

EL NUEVO PROYECTO DE LEY DE SALUD PARA EL AÑO 2010

Iván Jaramillo Pérez

ljaramil@cable.net.co

El proyecto no propone un cambio estructural del sistema aunque si es un buen intento de maquillaje, pero maquillaje al fin de cuentas.

El contexto.

El nuevo proyecto de reforma de salud radicado por Dilian Francisca Toro y detrás del cual está la preferencia gubernamental, se radica en un momento en que la cobertura del aseguramiento es casi universal pero en cuanto a la accesibilidad y calidad de los servicios aún hay mucho que desear y sobre todo preocupa la sostenibilidad del sistema en términos financieros debido sobre todo a la exagerada demanda de los denominados servicios “No-POS” es decir de aquellas tecnologías y medicamentos que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. No obstante hay que señalar que el proyecto enfatiza la búsqueda de la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad del sistema por vía del fortalecimiento de la atención primaria (léase prevención y promoción) y la introducción de sistemas de monitoreo de costos y controles técnico- científicos en la selección y autorización de tecnologías y medicamentos utilizados en los tratamientos de la enfermedad.

Los principios

En la declaración inicial de principios se retomada la triada de eficiencia, universalidad y solidaridad proclamada por la Constitución Política en el Artículo 48 pero se agregan con precisión los principios de la “integralidad” para evitar suspicacias en el sentido de que se podría estar buscando un recorte del POS, aunque se agrega la “progresividad” para indicar que no todo es posible para todos desde el principio; se retoma también el principio de la “equidad” para dar y recibir, parodiando la vieja proclama del socialismo utópico decimonónico : “ a cada quien según su necesidad y de cada cual según su capacidad”, al tiempo que se introduce un nuevo principio denominado de la “pertinencia” para resaltar la coherencia que las intervenciones en salud deben tener con las condiciones técnicas, científicas, financieras y organizacionales del sistema. Resalta también la introducción como principios la “Intersectorialidad”, la “Unidad” y la “participación” para enmarcar la Atención Primaria y poner de presente que el problema de la salud no es solo un problema de los médicos, los hospitales y las EPS sino de todo el conjunto de la sociedad y de sus instituciones.

En el debate parlamentario será necesario abogar por la introducción de manera explícita del principio de la “Calidad” puesto que sabemos que hay problemas graves en la atención de la maternidad y de algunas enfermedades prevenibles que son de interés en salud pública; así mismo se reportan limitaciones en el acceso a medicamentos básicos y preocupan los indicadores de rechazo ante la demanda de servicios.

Rectoría y responsabilidad.

Es lógico que el capítulo primero enuncie nuevamente que los servicios de salud y seguridad social, pese a su amplia privatización, son un servicio público bajo vigilancia y control del estado, pero lo nuevo está en el señalamiento que cabe al Estado como “responsable” de un control casi “policíaco” del uso de los servicios, creando novedosos sistemas de observación y monitoreo , con metodologías actuariales estandarizadas y con reportes obligatorios de información por parte de los actores , con amenazas de fuertes sanciones a quienes incumplan en sus reportes, incluyendo la pérdida de autorización para funcionar, pero buscando ante todo tener las bases ciertas y suficientes para diseñar y controlar el contenido del “POS” y

evitar su desborde mediante la ya conocida “tutelitis” o uso indebido de las autorizaciones de los CTC. Es de observar, no obstante, que a diferencia de la “emergencia social” que pretendió criminalizar a los médicos por el uso indebido de los servicios cuando estos afectaban la estabilidad del sistema, en esta ocasión el proyecto descarga la responsabilidad y las sanciones en las instituciones especialmente en las EPS e IPS.

Con este enfoque se busca además desarrollar y ponerle dientes al artículo 2 de la ley 1122 ¹, en su momento propuesto por el Senador Jorge Ballesteros, según el cual debe haber una evaluación por “resultados en salud” para desactivar así el incentivo perverso de la búsqueda de la sola “rentabilidad económica”.

La atención primaria.

El capítulo II del proyecto de ley rescita el concepto de “Atención Primaria” el cual había proclamado en la célebre declaración de Alma Ata en 1978 “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación”. No obstante su celebridad dicho concepto había sido ignorado en el texto de la ley 100 así mismo en todas las siguientes leyes tales como la 715 y 1122. Ahora en su nueva versión aparece como un concepto muy inclusivo que incorpora todo lo dicho sobre la definición de salud pública en la Ley 1122, el plan de atención básica de la ley 100, y en general todo lo dicho sobre prevención y promoción de la salud, tanto a nivel prestacional como ambiental.

