



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL
**DE LA SALUD
Y LA VIDA**



CARTILLA PEDAGÓGICA
REFORMA ESTRUCTURAL AL SISTEMA DE SALUD



Presentación

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para que se puedan ejercer los demás derechos, pues sin la satisfacción de aquel, es imposible el disfrute de los demás. Una salud de la mayor calidad permite realizar la dignidad de la vida humana. Tal es el alcance reconocido por la comunidad de naciones y para Colombia.

Por tal alcance **la salud trasciende al servicio público de salud**, dado que este es solo la caracterización de una obligación estatal, de garantía de realización del derecho fundamental, que es la salud misma. El servicio público de la salud como vehículo de la materialización del derecho fundamental, ha de ser eficiente, universal y solidario, derivado de lo cual se desprenden todas las cualidades del mismo en cuanto a cobertura, calidad, eficacia, igualdad en el acceso, permanencia y oportunidad, entre otros.

Las obligaciones del Estado para satisfacer este derecho emanan de lo previsto por el Constituyente de 1991, han sido objeto de pronunciamientos jurisprudenciales y de regulaciones de naturaleza legal. Las obligaciones del Estado en el marco del servicio a la salud para satisfacer el derecho fundamental de la misma a todos los residentes en Colombia, tiene un alcance amplio, de un conjunto de acciones afirmativas y positivas y de contener o eliminar todo obstáculo de cualquier naturaleza, sea de carácter financiero, institucional, técnico, administrativo o de otra índole que impida la realización del derecho fundamental a la salud.

Queda entendido que menos aún sea el mismo Estado quien pueda ser un actor que impida la realización del derecho fundamental, cuando por su acción omisiva o mediante regulaciones inadecuadas impide la realización plena de dicho derecho. Dentro de las posibles acciones afirmativas o positivas que el Estado debe acometer, está la regulación de un conjunto de po-

líticas públicas y de organizar los medios, disponer las instituciones y los recursos, de forma que se garantice la realización del derecho fundamental a la salud. Cuando existen riesgos serios que amenacen el derecho a la salud, o exista un desmedro de los recursos o una disposición institucional que resulte inadecuada y genere merma en la capacidad del Estado para la garantía del derecho, es responsabilidad del mismo intervenir y regular en forma adecuada.

Desarrollando la salud como derecho fundamental cuyo goce efectivo ha de ser garantizado por el Estado colombiano, la prestación del servicio público esencial que permite la materialización de aquel, conlleva la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado en los términos en que lo ha declarado la Ley Estatutaria de la Salud.

El desarrollo parcial o incompleto de este mandato de la Ley Estatutaria de la Salud cae en la hipótesis de la inexequibilidad de las leyes existentes por omisión legislativa (Sentencia C-209 de 2007 del M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), con lo cual es responsabilidad del Estado, abordar los desarrollos legales que permitan la materialización del derecho fundamental a la salud regulado en la Ley 1751.

El Sistema de Salud que posee el país debe armonizarse con los principios y buenas prácticas de las cuales se pueda disponer, construir sobre lo construido, apropiar los avances y superar los escollos, desarrollar los modelos de atención en sa-

lud que resulten plenamente eficaces para el goce efectivo del derecho a la salud y armonizar el diseño institucional a los requerimientos del modelo de atención en salud.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha señalado que “ampliar las intervenciones en atención primaria de la salud (APS) en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030 ”, señalando además que al menos se incremente en un 1% del PIN los recursos destinados a este fin.

La atención primaria en salud según los términos de la OMS, es un enfoque de la salud que puede garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, **es incluyente por definición**, centrandó su acción en las necesidades inmediatas de las personas, lo más que ello sea posible, garantizando un proceso continuo que establece la articulación más conveniente desde promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y que opera en el entorno más cercano del hábitat de las personas.

Al respecto **la Organización Mundial de la Salud ha destacado tres componentes que caracterizan la atención primaria en salud**. La coordinación y completitud de los servicios de salud en un marco en el que son esenciales la atención primaria y las funciones y bienes de salud pública; las acciones y políticas basadas en un enfoque multifactorial e intersectorial, que considera e integra

los determinantes de la salud. Y el dialogo, participación, la integración y empoderamiento de las comunidades, articuladas a un modelo de atención que reconoce sus condiciones vitales y del entorno, asentadas en el territorio.

Este modelo de salud exige un conjunto de condiciones que le son inherentes. Dotar de capacidad resolutoria a la atención primaria en salud, implica no solamente generar una infraestructura de servicios básicos, sino, además, **contar con un talento humano de calidad,** presto y comprometido, debidamente motivado y dignificado; **integrar redes de servicios** al interior de las cuales se garantice un sistema de referenciación con la movilidad adecuada y los **recursos que permitan la comunicación física, digital, administrativa, financiera, técnica y polifuncional entre cada nodo de la red;** generar equidad e igualdad progresiva de capacidades de atención entre zonas geográficas; mejorar e impactar frontalmente los indicadores trazadores de salud e integrar en forma efectiva los determinantes sociales en las condiciones de bienestar físico y mental al máximo posible de la población.

El cambio de modelo de salud implica una cadena de mecanismos que deben ser transformados y dispuestos para lograr una verdadera revolución en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y con la atención primaria en salud como eje sustancial.

