

PONENCIA NEGATIVA

“Reforma a la salud”

Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones

SENADORES PONENTES

LORENA RIOS CUELLAR – *PARTIDO COLOMBIA JUSTA LIBRES*

NADIA BLEL SCAFF - *PARTIDO CONSERVADOR*

ALIRIO BARRERA - *PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO*

MIGUEL ÁNGEL PINTO - *PARTIDO LIBERAL*

BERENICE BEDOYA - *PARTIDO ASI*

MARZO | 2024



Bogotá D.C., marzo 12 de 2024

Señor:

PRÁXERE OSPINO

Secretario

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL

SENADO DE LA REPÚBLICA

Ciudad.

Asunto: Informe de Ponencia **Negativa** para Primer Debate del Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.

Respetado Secretario:

En cumplimiento del honroso encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República conforme a las resoluciones 001 del 19 de enero de 2024 y 002 del 21 de febrero de 2024, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 arts. 150, 153 y 156, en nuestra calidad de ponentes, nos permitimos radicar en los términos establecidos, Informe de **PONENCIA NEGATIVA** que solicita a los integrantes de la Comisión, dar **ARCHIVO A LA REFORMA A LA SALUD**, proyecto de ley cuyo consecutivo y título hemos mencionado en el asunto.

Cordialmente,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO COLOMBIA JUSTA LIBRES

NADIA BLEL SCAFF
SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CONSERVADOR

ALIRIO BARRERA
SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO

MIGUEL ÁNGEL PINTO
SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO LIBERAL

BERENICE BEDOYA
SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO ASI

INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PRIMER DEBATE

Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones

CONTENIDO

RESUMEN DE LA PONENCIA	5
INTRODUCCIÓN	8
GLOSARIO	10
1. ¿POR QUÉ DEBEMOS ARCHIVAR ESTA PROPUESTA DE REFORMA?	15
2. ANTECEDENTES	25
3. LA “CRISIS EXPLICITA”	31
4. “EL PUNTO DE NO RETORNO”	34
5. MARCO JURÍDICO	37
6. TAXONOMÍA Y ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LOS SISTEMAS SALUD	40
7. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO	42
8. AVANCES Y LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	50
8.1. DISMINUCIÓN EN LAS TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE	53
8.2. BAJO GASTO PRIVADO O “DE BOLSILLO” EN SALUD	58
8.3. AUMENTO EN LA COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD.	64
8.4. AUMENTO DE LOS BENEFICIOS EN SALUD	69
8.5. AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA	76
8.6. UN SISTEMA SOLIDARIO DESTACADO EN EL MUNDO	79
8.7. SISTEMA QUE CONTRIBUYE A REDUCIR BRECHAS DE EQUIDAD	80
8.8. GESTIÓN DEL RIESGO: HACER MUCHO CON POCOS RECURSOS	81
8.9. OTROS LOGROS.....	83
9. SISTEMA DE SALUD RESILIENTE: Pandemia Covid-19	86
10. RETOS DEL SISTEMA DE SALUD	88