A nivel organizacional propone la creación de un Consejo Nacional de Atención Primaria y de Consejos Territoriales que sustituirán a los CT de SSGS creados por ley 100. Estos consejos están integrados en forma intersectorial por Ministerios tan disimiles como el del interior o el de Agricultura, así mismo por universidades y el SENA a nivel nacional y por corporaciones regionales de desarrollo en los territorios. No obstante brilla por su ausencia una representación más efectiva del sector privado especialmente del sector empresarial cuando es responsable de la contaminación o no del ambiente o es actor de beneficio social en salud con sus programas de “responsabilidad social empresarial”.

Otra de las ideas resucitadas en este proyecto de ley es la constitución de “Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud” llamados ahora los EBAPS pero que ya habían creados y regulados desde 1990 mediante el Decreto 1762 de ese año. La novedad es que ahora se obliga a las EPS y a las ESES en conjunto con los municipios a crearlos y lo que es más importante a financiarlos.

En el debate parlamentario será necesario incorporar a estos organismos de Atención Primaria al sector privado como responsable también con particular énfasis a las empresas mineras las

¹ Ley 1122 Artículo 2°. Evaluación por resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley. Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

cuales deben pagar impuestos compensatorios por la contaminación y el daño ecológico ocasionado o bien compensar el costo social con planes de “responsabilidad social empresarial” en beneficio de la comunidad bajo el principio según el cual “el que contamina paga”².

El aseguramiento.

El concepto de aseguramiento que maneja el nuevo proyecto de ley es bastante comprensivo por un lado incluye la administración de los riesgos financieros lo cual es propio de todos los sistemas de seguro pero además resalta la administración de los “riesgos de salud” otorgándole a las EPS una responsabilidad más proactiva en la prevención, más aun exige que el aseguramiento responda por los servicios individuales pero articulados a todo el proceso de “atención primaria” que como se dijo incluye todas las actividades preventivas y promocionales tanto individuales como colectivas. Se hace además al asegurador responsable de la calidad, el acceso y la oportunidad en los servicios. La definición de aseguramiento se mueve también dentro de la concepción moderna según la cual la EPS debe representar los intereses del afiliado frente al prestador, dentro de la relación agente - principal, más aun cuando la asimetría en la información sobre los tratamientos, medicamentos y sus tecnologías requiere de un asesoramiento especializado a los usuarios.

El proyecto reafirma la obligatoriedad de todo colombiano de estar afiliado al sistema y propone generalizar la “portabilidad nacional” del aseguramiento incluyendo un sistema de tarifas de reembolso cuando el afiliado deba recurrir a una IPS por fuera de la red. Es de recordar que esta propuesta de la portabilidad nacional fue una de las banderas en el proyecto presentado por el Senador Jorge Ballesteros para la ley 1122, no obstante el Ministro de entonces se opuso a la inclusión de esta norma limitando de otra parte la afiliación de la población desplazada a una cierta EPS y cortándole así las alas a la urgencia del proyecto de la “portabilidad nacional”.

De otra parte se reforma el sistema de aseguramiento facilitando la movilidad entre regímenes de tal manera que los trabajadores puedan fluir fácilmente del subsidiado al contributivo y regresar cuando fuere necesario. Para tal efecto se introduce un sistema de cotización sin cambiar de EPS e incluso se crea un sistema de compensación especial dentro de la cuenta de solidaridad. Lo cual significa en la práctica delegar la gestión del régimen contributivo en las EPS que hasta ahora solo manejaban el Régimen Subsidiado. En sentido contrario se autoriza a las EPS del Contributivo a manejar un Régimen de Subsidios “a la cotización” para los trabajadores que pierden el empleo y pertenecen a los niveles I, II, y III del Sisbén.

El proyecto como gran novedad limita no solo la “rentabilidad de las EPS” sino de las ARP y de las mismas IPS-ESE creando niveles mínimos de gasto en salud. En los hechos el proyecto propone aplicar al régimen contributivo y a las ARP la norma que se encuentra vigente para el Régimen Subsidiado y según la cual solo el 8% de la UPC se puede aplicar a gastos de administración y a los eventuales “rendimientos”. No obstante cuando el gasto en salud por vía de la eficiencia deje algún excedente (que antes era igual a utilidad bruta) ahora se debe reinvertir en reservas o en infraestructura. De paso esta alternativa zanjaría de buenas maneras el conflicto entre la Supersalud y Saludcoop y llevaría la contienda a tablas.

