



## **Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país**

**Los colombianos recibirán lo que el médico recete, a menos que esté en listado de exclusiones.**

El viernes entró en vigencia plena la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751), sancionada en febrero del 2015 por el presidente Juan Manuel Santos y que dio un plazo de dos años para remplazar el Plan Obligatorio de Salud (POS) por un mecanismo que les permita a los usuarios recibir del sistema de salud todo lo que el médico les formule, con algunas excepciones específicas.

Desde entonces, el nuevo estatuto ha sido objeto de varias reglamentaciones. De hecho, la última fue anunciada el mismo viernes. Sin embargo, la gente aún no comprende sus alcances ni qué cambió en su relación con los prestadores del servicio de salud.

Las siguientes preguntas y respuestas abarcan los aspectos principales de esta norma, que impacta a 49 millones de colombianos.

### **¿Qué es una ley estatutaria?**

Se trata de una norma con un rango superior al de las leyes que usualmente se tramitan en el Congreso de la República. Las leyes estatutarias amplían el ámbito de la Constitución Política, mientras que las ordinarias la desarrollan.

### **¿Es atinado decir que esta ley constituye una reforma de la salud?**

En sí misma, no. Sin embargo, aporta el marco normativo (las reglas de juego) para cambiar muchas cosas del sistema de salud. En otras palabras, a partir de esta ley estatutaria se pueden hacer reformas.

### **¿Cuál es su verdadero alcance?**

Elevó la salud al nivel de derecho fundamental autónomo y dio pautas para regularlo. Como la salud no fue definida por la Constitución como un derecho fundamental, su defensa mediante mecanismos como la acción de tutela requería la invocación de derechos que sí lo fueran, como el derecho a la vida. Por eso ahora se habla de la salud como derecho autónomo: porque ya no necesita apelar a otro.



**¿En qué cambia eso la situación actual?**

Como se trata de un derecho fundamental, significa que la salud –entendida como la promoción de la misma, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos– debe ser garantizada por el Estado a todas las personas, sin distingo de ninguna clase.

**¿El sistema de salud no ofrecía ya todo eso, al menos en el papel?**

No. En la Constitución de 1991 la salud estaba consagrada como un servicio y desde entonces ha venido evolucionando (hasta alcanzar la categoría de derecho fundamental autónomo). No obstante, la gente tenía que recurrir a la justicia para hacerlo valer, mediante mecanismos como la acción de tutela. La ley estatutaria trata de evitar esto.

**¿Qué significa eso en la práctica?**

A partir de la expedición de la Ley 1751, la salud de la gente está por encima de cualquier consideración y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden negarle la atención a una persona, imponerle demoras o trabas, ni esgrimir razones económicas para no prestarle servicios.

**¿Eso significa que esta ley le permitirá a la gente pedir todo lo que quiera?**

No lo que quiera, sino lo que necesite para recuperarse, sin incurrir en excesos. El sistema garantizará lo justo, determinado por el criterio de los médicos, quienes deben actuar con ética y autorregularse para no poner en riesgo los recursos del sistema, que no son infinitos y pertenecen a todos los colombianos.

**¿Quiere decir que se acaba el POS, ese listado de cosas a las que uno tiene derecho?**

Sí. La norma consagra que el servicio de salud debe prestarse de manera integral, no parcial o pedaceada. Por ejemplo: al tratar una enfermedad de alto costo (como el cáncer) suele ocurrir que, como algunos medicamentos y servicios que se requieren están por fuera del POS, los pacientes deben pedirlos vía tutela, comprarlos o quedarse sin ellos. Con la nueva ley queda claro que estos pacientes recibirán lo que necesiten para recuperarse.

**¿A qué cosas no tienen derecho los usuarios del sistema?**



A todos los servicios de tipo estético, suntuario o cosmético. Tampoco a terapias, medicamentos o tratamientos experimentales cuya eficacia no esté científicamente probada, o a aquellos que se ofrezcan en el exterior, sabiendo que en Colombia hay alternativas.

**Si estoy afiliado al régimen contributivo y me quedo sin trabajo, ¿qué pasa con mi afiliación a la EPS?**

Las personas estarán afiliadas al sistema de salud, no a una EPS. En ese sentido, ya existe la movilidad entre regímenes. Si se demuestra que alguien no tiene con qué seguir cotizando, porque perdió su trabajo o por otra razón, podrá seguir con sus tratamientos en el régimen subsidiado.

