



Ley Estatutaria de Salud: la implementación

Ministerio de Salud y Protección Social > Ley Estatutaria de Salud: la implementación

Boletín de Prensa No 017 de 2017

- Al cumplirse dos años de la Ley Estatutaria de Salud (LES), el Ministerio de Salud y Protección social destaca los avances más significativos.

Bogotá (D.C.), 17 de febrero de 2017.- El 16 de febrero de 2015, el presidente de la República, Juan Manuel Santos, firmó la Ley Estatutaria 1751, mejor conocida como Ley Estatutaria de Salud (LES). Era la primera vez desde la Constitución de 1991 que se reglamentaba un derecho fundamental, en este caso a la salud.

La LES recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Buena parte de los aspectos que regula ya estaban escritos –por ejemplo, el control de precios de medicamentos– aunque se encontraban dispersos en leyes, decretos, resoluciones o sentencias. En otras palabras, no partió desde cero, sino que consolidó y fortaleció derechos, deberes y mecanismos ya existentes para la protección de la salud de los colombianos.

Dividida en cuatro capítulos, la LES abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Más allá de los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regula el ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones, como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

La implementación ha sido una de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos dos años. Debido a la amplitud de los temas de que trata, ponerla en marcha ha demandado esfuerzos en distintos niveles, que van desde la introducción de herramientas novedosas hasta el seguimiento a procesos anteriores a su expedición; desde cambios de fondo hasta simples ajustes normativos.

Estos son los cinco aspectos más relevantes de la implementación de la LES.

1. Adiós CTC, bienvenido Mipres

La eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) fue la respuesta que dio el Ministerio de Salud y Protección

Social a varios artículos de la LES, pero especialmente a tres que son interdependientes: el 8, que ordena proveer servicios de manera completa; el 17, que garantiza la autonomía profesional, y el 15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó en agosto de 2016 y terminará en febrero de 2017– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el Plan de Beneficios, antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS). Su eliminación fortalece la autonomía médica –pues la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia–, y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo Mipres permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016. A la fecha se han beneficiado 49.950 pacientes gracias a las 60.940 prescripciones realizadas a través del aplicativo.

2. Todo está incluido, salvo lo expresamente excluido

Aunque la LES garantizó a los colombianos la prestación de servicios de manera completa e integral, ordenó al Ministerio de Salud adoptar un procedimiento técnico-científico para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por seis posibles motivos: que fueran cosméticos, estuvieran en fase de experimentación, no tuvieran eficacia ni efectividad clínica, no estuvieran aprobados por el Invima o se prestaran en el exterior.

En cumplimiento de lo ordenado por el Congreso, la cartera de Salud llevó a cabo una decena de talleres y elaboró el mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica. El mecanismo consta de cuatro fases, goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud (ver boletín adjunto).

3. Menos barreras para la afiliación

Una estrategia para facilitar, entre otros aspectos, la accesibilidad al sistema de salud (artículo 6, numeral c) consistió en la actualización de la reglamentación relacionada con los procesos de afiliación y acreditación de derechos de los afiliados.

El Decreto 2353 de 2015, además de unificar y actualizar las reglas de afiliación al sistema de salud, reduce trámites y procesos para los ciudadanos y crea el Sistema de Afiliación Transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de afiliados.

Este mecanismo elimina cualquier barrera de acceso a los servicios originada en la actualización de bases de datos, y servirá como un único comprobador de derechos de los afiliados. El sistema está en sus primeras fases de implementación. La meta es lograr la consolidación plena y la sensibilización de la población durante el presente año.

4. Sanciones por negación de servicios

El artículo 14 de la LES prohibió la negación de prestación de servicios y estableció que, cuando se trate de una atención de urgencia, no debe solicitarse ninguna autorización previa. Prácticas de esta índole –y, en términos generales, las barreras de acceso– han sido fuertemente sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con mayor énfasis desde la expedición de la LES.

Muestra de ello es que mientras en 2014 la Supersalud impuso sanciones por 15.500 millones de pesos, en 2015, tras la entrada en vigencia de la LES, estas multas ascendieron a 71.200 millones, y en 2016, a 75.800 millones. Específicamente por fallas en la prestación de servicios, las multas fueron de 7.100 millones en 2014, de 46.700 millones en 2015 y de 49.800 millones en 2016.

5. Política Integral de Atención en Salud (PAIS)

La Política Integral de Atención en Salud, presentada el 16 de febrero de 2016, fue una respuesta transversal a lo establecido en la LES, en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud.

Una docena de departamentos ya anunciaron su intención o están en proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se definió en la PAIS. Estos son Boyacá, San Andrés, Huila, Risaralda, Tolima, Vichada, Cauca, La Guajira, Guainía, Chocó, Antioquia y Bogotá, además de las Fuerzas Militares.