Las nuevas EPS.

A las EPS se les asignan funciones explícitas en el manejo de la “atención primaria” y por lo tanto responsabilidades en materia de “Salud Pública”. Se les asignan también funciones más taxativas en materia de información dentro del sistema general de monitoreo en el uso de los servicios con la amenaza latente de sanción por incumplimiento “informático”. Las nuevas EPS sin distinción podrán operar los regímenes contributivo y subsidiado para lo cual homologaran requisitos, convirtiéndose en EPS integrales o Mixtas. Además se le impide explícitamente no solo evitar el traslado de sus afiliados entre ellas sino entre regímenes.

² Estos pagos son denominados impuestos “pigouianos”. **Arthur Cecil Pigou** (18 de noviembre de 1877 Ryde – 7 de marzo de 1959 Cambridge) fue un economista inglés, conocido por sus trabajos en la economía del bienestar.

Es de observar que las nuevas restricciones a la “rentabilidad” de las EPS faciliten el desarrollo de las EPS “sin ánimo de lucro” y limite el interés de participación del sector privado lucrativo.

El Plan Obligatorio de Salud

El proyecto de ley conserva la integralidad del POS, despejando las dudas sembradas por la “emergencia social” que pretendió reducirlo a un denominado “Plan Básico”, recortando niveles de atención, no obstante se le exige que esté debidamente articulado a los planes colectivos de prevención y promoción, rompiendo la antinomia POS-PAB característica de la Ley 100. Adicionalmente el proyecto enfatiza que su diseño esté atado a prioridades y que se inscriba dentro de la estrategia de Atención Primaria y la acción intersectorial y que esté diseñado en forma acorde a la “evaluación tecnológica”. De otra parte su ejecución deberá estar adecuadamente monitoreada y sometida a la evaluación por resultados siguiendo la lógica del artículo 2 de la ley 1122.

La arquitectura del POS seguirá sometida a la metodología que señale la CRES actualizándose cada año con excepción del primer año en el cual estará intervenida por el Ministerio. Es de observar que el proyecto no modifica la metodología para redefinir el POS y continúa siendo definido como una “lista de mercado” en la cual se agregan intervenciones, medicamentos, actividades y procedimientos (MAPIPOS). Esta metodología tiene el gran inconveniente de que permite confundir “el derecho a la salud” con el derecho a usar un listado de prestaciones y no a gozar en forma efectiva de un buen estado físico, psicológico y social que es el verdadero sentido de la salud. De paso el sistema de “lista de prestaciones” puede inducir a la perversión de no usar los procedimientos y medicamentos del listado que están financiados por la UPC y a preferir los que sí están excluidos del listado pero que se pueden recobrar al Estado, propiciando así al “abuso” , la ambición desmedida de rentabilidad y la insostenibilidad sistemática del sistema.

No obstante el proyecto deja abierta una puerta para que opcionalmente el POS se defina mediante la adopción de guías, estándares y normas técnicas, articuladas en los denominados “conjuntos de atención” que es una metodología propiciada por la OPS y que estaría basada en la evidencia científica, con lo cual se simplificaría la presentación y manejo del POS y se ampliaría su cobertura, profundidad y eficacia.

EI NO- POS.

El nuevo proyecto de ley define el NO – POS así: “Se denominarán prestaciones excluidas del plan obligatorio de salud (No POS), a aquellas que estando excluidas del Plan Obligatorio de Salud, se requieran de manera excepcional para conjurar un peligro grave e inminente contra la vida de las personas, que sea valorado y autorizado por los Comités Técnicos Científicos, de conformidad con los principios y reglas establecidos en la presente Ley”.

Dado que el recobro de estas prestaciones excluidas del POS, se ha convertido en un trámite sujeto a una negociación engorrosa y a reales abusos y malos entendidos, el proyecto de ley propone sustituir el sistema “de recobros” por un sistema de “pagos contingentes” o mejor de “prepagos” por parte del Fosyga a las EPS de acuerdo a un cálculo periódico de siniestralidad. De otra parte el precio de los medicamentos para estos “pagos o prepagos contingentes” se establecería según los resultados del sistema de negociación nacional de medicamentos, el cual además consultaría precios en América Latina. Se asignan además recursos especiales para la financiación del antiguo NO –POS procedentes de algunos juegos de azar y de uno de los 4 puntos porcentuales de la nómina que hoy reciben las cajas de compensación.