Los referentes y la literatura referencian como mecanismos estratégicos de esta nueva visión, el

compromiso y liderazgo político; una nueva gobernanza; una financiación e incentivos adecuados; la participación activa de la comunidad y la cooperación de todos los actores gubernamentales, políticos, privados, mixtos y sociales. Estos aspectos estratégicos están contenidos en el enfoque de la reforma.

El Ministerio de Salud será el organismo rector del Sistema de Salud, y el Consejo de Salud a nivel Nacional, garantizará la participación y representatividad de todos los actores del Sistema, de forma que llevará iniciativas de política pública, propondrá la formulación de recomendaciones y realizará evaluación y seguimiento. En los demás niveles territoriales del Sistema de Salud, las direcciones de salud estarán acompañadas de Consejos de Salud de ese nivel.

La participación social será base y fundamento del Sistema de Salud, a cuyo efecto, se seguirá construyendo sobre los diferentes espacios e instancias de participación existentes. La participación social permeará los diferentes procesos de toma de decisiones, de gestión y de evaluación y control.

A su vez, hay una modificación de los mecanismos operacionales con base en los cuales se transforma el Sistema de Salud, basado en un Modelo de Atención que promueve la atención primaria con gran calidad y el acompañamiento de la misma a lo largo de la vida de cada individuo; se dispondrá el personal de salud en calidad, cantidad, distribución, dignificación, remuneración adecuada y estabilidad, con una integración efectiva a la co-

munidad; se fortalecerá la infraestructura física y tecnológica dispuesta a los fines de la atención; se garantizará la disponibilidad y acceso a medicamentos y demás dispositivos requeridos en la atención, observando lo dispuesto en la Ley estatutaria de salud; se prevé una alianza fuerte y con reglas de juego claras entre el sector privado, público y mixto en la provisión de servicios de salud; se implementará un Sistema Único de información y dará un gran desarrollo a las tecnologías digitales que permitan un gobierno abierto del sistema, transparencia y eficacia; la calidad será el centro del Sistema; la investigación y gestión del conocimiento con enfoque innovador, servirá a los fines de la atención primaria en salud, a la validación de tecnologías costo efectivas, y al desarrollo de investigación científica; por último se garantizará un sistema de seguimiento, evaluación, control, basado en una Superintendencia Nacional de Salud con presencia en el territorio, garantía de la oportunidad y del respeto al derecho fundamental a la salud y complementada en un control social sólido .

La Ley que se presenta cambia el énfasis de los incentivos y de la lógica de funcionamiento del Sistema de Salud, superando los incentivos que han enfatizado en un enfoque basado en las enfermedades y las instituciones a aquél que se fundamenta en la salud y en cada individuo, con su propia integración y participación activa.

Países que han desarrollado a fondo el modelo de atención en salud con un énfasis en la atención primaria en salud resolutoria, que desarrolla un en-

foque preventivo y predictivo, tienen la capacidad de resolver el 90% de los problemas de salud de la población, como lo expone la Organización Mundial de la Salud y los casos emblemáticos y exitosos como el caso español.

Las personas en el nuevo Sistema de Salud, son reconocidas y valorizadas socialmente en su propio territorio, se inscriben en el Centro de Atención Primaria Integral y Resolutoria en Salud, los cuales serán funcionales y operativos, con estructuras estandarizadas y serán el referente institucional para la gestión de la atención primaria en salud.

En desarrollo del principio de construir sobre lo construido, el Sistema de Salud que asume la reforma se fundamenta en un **aseguramiento público, estatal y universal, que integra a toda la población con el único criterio de garantizarle el goce del derecho y de proveer un servicio público esencial, permitiéndole un ágil acceso a los servicios** que se realiza con la gestión del riesgo financiero, operativo y de salud, a instancias del sistema de **Atención Primaria, que se extiende hacia la garantía a cada ciudadano del acceso a los servicios de mediana y alta complejidad.**

Las instituciones públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud, de mediana y alta complejidad, tendrán los incentivos necesarios para ser eficientes. Según la población y su perfil epidemiológico, se establecerán por cada Región, los valores para atender a cada individuo. Bajo un régimen tarifario único, se pagarán los servicios de salud suministrados a los proveedo-

res públicos, privados o mixtos. Las instituciones públicas que presten servicios de mediana y alta complejidad que no puedan financiar su operación con la población que demande sus servicios serán financiadas complementariamente con recursos de naturaleza fiscal.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, se denominarán en adelante Instituciones de salud del Estado.

El régimen de sus trabajadores será de naturaleza especial, a cuyo efecto el Gobierno Nacional, mediante facultades extraordinarias solicitadas al Congreso de la República efectuará las condiciones laborales para su desempeño, en miras a dignificar el ejercicio de la profesión. Estas disposiciones son complementarias a la Ley de Talento Humano del Sector Salud. El régimen jurídico administrativo de estas instituciones será expedito, ágil y eficiente, con un gobierno corporativo que garantiza autonomía y a la vez equilibrio de todos los actores que intervienen en el proceso de la salud.

En la reforma se desarrolla lo relativo a la autonomía de los profesionales de la salud, en cuanto a las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, bajo modelos de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, tal como lo prevé la ley estatutaria de Salud.

La financiación del Sistema de Salud se dará sobre la base de las fuentes financieras existentes, reordenando sus usos bajo las nuevas reglas de asignación de los recursos. Cada una de las cuentas que se estructuran en el Sistema de Salud, permitirá cumplir objetivos específicos del Sistema

de Salud, como garantizar la atención primaria resolutive en salud, los servicios de mediana y alta complejidad, el fortalecimiento de la infraestructura y tecnologías de salud, entre otras.