11.	¿CÓMO USA LOS RECURSOS EL ACTUAL SISTEMA?	94
12.	LO QUE SE DEBE HACER Y ESTA REFORMA NO RESUELVE	104
12.1.	DÉFICIT DE PROFESIONALES EN SALUD	105
12.2.	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN TERRITORIOS APARTADOS, DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y, ATENCIÓN PRIMARIA.....	106
12.3.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.....	109
13.	ARCHIVO A UNA REFORMA MAL CONCEBIDA	112
13.1.	REFORMA CON ERRORES EN SU CONSTRUCCIÓN	112
13.2.	REFORMA INCONSTITUCIONAL.....	114
13.3.	REFORMA CON VICIOS EN SU TRÁMITE	116
13.4.	REFORMA INCONVENIENTE	117
13.5.	REFORMA NO CONCERTADA.....	121
14.	MESAS TÉCNICAS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD	122
14.1.	MESA 1: ASPECTOS RELACIONADOS CON LICENCIAS, PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS.....	128
14.2.	MESA 2: CONDICIONES LABORALES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	131
14.3.	MESA 3 EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA DE SALUD	133
14.4.	MESA 4: FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNANZA DEL SISTEMA Y USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD.....	138
14.5.	MESA 5: EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EQUIPOS EXTRAMURALES Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD	139
14.6.	MESA 6: ASPECTOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD (FLUJO DE RECURSOS Y PAGOS, FUENTES Y USOS, VALORACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD)	142
14.7.	MESA 7: ASPECTOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD (ENDEUDAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA)	145
15.	NOTAS A ARGUMENTOS PRESENTADOS EN PONENCIA POSITIVA	148
16.	ERRORES “MATERIALIZADOS” EN EL ARTICULADO PROPUESTO	152
17.	LA RUTA PARA FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	162
18.	IMPACTO FISCAL DE LA REFORMA	166
19.	CONFLICTOS DE INTERES	172
20.	PROPOSICIÓN	177

INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PRIMER DEBATE

Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones

RESUMEN DE LA PONENCIA

Lamentablemente para los colombianos, a pesar del momento político y la oportunidad que tenemos de construir una reforma que contribuya a superar retos que persisten en nuestro sistema de salud, tales como:

1. **Lograr mayor equidad:** instalar capacidades de atención y rápida respuesta en zonas rurales y con mayores retos socioeconómicos, tanto a través de infraestructura como del talento humano en salud y las tecnologías de la salud más adecuadas.
2. **Brindar mejores condiciones para el talento humano en salud:** formular los mecanismos de financiamiento para mejorar condiciones contractuales, horarios y cargas laborales, capacidades resolutivas, formación continuada.
3. **Eliminar barreras de acceso y avanzar hacia una atención más rápida y oportuna:** permitiendo que más colombianos puedan acceder a los servicios de salud que requieren de especialistas y tecnologías especializadas con mayor rapidez.
4. **Garantizar sostenibilidad financiera:** pagos oportunos a prestadores sin comprometer la continuidad en la prestación de servicios de salud.

El proyecto de ley propuesto por el Gobierno Nacional, de acuerdo con los estudios adelantados por los ponentes que incluyen la escucha a altos funcionarios y técnicos al frente de la formulación de la reforma a la salud, así como a expertos salubristas y centros de pensamiento, concluye que definitivamente la reforma no avanza en la consecución de esos objetivos y **tampoco cuenta con las claridades que permitan afirmar que los ajustes propuestos en el articulado representan un avance en el goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos**, sino que por el contrario, **su eventual implementación implicará un retroceso para el sistema de salud, amenazando y poniendo en riesgo la vida de millones de colombianos que hoy reciben cuidado, acompañamiento y atención de un sistema que aún susceptible de mejorar, cuenta con logros muy destacados.**

Ante tal magnitud de inconveniencia, los ponentes coinciden en la responsabilidad de dar archivo a esta iniciativa legislativa. Sin dejar de reconocer que una reforma es necesaria y por ello aportan a la discusión elementos para construir “la Reforma a la Salud que sí necesita el país”.

Colombia, sí necesita una reforma a su sistema de salud, pero esto no puede ser a costo de perder las garantías del derecho individual a la salud que hoy se garantiza a través de la UPC que financia un plan de beneficios y de un asegurador que responde por ellos gestionando de manera destacada la gestión integral del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema. Tampoco podemos sacrificar la cobertura universal que hemos logrado y que hoy permite a los colombianos acceder a un plan de beneficios integral y recibir atenciones en todo el territorio nacional.

De igual manera, tampoco podemos sacrificar los avances del sistema de salud para garantizar la prestación del servicio de salud de manera integrada en todos los niveles de atención, sin importar el nivel de ingresos de las familias que hoy tiene una protección financiera que supera ampliamente la de muchos países en la región y el mundo. La libertad de elección y el grado de articulación que ha consolidado el sistema para brindar atención integral de los usuarios es un activo nacional y un logro mancomunado de la sociedad colombiana que NO SE PUEDE PONER EN RIESGO.