Este punto sin duda será uno de los más polémicos en el trámite del proyecto de ley, no solo porque el abuso y/o des financiación del No-Pos ha sido el campanazo de alarma sobre los riesgos para la sostenibilidad financiera del sistema, sino además porque la forma propuesta para financiarlo en el régimen contributivo no cuenta con un fácil consenso, dada la afectación que se haría de los recursos de las CCF y su posible impacto en la des financiación del Régimen Subsidiado.

De otra parte existen propuestas para hacer desaparecer el concepto de NO-POS y sencillamente definir el POS como plan muy integral con todo tipo de prestaciones y solo limitado por algunas exclusiones taxativamente fijadas por ley (tal como era en el antiguo ISS) ; dejando que la suficiencia de la UPC se maneje mediante la autorregulación de los aseguradores. En otras palabras, con gran respeto de la autonomía médica, se dejarían utilizar libremente las diversas tecnologías y medicamentos sin necesidad de hacer restricciones de orden administrativo, transfiriendo el riesgo a los aseguradores en la selección de las tecnologías y medicamentos más eficaces y económicos, garantizando al mismo tiempo el mejor uso y la suficiencia de la UPC y eliminando el sistema de recobros por fuera de la unidad de pago autorizada.

La atención de alto costo.

Dice el proyecto de ley: “Se definen como enfermedades de Alto Costo aquellas que requieren atenciones de alta complejidad técnica, que ocasionan grandes desviaciones en el comportamiento de los costos de los servicios de salud, elevado gasto de bolsillo para las familias afectadas y que son generalmente crónicas, degenerativas y potencialmente letales”

Algunos piensan en forma equivocada que el NO-POS se refiere a la atención de enfermedades de alto costo pero esta no es la situación. Desde la expedición de la ley hasta hoy la atención de las enfermedades catastróficas o de alto costo está debidamente protegida por el POS y están taxativamente enumeradas. Tienen además una forma de financiación específica que se ha denominado “el reaseguro” y es mediante este procedimiento que todas las EPS del contributivo y del subsidiado deben adquirir un seguro en una aseguradora ordinaria, con recursos de la UPC, para cubrir los costos de estos enfermos.

El problema con estas atenciones se vino a desarrollar cuando se observó la concentración de enfermos de alto costo en algunas entidades como el ISS, lo cual obligo a repensar el sistema de aseguramiento pues los que tenían mas enfermos obviamente tenían que pagar más , con el agravante que su capacidad de recobro no siempre era la más eficiente. En consecuencia de unos años para acá se venido entregando una UPC especial proporcional al número de enfermos de alto costo de cada EPS, dejando a cada una escoger el mejor método para cubrir los costos excedentes no cubiertos con esa UPC especial.

No obstante el sistema sigue siendo inequitativo para las EPS que hoy concentran el alto costo y para algunas enfermedades como la atención de la diálisis permanente se ha debido crear una cuenta especial alimentada por aportes de las EPS para cubrir estos costos.

El proyecto de ley propone modificar la ley 1122 así: “ARTÍCULO 19. ASEGURAMIENTO DEL ALTO COSTO. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional y la actualmente vigente, decretos 2699 de 2007 y 3511 de 2099 del Ministerio de la Protección Social. Para la atención de enfermedades de elevada costo-efectividad y beneficio a largo plazo, como el trasplante de órganos se podrá constituir un fondo de liquidez que permita el pago anticipado de estos procedimientos en el Régimen contributivo y subsidiado que será amortizado progresivamente durante el término que determine los estudios técnicos correspondientes.

No obstante lo dicho el debate parlamentario sobre el este proyecto de ley deberá examinar la conveniencia de crear un fondo de segundo piso, alimentado con aportes de las EPS, administrado por ellas mismas y que financie no solo la atención sino la prevención de las enfermedades de alto costo para favorecer la dilución del riesgo financiero entre todas las cotizantes y evitar la concentración del riesgo amenazando la sostenibilidad financiera por ejemplo de la nueva EPS.

El sistema de evaluación y control tecnológico.

