También, se considera que los servicios farmacéuticos son servicios de salud, con el fin de permitir su incorporación a las RIISS. Por tanto, deberán suministrar información necesaria para hacer seguimiento y monitoreo del abastecimiento oportuno. Además, se señala que los operadores farmacéuticos deberán garantizar la disponibilidad de las tecnologías necesarias de acuerdo al perfil epidemiológico del territorio en salud donde estén operando.

Capítulo XIII: Política de formación y educación superior en salud

1. Se introduce el Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.
2. Se introduce un programa de becas para especialidades médicas con la finalidad de modular la oferta de especialistas en el país. Las fuentes de financiación serán a cargo del PGN.
3. Se dará prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.

Capítulo XIV: Régimen laboral de los trabajadores de la salud

1. Se propone incluir un sistema de incentivos para fortalecer la oferta de profesionales en zonas dispersas y apartadas. Así mismo se reconoce la pertinencia de médicos tradicionales y parteras.
2. Se modifica los términos de vinculación de los especialistas. Se permite mayor flexibilidad para que en estos casos no deban regirse por el régimen especial concertado que propone la reforma.
3. Así mismo, se incluye la obligación de garantía de suministro de los medios de labor por parte de las IPS para dignificar el trabajo de los profesionales de la salud, independientemente de la forma de vinculación.

- 
4. Se incluye el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación.
 5. Se señala que el personal de SSO se vinculará por término fijo bajo una relación laboral, con el fin de dignificar su labor.
 6. Finalmente, se señala que la recertificación de los trabajadores de la salud será voluntaria.

Capítulo XV: Autonomía profesional y autorregulación

1. Se precisa el alcance de la autonomía profesional y se realizan algunos cambios menores en relación con el PL-339.
2. Se suprimen los artículos de régimen disciplinario, ya que debe ser expedido por una ley con unidad de materia respectiva.

Capítulo XVI: Entidades promotoras de salud y gestoras de salud

1. Se introduce este nuevo capítulo dedicado a las EGSVI
2. Se define el proceso de transición entre EPS y EGSVI. El articulado establece un período de 2 años de transición para que las actuales EPS, de manera voluntaria, inicien el proceso de convertirse en EGSVI, o por el contrario, desistan de hacerlo. Durante esos dos años, las EPS que cumplan las condiciones de permanencia, deberán acogerse a los siguientes parámetros:
 - a. Colaborar con la organización de los CAPS.
 - b. Sujetarse al mecanismo de giro directo por parte de la ADRES.
 - c. Organizarse progresivamente en territorios en salud.
 - d. Articular a los prestadores dentro de las RIISS autorizadas.
 - e. Cumplir los requisitos exigidos para transformarse en EGSVI
 - f. Estar a paz y salvo con los acreedores.
3. Se definen las funciones de las gestoras y se establece que recibirán hasta el 5% de los recursos de la UPC por gastos de administración. Las EGSVI que manifiesten interés de continuar en el sistema, podrán desarrollar las siguientes funciones, observando que no tengan posición dominante ni integración vertical:
 - a. Gestionar la prestación de servicios de mediana y alta complejidad en la RIISS autorizada.
 - b. Responder a la demanda de servicios de los CAPS.
 - c. Desarrollar sistemas de información interoperables según el modelo de atención.
 - d. Realizar auditorías de cuentas. La ADRES será la encargada de los giros.
 - e. Gestionar el pago de prestaciones económicas.
 - f. Realizar rendición de cuentas
 - g. Evaluar los servicios de las RIISS

- 
- h. Operar en los territorios asignados.
4. Igualmente, se establecen los requisitos de funcionamiento de las EGSVI, que incluyen: capacidad tecnicoadministrativa, adscripción territorial, coindiciones de habilitación, código de conducta y buen gobierno, condiciones de permanencia.

Capítulo XVII: Disposiciones generales

1. Se insiste en que la reforma y sus efectos deben sujetarse a la disponibilidad presupuestal y al marco fiscal de mediano plazo.
2. Se señala que el gobierno nacional debe concertar con los representantes de los pueblos indígenas, el proceso que conduzca a la expedición de normas con fuerza de ley para el desarrollo del SISPI. Esto debe incluir procesos de consulta previa.
3. Se incluye un artículo relacionado con el Plan Nacional de Salud Rural, que busca desarrollar un modelo especial de atención para zonas rurales dispersas con énfasis en la atención primaria. Se propone que este modelo es coherente con los acuerdos de La Habana, por lo cual debe tener especial énfasis en las zonas PDET.

Capítulo XVIII: Disposiciones transitorias y varias

Este capítulo no tiene modificaciones significativas. Simplemente se hacen algunas precisiones relacionadas con el periodo de transición, haciendo especial énfasis en el papel de las Gestoras y en el cambio de las ESE a ISE.