Sí debemos avanzar en el fortalecimiento de la atención primaria, de la infraestructura pública, las mejores condiciones del talento humano en salud y mejores condiciones de salud en zonas rurales, pero esto lo podemos lograr a través de una estrategia de financiamiento y articulación de un sistema de salud especial para la población rural dispersa. Para lograr los recursos es imperativo y urgente acatar las ordenes de la Corte Constitucional respecto a ajustar metodología de cálculo de la UPC y presupuestos máximos, así como su pago oportuno.

Debemos concentrar nuestros esfuerzos en avanzar en la oportunidad de atención de especialidades y eliminar barreras para el acceso a los servicios, superar el déficit de especialistas que generan retrasos en la atención para lo cual tenemos en la Ley 1438 la herramienta para que los Hospitales Universitarios sean formadores de nuevos especialistas. La articulación e interoperabilidad de nuestros sistemas de información, la optimización de la red de prestación de servicios en todo el territorio nacional, la depuración y consolidación de los aseguradores que son efectivos y capaces de lograr una adecuada gestión del riesgo es también una tarea en la que debemos enfocarnos.

La infraestructura sanitaria, la penetración de la telemedicina y el fortalecimiento de nuestros equipos médicos en zonas apartadas deben estar entre las prioridades. Para ello necesitamos brindar mayor financiamiento y sostenibilidad al sistema. Fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con mayor transparencia.

Adicionalmente, como lo han propuesto senadores que acompañan esta ponencia a través de iniciativas legislativas puestas a consideración del Congreso de la República, se deben establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, sanciones para EPS que no cumplan. Asignarle la atención rural a un asegurador con una UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, establecer tope de contratación con Empresas Sociales del Estado, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo. Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, historia clínica interoperable y la creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones, entre otros temas que insistimos, no requieren reforma del sistema.

Toso estos objetivos mencionados, son plausibles y debemos perseguirlos como sociedad para ampliar los logros de nuestro sistema de salud.

Definitivamente, **el proyecto de ley plantea una serie de transformaciones innecesarias e inconvenientes** y, además, no responde a un ejercicio responsable en el diseño de la política pública, necesaria para el abordaje de algo tan sensible para la población colombiana como lo es LA VIDA Y LA SALUD.

Por todo lo anterior como ponentes, reiteramos que este proyecto de ley debe ser ARCHIVADO y expresamos nuestra buena voluntad para concertar con los distintos actores del sistema la ruta para el fortalecimiento del sistema de salud que sea efectiva y responsable con el derecho a la vida y la salud de los colombianos.

INTRODUCCIÓN

El documento a continuación costa de un total de 20 capítulos que desarrollan los argumentos que justifican la inconveniencia y la necesidad de dar archivo a este proyecto de ley. Contienen la evidencia, el sentir de los pacientes, las opiniones de expertos salubristas y de los actores del sistema de salud.

Como punto de partida se incluye un **glosario** para facilitar la comprensión de algunos conceptos clave para comprender el funcionamiento del sistema de salud colombiano. Posteriormente, el **primer capítulo** presenta el resumen de los argumentos que justifican de manera general ¿Por qué debemos archivar la reforma propuesta?, el **capítulo 2** señala los antecedentes de la iniciativa, en los que relata el trámite legislativo y resalta el trabajo adelantado por los ponentes para el estudio y construcción de esta ponencia.

Los **capítulos 3 “Crisis explícita” y 4 “El punto de no retorno”**, plantean una discusión sobre la difícil coyuntura que en materia de financiación atraviesa el sistema, visibilizando los riesgos de no tomar acciones para garantizar los recursos requeridos. El Capítulo 5, presenta un resumen de la evolución de las instituciones jurídicas que han sido concertadas por el Congreso de la República en su historia reciente y han sido piedras fundamentales para consolidar las capacidades del sistema de salud.