El nuevo proyecto de ley, como se dijo deja abierta la puerta para los recobros del no-pos, ahora denominados “pagos contingentes” por “prestaciones excluidas”, pero propone cerrar la

puerta del abuso y el derroche mediante un sistema de evaluación y seguimiento de tecnologías, intervenciones y procedimientos del cual forman parte un Consejo Nacional, un comité ejecutivo, una comisión de consulta ciudadana, unas salas especializadas y unos grupos temáticos de trabajo cuyo producto final será: (Artículo 68) elaborar “ guías de práctica clínicas, que se realizará bajo metodologías estandarizadas e idóneas, que permitan identificar y recomendar las mejores prácticas disponibles, de acuerdo a la tecnología y la situación de desarrollo propia del país” y que (Artículo 69) “podrán elevar a reglamentos obligatorios, con carácter vinculante, las normas o partes de las misma que se considere pertinente, por razones de seguridad, costo efectividad, eficacia o impacto en la sostenibilidad del sistema”.

Estas guías y reglamentos regularan por vía administrativa a las EPS-IPS, a los comités técnico científico e incluso condicionarán las decisiones del poder judicial frente a las tutelas.

La financiación.

El nuevo proyecto de ley de salud no crea nuevas fuentes de recursos pero si crea mecanismos para controlar el exceso de gasto en tecnología y medicamentos de un lado y reasigna las fuentes existentes, sobre todo las creadas por la ley 1393, a las prioridades determinadas por la Corte Constitucional, es decir a la unificación de los planes de beneficios.

Adicionalmente a las insuficiencias que podrían generar estos recursos se programan aportes complementarios del presupuesto general de la nación que irán desde los \$ 923 mil millones en el año 2011 hasta llegar a los \$ 2.7 billones en el año 2015, en sustitución del incumplido “pari passu”.

Se regula de otra parte la transformación de subsidios de oferta en demanda en orden a la unificación de los planes de beneficios y para el caso de las participaciones de salud en el SGP se ordena la transformación del 80% de su valor dejando un 10% para salud pública y un 10% para subsidios de oferta, es decir para trasferencias directas a los hospitales.

La recentralización de recursos.

El nuevo proyecto de ley insiste nuevamente en la creación de un fondo nacional que centralice los recursos del régimen subsidiado y dice así:

“El Ministerio de la Protección Social constituirá un patrimonio autónomo mediante un administrador fiduciario, en el cual se recaudarán los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. En el patrimonio autónomo habrá una cuenta individual por cada distrito, municipio y departamento, en las cuales se registrarán los valores provenientes de los recursos de que trata el inciso anterior, cuyos titulares son las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestarlos y ejecutarlos sin situación de fondos. El administrador fiduciario del patrimonio autónomo girará directamente estos recursos a las entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, según el número de los afiliados que tengan registrados y validados mediante el instrumento definido por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto, o a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional”.

El sistema centralizado pretende mejorar el flujo de recursos a costa de despojar a los municipios en la gestión y control de los procesos de contratación y pago. Pero no todos los analistas están de acuerdo en que el sistema es realmente más ágil y recientes intentos de centralizar por vía de decretos los sistemas de información y pago, en realidad han causado el efecto contrario. Más aun no está claramente establecida la viabilidad constitucional de estas medidas y menos aún existe concertación con las Federaciones de municipios y departamentos.

En el debate parlamentario se deberán consultar otras alternativas de agilización del flujo de recursos.

La prestación de servicios.

En una primera aproximación los hospitales pueden estar tranquilos porque se revirtió la norma lesiva de la “emergencia social” y este proyecto de ley les devolvió a los hospitales públicos el privilegio de contratar en forma obligatoria al menos el 60% del gasto en salud en el Régimen Subsidiado para atender cualquiera de los niveles de atención.

Contratación.

El proyecto autoriza y limita la contratación de servicios de salud por el método de capitación solo para los servicios de baja y mediana complejidad, evitando la transferencia del riesgo general del asegurador al prestador. De otra parte: “Se excluyen del mecanismo de contratación por capitación las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública que deben hacerse bajo un esquema de inducción de la demanda, de acuerdo con la normatividad vigente”, tal medida encuentra su justificación en mejorar la obligatoriedad y cumplimiento en la ejecución de estas actividades prioritarias en materia de prevención, que como se sabe no tienen demanda espontánea en la población y por lo general son “cobradas” por las IPS pero “no prestadas” en forma real y efectiva.