**¿Pero siguen existiendo el régimen contributivo y el subsidiado?**

Sí. La diferencia está en que quien tiene con qué pagar, paga, y el que no, está subsidiado. Pero en cuanto a beneficios y derechos, todos son iguales. En eso no hay ninguna distinción.

**¿Es cierto que la ley mejora las condiciones para la gente de las zonas apartadas?**

La norma plantea atención especial para las zonas dispersas: a sus habitantes debe garantizárseles no solo la afiliación (como hasta ahora), sino la disponibilidad de una red de servicios y las condiciones óptimas para acceder a ellos.

**¿Qué pasará con las EPS?**

Las EPS, los hospitales, los médicos, las farmacéuticas y los demás actores del sistema deben adaptar su funcionamiento a la nueva norma. De no hacerlo, no podrán trabajar con el sistema de salud.

**¿Hay recursos económicos suficientes para cumplir con una ley tan ambiciosa?**

No hay un consenso sobre la respuesta a esta pregunta. Algunos estudios estiman en dos billones de pesos los costos adicionales durante el primer año de vigencia de la ley. Acemi, el gremio que reúne a las principales EPS del régimen contributivo, dice que el sistema ya tiene un desequilibrio financiero, que podría agravarse con las nuevas exigencias. En contraste, los médicos que propusieron la ley sostienen que los recursos



financieros con los que cuenta el sistema son suficientes, siempre y cuando se reorienten y se controlen rigurosamente.

#### **Lo que no se cubrirá con dinero público**

El Plan Obligatorio de Salud (POS), creado por la Ley 100 de 1993, dejó de existir por cuenta del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, que plantea un nuevo mecanismo para definir las prestaciones a las que tienen derecho los afiliados al sistema. En esencia, la norma invierte las cosas: en lugar de un listado de los beneficios (el POS), le exige al Ministerio de Salud que defina todo aquello a lo que los usuarios no tienen derecho. En otras palabras, el Gobierno debe elaborar una lista pública de servicios excluidos, los cuales no podrán ser exigidos por nadie, salvo casos muy excepcionales. Estos son los principales criterios de exclusión definidos por la ley:

#### **Tratamientos en el exterior que puedan brindarse en el país**

No se cubrirá con dineros públicos ningún procedimiento en el exterior que tenga un referente de aplicación en Colombia o respecto del cual haya alternativas locales con desenlaces similares a los ofrecidos en otros países.

#### **Lo experimental**

El sistema de salud no pagará tratamientos experimentales. Esto quiere decir que si los pacientes entran a formar parte de estudios, protocolos de investigación o complementos académicos para probar la efectividad de medicamentos, procedimientos o procesos sanitarios de cualquier índole, los gastos en los que se incurra deberán ser cubiertos por el titular de la investigación y no con recursos públicos.

Lo que no tenga evidencia científica

Todos aquellos elementos que no estén soportados de manera técnica o científica no podrán ser cubiertos por el sistema. Se respetan los tratamientos de las comunidades indígenas, siempre y cuando sean aplicados a integrantes de las mismas.

#### **Lo cosmético**

Todos los elementos considerados cosméticos, es decir, procedimientos y cirugías estéticas, insumos y medicamentos para mejorar condiciones que no están definidas como enfermedad, quedan por fuera del sistema. Los procedimientos de reconstrucción o



remodelación funcional que formen parte del tratamiento de enfermedades sí quedan incluidos. Por ejemplo, la reconstrucción del seno después de una mastectomía o los arreglos funcionales y estéticos en procesos traumáticos, como las quemaduras.

#### **Exclusiones se consultarán con pacientes**

En cumplimiento de la Ley Estatutaria, el Ministerio de Salud presentó el viernes la metodología para determinar qué servicios y tecnologías no se pagarán con recursos públicos.

Mediante una resolución, se definió un mecanismo de cuatro fases. En la primera, “de nominación y priorización”, cualquier actor del sistema de salud (inscrito en la página web del Ministerio) podrá considerar que determinada prestación no debería ser pagada con dinero público o todo lo contrario.

Después viene la “fase de análisis”, a cargo del Grupo de Análisis Técnico-Científico (conformado por expertos independientes, federaciones de profesionales del sector, la Academia de Medicina y Ascofame), con el apoyo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Iets).

Si el proceso sigue adelante, entra a la “fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía”, cuyos garantes serán las veedurías ciudadanas del ramo y la Defensoría del Pueblo.

Finalmente se llega a la “fase de remisión del concepto técnico científico y de la recomendación”. En esta se envía al Minsalud el concepto emitido por el Grupo de Análisis, así como el consolidado de las opiniones ciudadanas, que se publicarán en la web.