La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, jugará un papel esencial en el Sistema de Salud, dado que manejará el recaudo de los recursos y realizará los pagos con giro directo a los proveedores de servicios de salud, con un sistema altamente especializado y basado en tecnologías de información de presupuestos, contabilización, auditoría y pago de los servicios.

Este será un Sistema de Salud que propone superar los problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente y construir sobre él. Sus logros en afiliación fueron notables, permitió generar una consciencia acerca del derecho a la salud y vio evolucionar la jurisprudencia y la cultura de reivindicar una salud digna y de calidad para toda la población.

Sin embargo, dicho Sistema se agotó, generando varias grietas que han dejado huella y que impelen avanzar hacia la reforma que se propone. El Sistema reportó deudas insolutas por la liquidación de la mayor parte de las EPS que han existido desde la implementación que se hizo del mismo en 1994.

Varios de los indicadores trazadores que permiten evaluar un Sistema de Salud, como la mortalidad materna e infantil, presentan desempeños comparativamente bajos frente a la Región y a la OCDE. La afiliación del aseguramiento no ha significado acceso efectivo a los servicios de salud,

lo cual expresa diferencias e inequidades que son inadmisibles.

En la práctica el riesgo en el aseguramiento, por las contadas crisis financieras de los aseguradores se han transferido al Estado quien finalmente debe responder por la garantía del derecho fundamental de la salud. Las grietas de corrupción históricamente en los últimos treinta años han asediado al SGSSS y han sido objeto de múltiples escándalos nacionales, asociadas al mal desempeño de varias de las EPS que desviaron recursos o bien generaron márgenes inaceptables más allá de los estándares previstos.

La promoción y atención primaria en salud, no fue garantizada por el SGSSS en los términos en que lo exigen los estándares de buen desempeño de un sistema de salud, antes de lo cual, se incentivó un modelo basado en la enfermedad y no en la salud, con lo cual las EPS, no rindieron tributo a su denominación de promotoras. Las asimetrías en la información a la que estaban llamadas a aminorar, no se sortearon en beneficio de los usuarios en muchos casos.

En la actualidad el SGSSS está sumido en una importante crisis, dado que las EPS han generado deudas importantes con las ESE y con proveedores privados de salud, en una proporción tal, que terminan afectando de manera grave las redes prestadoras de los servicios de salud.

En la prospectiva realizada, muchas poblaciones no podrán ser reasignadas a las EPS restantes so pena de poner también en peligros las que sub-

sisten. Y de otra parte, las simulaciones financiera no son promisorias sobre la estabilidad futura de las actuales, lo que significa la posibilidad de que a las deudas insolutas ya liquidadas en el sistema se sumen nuevas pérdidas. Las pérdidas tienen un dueño, es la sociedad en su conjunto, dado que los recursos de la salud son de naturaleza pública. Situación que es inadmisibile desde la perspectiva de la defensa de los intereses colectivos de la sociedad.

El cambio de rumbo no significa centrar toda la atención sobre las EPS, pues ellas no son el fin último de la reforma. **El fin último de la misma es la equidad, asociada a un nuevo modelo de atención, acorde a lo dispuesto en la Ley estatutaria de salud y al mejoramiento de los indicadores trazadores de salud, que deberán expresarse en una mayor mortalidad evitable.**

La reforma propuesta recoge las mejores prácticas de los sistemas de salud con mejor desempeño en el mundo, tanto en términos de resultados de salud como de eficiencia en la gestión y uso de los recursos. Una reforma tan necesaria como inevitable, dada la crisis del SGSSS vigente y de la evidencia internacional.

El documento que se presenta a continuación resume en buena medida de forma sencilla, los principales temas que contempla el borrador del proyecto de Ley de reforma al sistema de salud, presentado por la sociedad civil a consideración del gobierno nacional y quiere ser una contribución para alentar el más amplio debate democrático sobre la Reforma.



**GUSTAVO FRANCISCO
PETRO URREGO**

Presidente de la República
de Colombia

**DIANA CAROLINA
CORCHO MEJÍA**

Ministra de Salud
y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO
RODRÍGUEZ**

Viceministro de Salud Pública
y Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección
Social

**JOSÉ ARLEY
MUÑOZ USUGA**

Coordinador Grupo Gestión y
Fomento de la Participación
Social en Salud

**JIOMAR ESTEFANÍA
BOHÓRQUEZ PÉREZ**

Generadora de Contenido

**Carrera 13 No. 32-76
Bogotá, Colombia**

Febrero, 2023



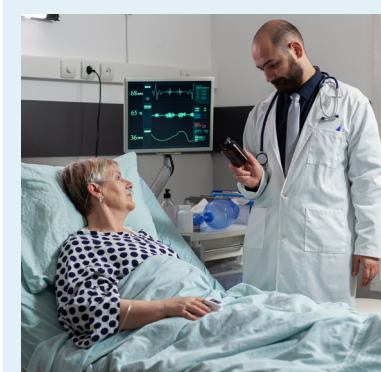
9. El corazón del Cambio en Salud.
10. Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS
13. Las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud
14. ¿Cómo se garantizará el derecho fundamental a la salud con estas redes?
15. Entonces, ¿cómo me atenderán ahora?
16. ¡Los hospitales públicos se renuevan!
17. La salud va más allá de la atención en los hospitales
18. Derribando mentiras
20. ¿Por qué se requiere esta reforma?
21. ¿Cómo garantizamos el derecho y evitamos que haya corrupción con los dineros públicos de la salud?
25. ¿Qué mejora para la formación y Educación Superior en Salud?
26. ¿Qué mejorará para los trabajadores del sector salud?
27. ¿De dónde saldrá el dinero para el sistema?
27. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES
30. ¿Cómo será la transición y evolución del Sistema de Salud?