Presentación de facturas.

Nuevamente se corrige y adiciona la ley 1122, en el manejo de las facturas, para agilizar el flujo de los recursos entre EPS e IPS tratando de prohibir por ley las triquiñuelas usadas para retener y demorar los pagos a los hospitales. Se establece una priorización de pago para las entidades de alta complejidad y un sistema de monitoreo que permita aplicar sanciones a los morosos. No obstante aún está lejos el proyecto de reducir y hacer pagar los dos billones o más que se deben a los hospitales por parte de aseguradores, Fosyga y entidades territoriales.

Redes de servicios.

El proyecto define : *“La Red de servicios de salud se define como un conjunto coordinado de unidades prestadoras de servicios, jerarquizadas y organizadas, de distinta capacidad de resolución, ubicadas en un espacio geográfico e interrelacionadas funcionalmente, con el objeto de coordinar la prestación de servicios y la gestión clínica, con apoyo de normas operacionales, un sistema de referencia y contra referencia, sistemas de información, y recursos logísticos de coordinación, de tal forma que en su conjunto ofrecen una respuesta adecuada a las necesidades de la población”*

Se hace a la EPS responsables de organizar las redes pero también autoriza a las Empresas Sociales del Estado a organizarse en red e incluso: autoriza formas especiales de coordinación entre ellas. La red buscará optimizar la utilización del portafolio de servicios de cada hospital y mejorar la eficiencia precisando los sistemas de acceso por vía del primer nivel de atención, además de fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia.

Lo novedoso es que permitiría a los hospitales pequeños a “tercerizar” parte de la gestión administrativa propiciando formas de “out sourcing social”.

La atención de urgencias.

En el proyecto se ajustan las normas y sanciones para fortalecer la atención de urgencias, así: *La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago. Las EPS en relación con sus afiliados o las entidades territoriales responsables de la atención a la*

población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar el pago de servicios a las IPS públicas o privadas, cuando estén causados por este servicio, aún sin que medie contrato. Si la desatención es causa directa de la muerte del paciente y es responsabilidad de la Entidad, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar la entidad causante de la desatención”.

El defensor del usuario.

Se retoma y se le da mas fuerza (mas dientes) a esta propuesta que existía desde la ley 1122, así: *“Cada EPS del sistema general de seguridad social en salud contará con un defensor del usuario que será nombrado por el Superintendente Nacional de Salud, actuará a nivel nacional como representante de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y será su vocero ante las entidades aseguradoras y los entes territoriales. El Defensor del Usuario de la Salud gestionará y resolverá quejas, reclamaciones y sugerencias relacionadas con los derechos y obligaciones de los usuarios en la prestación de servicios. Las decisiones de esta nueva instancia tendrán valor vinculante, y les estará prohibido a las entidades de aseguramiento desconocer su pronunciamiento o decisión, so pena de hacerse acreedores a las sanciones establecidas por los organismos de control, por el incumplimiento de las funciones que deben desempeñar las EPS, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional al respecto”.*

Sobra decir que esta propuesta debería ser complementada con una más efectiva participación de la comunidad beneficiara y que al menos se debería establecer que los usuarios elijan una terna y de ella el Superintendente escoja.

La descentralización de la Supersalud.

La gran novedad en el nuevo proyecto de ley sobre el sistema de inspección vigilancia y control es la descentralización de la Supersalud. Para tal efecto se solicitan facultades extraordinarias por seis meses para diseñar un sistema de intendencias regionales que se encarguen de dirimir los conflictos entre actores.

La lucha contra la corrupción.

Se establece un sistema de indicadores de riesgo para identificar eventos sospechosos de posible corrupción y así introducir los controles preventivos del caso. Este sistema estará alimentado por un sistema de información que recoja las denuncias sobre estos hechos. Es de recordar que el sector salud ha sido una fuente financiera del paramilitarismo y que el Presidente ha propuesto perseguir a los corruptos en salud como si fueran “terroristas”.

Procedimientos y multas

El nuevo proyecto de ley establece un procedimiento abreviado para la imposición de sanciones, identifica un listado de conductas sancionables y determina multas hasta por 5.000 salarios mininos mensuales.

Conclusión.

El proyecto no propone un cambio estructural del sistema aunque si es un buen intento de maquillaje, pero maquillaje al fin de cuentas.