EL CORAZÓN DEL CAMBIO EN SALUD

Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - **CAPIRS**

Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos al CAPIRS más cercano a su lugar de residencia. Estos centros serán de carácter **público, privado y mixto**.

LOS CAPRIS DEBERÁN GARANTIZAR:



SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD



SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS DISTINTAS ÁREAS GEOGRÁFICAS DEL TERRITORIO



PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

REMISIÓN DE PACIENTES HACIA SERVICIOS DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD





Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - **CAPIRS**

CAPACIDAD

En los centros urbanos, **cada CAPIRS** cubrirá como **máximo 25.000 habitantes** y a diez años se proyecta contar, como mínimo, con **uno por cada 20.000 habitantes**, y desde ya **garantizar que haya uno por cada municipio** así no alcance los 20.000 habitantes en su jurisdicción territorial.

NECESIDADES

Se deben tener en cuenta las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los CAPIRS.

INSTALACIONES

Cada Centro contará con instalaciones adecuadas y **brindará atención médica y odontológica, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, actividades de prevención**, por ejemplo vacunación, cuidado de maternas, control del niño sano, embarazadas, hipertensos y diabéticos, etc.

ASOCIATIVIDAD

Si las características territoriales lo requieren para garantizar el derecho a la salud, de **corregimientos que queden alejados del centro** de su municipio, **se puede acordar la asociación entre dos o más municipios**.

PROGRAMAS

Los CAPIRS **también serán la sede de los programas y equipos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad**, que irán **casa a casa** de los ciudadanos inscritos en su centro **para garantizar el cuidado de su salud y también para brindar los servicios básicos a las poblaciones que tienen dificultades** de acceso, por vivir en las zonas más alejadas.

PARTICIPACIÓN

Se encargarán del fortalecimiento de la **participación social** con la población asignada.

RESPONSABILIDADES

Serán responsables de **consolidar la información del total de la población a su cargo** para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Y de la vigilancia de la evolución de las condiciones de salud y enfermedad en la población que tengan adscrita.

REMISIONES DE PACIENTES

El **equipo técnico de los CAPIRS para remisiones de pacientes** a la red de mediana y alta complejidad **estará apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS** y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el responder a las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.



CONSEJO DE PARTICIPACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA OPERACIÓN DE CAPIRS

Conformado por 7 miembros



Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia.

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el CAPIRS del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.

LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD

Es el conjunto de organizaciones públicas, privadas o mixtas que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios integrales de salud de cada persona y colectivos con calidad, equitativos, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, a una población ubicada en un territorio determinado, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de personas y comunidades. En cada departamento y distrito para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS, se conformarán equipos multidisciplinarios de salud, que permitan facilitar el acceso a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y requerimientos de los colombianos en cada municipio del país.

Las redes tendrán, entre otras, las siguientes funciones:

- 1 Realizar el diagnóstico familiar y comunitario.
- 2 Identificar el riesgo individual, familiar y comunitario de los ciudadanos por edad, sexo, raza y etnia.
- 3 Informar sobre los servicios en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y la reglamentación de los mismos.
- 4 Promover la identificación plena de las familias, para que puedan acceder a los servicios de salud.
- 5 Buscar garantizar la prevención de enfermedades prioritarias o que ocasionen un alto impacto en salud pública para las poblaciones.
- 6 Facilitar la prestación de los servicios de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- 7 Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria..
- 8 Realizar las acciones necesarias para que los integrantes de cada familia, reciban la atención requerida y tengan el seguimiento respectivo.

Las redes integrales e integradas de servicios son:

- 1 Resolutiva en Salud - APIRS.
- 2 Redes de servicios especializados ambulatorios.
- 3 Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria.
- 4 Redes de urgencias médicas y odontológicas.
- 5 Redes de rehabilitación.
- 6 Redes de laboratorios.
- 7 Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud.

Deberán presentar resultados clínicos por el estado de salud de la población a la que sirven.



¿CÓMO SE GARANTIZARÁ EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD CON ESTAS REDES?

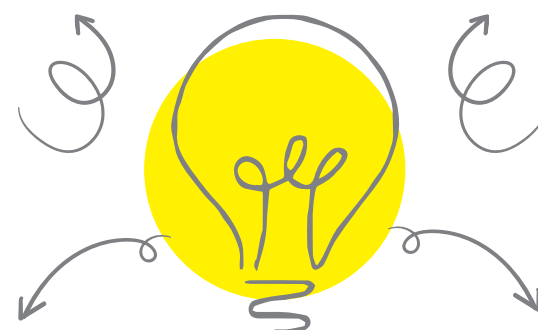
EL ACCESO

a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud sobre cualquier formalidad o trámite administrativo. **Las remisiones para la prestación de servicios estarán totalmente a cargo de los CAPIRS y las instituciones prestadoras (hospitales y clínicas)** adscritas al Sistema de Salud.

En ningún caso se puede transferir esta carga a los pacientes o sus familiares.

CADA INSTITUCIÓN

de salud deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de **Referencia y Contrarreferencia** de pacientes y contarán con el apoyo de la Coordinación, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Cada Región tendrá una dependencia de **Coordinación Regional de la Red de Servicios**, para facilitar las remisiones de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región.



Y A NIVEL NACIONAL

se conformará una **Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales** para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en su región.

LA AGRUPACIÓN

de los departamentos y distritos será según las **Regiones Administrativas y de Planificación**, para tener el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no puede lograr cada departamento aisladamente con oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas para garantizar el derecho fundamental de la salud de todos los habitantes.

Para los traslados de pacientes entre municipios, departamentos o regiones, las direcciones departamentales de salud deberán garantizar el transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.

ENTONCES ¿CÓMO ME ATENDERÁN AHORA?

LOS SERVICIOS MÉDICOS

y asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los CAPIRS de los municipios y distritos. De forma simultánea será beneficiado por las actividades de prevención en salud que tengan los CAPIRS en sus territorios.

Y EN PEQUEÑAS POBLACIONES

que no dispongan de instituciones de mediana complejidad, los CAPIRS deberán contar con capacidad hospitalaria para los servicios de mediana complejidad más usuales que se den en su población.

LA INVERSIÓN SERÁ PRIORITARIA

para las zonas donde no existan los suficientes centros de atención sean públicos o privados para los servicios en este nivel de complejidad.

PARA LAS ZONAS DISPERSAS,

alejadas de los centros urbanos, con pocos habitantes, con condiciones de vulnerabilidad y de difícil acceso operará la **Entidad Sanitaria Estatal Itinerante: un Hospital Itinerante** que prestará atención básica y especializada; operará con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas.

EN CUANTO A LOS SERVICIOS MÉDICOS

y asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las entidades hospitalarias y ambulatorias (hospitales y clínicas) **públicas, privadas y mixtas ya existentes y que se constituyan en adelante**, que voluntariamente decidan hacer parte de la red de servicios del territorio o la región.

LOS DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS

deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales Públicos para garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor.

La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho implementarán estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud y garantizarán la protección del derecho fundamental a la salud.
Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales.



LOS HOSPITALES PÚBLICOS SE RENUEVAN

Ahora serán **Instituciones de Salud del Estado – ISE** que se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud.

Deberán tener en cuenta:

1. La cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población.
2. La caracterización de las condiciones de salud y enfermedad de la población.
3. El portafolio de servicios de salud.
4. El personal de trabajadores de la salud requerido.
5. Los costos de funcionamiento.

Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE darán prelación a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.

Integración del Consejo Directivo de la ISE

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá.
2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Dos (2) representantes profesionales de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos.

LA SALUD VA MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN EN LOS HOSPITALES

Se contará con una **Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud** instancia del Gobierno Nacional, encargada de evaluar el impacto y evolución de los determinantes sobre la salud de la población colombiana y realizar el seguimiento de indicadores de salud.

Entre otros, son determinantes sociales de la salud los siguientes:

1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.
 2. Seguridad alimentaria con acceso en calidad y suficiente cantidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición.
 3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.
 4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.
 5. Medio ambiente sano.
 6. Acceso al transporte.
 7. Acceso a la educación y recreación.
 8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza.
 9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación.
 10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas.
 11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con
 12. énfasis en la salud sexual y reproductiva.
 13. Participación de la población en todo el proceso de decisión sobre la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
- Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.

Podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento en materia de derechos.

Los gobernadores y alcaldes distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción.

DERRIBANDO MENTIRAS

¿Si se acaban las EPS no nos van a atender?

Falso. Con la reforma y aún hoy en día los que nos atienden son los hospitales y clínicas. Con la reforma las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud continuarán siendo públicas, privadas y mixtas con procesos de cooperación entre ellas y complementándose según los diferentes servicios que presten.

¿Los alcaldes y gobernadores tendrán el dinero de la salud?

Falso. Los recursos para pagar los Servicios de salud del Sistema General de Participaciones se contabilizarán sin situación de fondos (sin darles el dinero a los alcaldes y gobernadores) y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Adicionalmente, los recursos aportados para la salud por cotizaciones o impuestos son de destinación específica al sector y de naturaleza pública e inembargable y no pueden tener uso con ánimo de lucro o de especulación económica, por esto tendrán control de la Contraloría General de la República y demás órganos de que tengan competencia y estarán sometidos al control social.

¿No habrá quien administre el dinero de la salud?

Falso. La ADRES garantizará el sistema de liquidación, recaudo y cobro de las cotizaciones. Y es quien en la actualidad recolecta y gira todos los dineros que se destinan a la salud en Colombia.

Sin intermediarios no podemos administrar el sistema

Falso. Se propone que en la contratación y autorización de pago de servicios el Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES, contratará los servicios de salud y demás requerimientos para el cumplimiento de su labor en el nivel regional, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud. Cada departamento y distrito contará con una oficina de recepción y auditoría de cuentas y de servicios de salud del respectivo Fondo Regional de Salud. El Fondo, a su vez, llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado y una unidad de análisis sobre el gasto de la red.

Me van a dejar de atender si no tengo plata

Falso. La reforma y atendiendo a la LES 1751 señala que no se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud Incluso con la reforma se eliminarán barreras tales como copagos* o cuotas moderadoras, tampoco se podrá hablar de preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.

* Con excepción de tratamientos hospitalarios y especializados NO ordenados por los CAPIRS y no originados en una urgencia vital, en los que podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud.

Será un derroche del dinero y nada controlará el gasto en atenciones innecesarias

Falso. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas relacionadas con los servicios ofrecidos, para garantizar la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir errores en los diagnósticos y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

Van a importar médicos venezolanos

Falso. Hay diversas estrategias en la reforma que garantizan la formación constante del personal de salud que responda a las condiciones de salud y enfermedad en la población del país, pero, en especial, en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de la reforma TODAS las instituciones estatales sanitarias de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios, por ende, deberán tener en formación y como prestadores a personal de las diferentes profesiones de la salud que sean nacionales.

No nos entregarán medicamentos

Falso. La Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud que contempla la reforma garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación a toda la población, según su necesidad.

La adquisición de los medicamentos y tecnologías en salud se podrá realizar para los productos de

mayor consumo, a través de subasta pública para cada año, en noviembre y con vigencia desde el 1º de enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas. Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y otras tecnologías en salud estarán abastecidas con los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del paciente en el caso de ser requerido y no disponer en el servicio farmacéutico al momento del requerimiento por parte del paciente.

Nos quitarán la medicina prepagada

Falso. Las empresas privadas que venden planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen.

Se seguirán perdiendo los dineros de la salud

Falso. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS garantizará transparencia y acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo.

Contará con tecnología de última generación inalterable que registrará todas las actividades del Sistema de Salud y ejecutará los análisis con Inteligencia Artificial (IA) que organiza y ordena el registro de todas las operaciones de cada uno de los integrantes del Sistema de Salud para proporcionar datos abiertos y en tiempo real de los procesos de participación y control social.

¿POR QUÉ SE REQUIERE ESTA REFORMA?

Porque se requiere que el Sistema de Salud desarrolle e implemente los principios de la Ley Estatutaria 1751:

No regresividad	Condición más beneficiosa	Enfoque diferencial	Transparencia
En el nivel de acceso y asistencia al sistema de salud, no pueden ser desconocidos ni desmejorados por decisiones legales o administrativas que vayan en contra a los avances que el derecho ha tenido.	Cuando existan diferentes alternativas para el cuidado y protección de una persona, se preferirá la alternativa y opción que garanticen las mejores condiciones terapéuticas y sociales para su recuperación.	- Para garantizar igualdad real y material, para reconocer las diferencias, las necesidades, superar las exclusiones e inequidades, generar respuestas sociales e institucionales en salud, con el propósito de cerrar las brechas por género, etnia o discapacidad. - Teniendo en cuenta los factores psicosociales o determinaciones económicas, culturales o ambientales.	El comportamiento ético de todos los actores que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el manejo eficaz, eficiente, oportuno y previsible de los recursos de este, para prestar atención integral, garantizar el goce efectivo y el desarrollo del derecho fundamental a la salud de toda la población.
Autonomía en la toma de decisiones del paciente	Objeción de conciencia	Principio de contigüidad	Principio de libre elección
La toma de decisiones de la persona sobre su salud y frente a las decisiones sobre su cuerpo y salud.	Que solo puede ser ejercida por personas naturales. Las instituciones prestadoras de atención médica deben garantizar al personal de la salud las condiciones para objetar conciencia y al paciente el acceso efectivo al tratamiento que ha objetado el personal de salud tratante.	Las remisiones a servicios médicos especializados se realizarán a las instituciones de prestación de servicios, disponibles y próximas a la residencia de la persona que los requiera, excepto cuando se demuestren falencias en la atención o por razones debidamente justificadas.	Las dependencias de remisión de pacientes de los CAPIRS y demás instituciones que prestan servicios de salud, de acuerdo con las Coordinaciones la Red, ofrecerán a los pacientes las opciones de escogencia de entidades para su atención especializada, del nivel de complejidad requerido según la afección.

¿CÓMO GARANTIZAMOS EL DERECHO Y EVITAMOS QUE HAYA CORRUPCIÓN CON LOS DINEROS PÚBLICOS DE LA SALUD?

Para responder a lo ordenado por la Ley Estatutaria en Salud, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas.

Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud hará control a:



Las direcciones departamentales y distritales de salud contarán con **UNIDADES ZONALES DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD** (desde 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes) unas dependencias técnicas independientes para garantizar el manejo técnico de los recursos por parte de municipios y localidades.

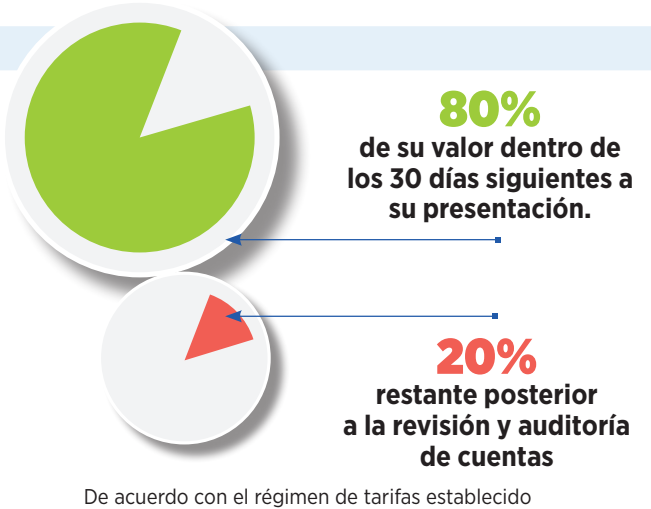
LAS COORDINACIONES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE LA RED DE SERVICIOS contarán con el equipo profesional y técnico necesario para ayudar a los CAPIRS a conseguir para sus pacientes los servicios especializados y hospitalarios de mediana y alta complejidad, ofreciendo siempre varias alternativas de centros especializados, con la oportunidad de respuesta de cada uno para el servicio demandado, a fin de que el ciudadano decida en cual institución de la red desea recibir la atención y se programe definitivamente el servicio.

LA COORDINACIÓN REGIONAL DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con posgrado en áreas de administración de salud o salud pública, igualmente apoyará, administrará y coordinará los procesos asistenciales y administrativos para los servicios de mayor complejidad que requieran traslado a otro departamento.

Cada Coordinación Territorial de las **REDES DE SERVICIOS DE SALUD** generará un informe semestral de evaluación que será presentado ante la autoridad territorial de salud, los concejos y asambleas de cada territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado al componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

Para la **GESTIÓN DE CUENTAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**. Las instituciones públicas, privadas y mixtas prestadoras de servicios de salud presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, cuentas que pagará la Adres con giros directos a los prestadores así:



EL CONSEJO NACIONAL DE SALUD será la instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá a cargo la concertación de iniciativas de política pública de salud, llevar iniciativas normativas y evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento de este.

- Estará conformado así:**
- 5 representantes del Gobierno Nacional:** el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el Ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.
 - 3 representantes de las Secretarías territoriales de Salud.**
 - 2 representantes del sector empresarial:** uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.
 - 2 representantes de las centrales obreras.**
 - 2 representantes de las asociaciones campesinas.**
 - 7 representantes de las organizaciones de pacientes, uno por cada región sociocultural del país** (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia).
 - 3 representantes de comunidades étnicas:** 1 de los pueblos indígenas, 1 de las comunidades afrocolombianas y 1 de la comunidad ROM.
 - 1 representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.**
 - 1 representante de las comunidades LGBTIQ+.**
 - 1 representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género.**
 - 2 representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud:** uno estatal y uno privado.
 - 1 representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.**
 - 1 representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.**
 - 1 representante de la profesión de Enfermería.**
 - 1 representante de las facultades de Ciencias de la Salud.**
 - 1 representante de las facultades y programas de Salud Pública.**
 - 1 representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.**
 - 2 representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud:** uno profesional y otro no profesional.
 - 1 representante de los pensionados.**
 - 2 representantes de los Centros de Atención Primaria CAPIRS**
- El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formarán parte del Consejo con voz, pero sin voto.**

Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el MinSalud con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.



FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

1

Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública.

3

Llevar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

2

Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, considerando enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. Dichas iniciativas serán presentadas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, por el ministro de Salud y Protección Social.

4

Velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud.

5

Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

LOS CONSEJOS TERRITORIALES DE SALUD tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente. Propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio.

LOS CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS REGIONALES DE SALUD serán responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región y contará con **3 representantes de los empleadores, 3 representantes de los trabajadores, 2 representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Hacienda y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.**

SE HARÁ EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CADA INSTITUCIÓN DE SALUD DEL ESTADO - ISE DEL ORDEN TERRITORIAL. El director deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

¿QUÉ MEJORA PARA LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD?

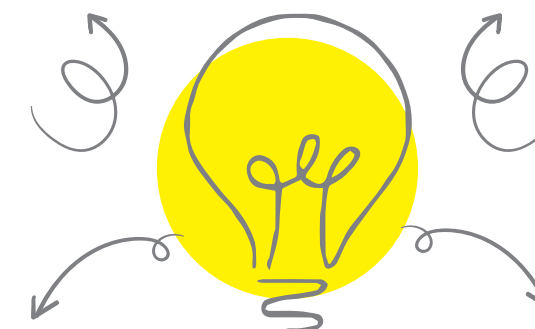
Según la evolución de las condiciones de salud y enfermedad en la población, los indicadores de salud a nivel nacional, las regiones y territorios, cada 4 años se formulará la política de Formación y Educación Superior en Salud para:

ORIENTAR LAS PRIORIDADES

de formación de personal sanitario y de especialidades médicas según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de los colombianos, las necesidades territoriales y las capacidades requeridas por la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), con enfoque familiar y comunitario.

ESTAR ACORDE

con las necesidades del Sistema de Salud. Brindar **estímulos para la formación** de especialistas y superespecialistas en las diferentes profesiones del **área de la salud que sean priorizadas por las necesidades del país.**



ESTABLECER

los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales e integradas de servicios de salud de los hospitales universitarios.

BRINDAR ESTÍMULOS

para la formación de especialistas y superespecialistas en las diferentes profesiones del **área de la salud que sean priorizadas por las necesidades del país.**

¿QUÉ MEJORARÁ PARA LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD?



Para los trabajadores de las ISE: serán trabajadores estatales de la salud y contarán con contratos de trabajo que según necesidad y trabajo requerido serán por término definido, indefinido o por obra / labor.



Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud estarán vinculadas mediante contrato de trabajo cumpliendo el Código Sustantivo del Trabajo y las leyes que tengan relación.



Se establecerán incentivos salariales y no salariales para garantizar que ejerzan regiones apartadas y dispersas.



Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.



Mediante el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se hará la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores de las entidades de salud.



Se adoptarán las políticas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.



El Gobierno Nacional organizará una Dirección, en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales para trabajadores de la salud.



El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República.

¿DE DÓNDE SALDRÁ EL DINERO PARA EL SISTEMA?



Aportes

Dinero que damos las personas y las empresas para aportar a la financiación del Sistema de Salud por contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta.

Los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado.

Los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud.

Los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.



Fondo Único Público de Salud

Constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud

Será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES,

Su inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS EN LAS CUENTAS ADMINISTRADAS POR LA ADRES

El MinSalud establecerá un recurso mínimo por persona para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, según sexo, edad, zona geográfica y otras variables que sean pertinentes para garantizar la equidad.

Cuentas	Fuentes	Destinación
Cuenta Atención Primaria Integral en Salud	● Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos. ● Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud. ● Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal. ● Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones. ● Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria. ● Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud.	● La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ● Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. ● El servicio público de atención pre-hospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. ● Se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.
Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)	● Aportes a la seguridad social en salud de trabajadores y patronos, excepto los porcentajes destinados a solidaridad y a prestaciones por incapacidad y licencias de maternidad y paternidad. ● Aportes de solidaridad de los Regímenes Especiales (REE) ● Recaudo por sanciones e intereses de mora por inoportunidad en el pago de los aportes. ● Recursos de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). ● Aportes de las Cajas de Compensación Familiar previamente destinados a la financiación de los subsidios en salud. ● Contribución sobre la prima del SOAT y la transferencia del FONSAT	● Pago de los servicios prestados de mediana y alta complejidad a la red pública y privada de servicios de salud, auditadas y reconocidas por los Fondos Regionales de Salud. ● Reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos funerarios y el pago a los terceros ocasionados por vehículos ‘fantasma’ o no asegurados. ● Financiar la prestación de los servicios en instituciones especializadas para la atención de enfermedades raras, la adquisición de medicamentos especiales para estas patologías y programas y proyectos de investigación genética dirigidos a prevenir la incidencia de enfermedades raras y disminuir su prevalencia, todo ello bajo la ordenación única del Ministerio de Salud.

Cuentas	Fuentes	Destinación
Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)	● Recursos del Presupuesto Nacional para financiar los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de los no aportantes al Sistema de Salud. ● Recursos del Presupuesto Nacional para compensar las exoneraciones de la obligación de pago de los aportes parafiscales al Sistema de Salud de las empresas y personas naturales empleadoras, establecida en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario. ● El impuesto a las armas, municiones y explosivos. ● Recursos de capital de esta cuenta y recuperaciones de aportes parafiscales dejados de recaudar. ● Aportes del Presupuesto General de la Nación previamente destinados a servicios fuera de la UPC excepto los correspondientes a enfermedades raras. ● Porcentaje que se defina para al pago de administración de los recursos del aseguramiento social. ● Contabilizará sin situación de fondos los ingresos por SOAT y otros seguros a la red hospitalaria.	● Un 0,1 % de los de los recaudos de las cotizaciones de aportes parafiscales en salud en la cuenta de servicios ambulatorios y hospitalarios Especializados conformarán un Fondo de Inversión, administrado separadamente por el ADRES, con destino a cofinanciar los Fondos Regionales de seguridad social en salud que presenten una desviación importante de las frecuencias de servicios en salud por efecto de catástrofes y epidemias. ● Pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad.
Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad	● Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. ● Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. ● Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos. ● Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.	● Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación. ● Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios. ● El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.



¿CÓMO SERÁ LA TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD?

El Sistema de Salud se implementará en forma gradual dentro de un plazo máximo de dos años a partir de la entrada en vigencia de la reforma

Para la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas sobre las decisiones que les afectan directamente.

SERVICIOS

Se organizará la prestación de los servicios de salud mediante el sistema de aseguramiento social en salud que hemos explicado.

INSCRIPCIONES

Se facilitará la infraestructura de la que se disponga en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de remisiones desde los CAPRIS y las redes integradas e integrales en los territorios que el Ministerio de Salud y Protección Social con la ADRES y las autoridades del nivel territorial determinen.

SERVICIOS BÁSICOS

Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física de cada Centro, pues no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud -CAPIRS.

CAMBIO DE LABOR

Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a través de sus redes propias, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios tanto en mediana y alta complejidad como de CAPIRS.

COMPRA INFRAESTRUCTURA

Las EPS que no se conviertan en prestadoras de servicios podrán acordar la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones con MinSalud, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda.

PROGRESIVIDAD

El MinSalud adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.

PROTECCIÓN

Las EPS que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, en ningún caso esta población quedará desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

GIROS

La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los hospitales y clínicas contratados en la red de las EPS.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS

Los pacientes en estado crítico, que se encuentren en cuidados permanentes o en tratamientos que no puedan ser interrumpidos seguirán atendidos por los mismos prestadores de servicios de salud, para garantizar la continuidad por el tiempo que se requiera, buscando que no corran ningún riesgo.





MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL
**DE LA SALUD
Y LA VIDA**

**CARTILLA
PEDAGÓGICA**

REFORMA ESTRUCTURAL
AL SISTEMA DE SALUD