El **Capítulo 6**, presenta una breve taxonomía y aspectos fundamentales de los sistemas de salud que permitirán al lector a la luz de los principios comprender los avances consolidados por el sistema de salud colombiano. El **capítulo 7**, presenta un análisis comparado del desempeño del sistema de salud colombiano en contraste con otros países latinoamericanos y europeos, poniendo en evidencia que los logros en materia de aseguramiento son relevantes, destacados y merecen ser salvaguardados; mientras el **capítulo 8** desarrolla con mayor nivel de detalle dichos logros desde aspectos fundamentales de la salud pública como la reducción de la mortalidad evitable, del gasto de bolsillo; el aumento en la cobertura del sistema de salud, del plan de beneficios y la expectativa de vida; adicionalmente, presenta los logros consolidados en materia de solidaridad, reducción de brechas de equidad, la gestión del riesgo que permite al sistema “hacer mucho con pocos recursos” y otros logros alcanzados.

El **capítulo 9**, presenta algunos detalles de la resiliencia probada del sistema ante la situación de la pandemia COVID – 19, mientras el **capítulo 10** reconoce cuáles son los retos del sistema apuntando a construir el derrotero de la que debe ser la ruta para su fortalecimiento.

El **capítulo 11** muestra detalles de ¿Cómo usa los recursos el sistema actual?, este capítulo contiene estimaciones de las implicaciones de la siniestralidad de la UPC, demostrando que solamente en los últimos 5 años, el sistema ha acumulado presiones deficitarias por un valor cercano a los \$11,7 billones de pesos, lo cual explicaría esencialmente las cifras de deudas actuales del sistema, reconociendo la asertividad de la Corte Constitucional al ordenar el pronto pago de las deudas del Estado colombiano con las EPS y de los recursos de los Presupuestos Máximos, así como sus metodologías de ajustes. Los ponentes acompañan esta sentida petición de las organizaciones de pacientes y esperan que la orden de la Corte Constitucional sea acatada en los términos establecidos.

El **capítulo 12**, desarrolla la línea argumentativa de lo que se debe hacer para fortalecer el sistema de salud y la propuesta de reforma no resuelve, elementos sustanciales que constituyen la justificación del archivo del proyecto de ley; adicionalmente, en el **capítulo 13** se desarrollan argumentos que sustentan la afirmación de que esta es una reforma que debe ser archivada dado que en esencia está mal construida y presenta errores estructurales en su diseño, vicios de trámite e inconstitucionalidad, así como elementos altamente inconvenientes y problemas en su concertación.

El **capítulo 14**, detalla los hallazgos de los ponentes en el estudio de la reforma a la salud como resultado de las mesas técnicas lideradas por la Senadora Lorena Ríos, vicepresidente de la Comisión Séptima y una de las autoras de esta ponencia de archivo. En las mesas participaron distintos actores clave del sistema de salud, desde las entidades del orden nacional, asociaciones de pacientes y usuarios, expertos, académicos, centros de pensamiento, gremios, aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Por otra parte, el **capítulo 15**, presenta algunas consideraciones de los ponentes respecto a la insuficiencia de los argumentos presentados en la ponencia positiva presentada por la Bancada de Gobierno al proyecto de ley y en el **capítulo 16**, se detallan cómo los errores en la formulación de la iniciativa legislativa así como los riesgos identificados por los ponentes en su posible implementación se traducen en disposiciones legales altamente inconvenientes que están plasmadas en el articulado y ponen en evidencia tanto la inseguridad jurídica como las afectaciones que ocasionaría en materia de atención integral para los pacientes y usuarios del sistema de salud.

El **capítulo 17**, esboza un derrotero concertado por los ponentes que incluye propuestas de la sociedad civil respecto de las discusiones necesarias y la ruta para el fortalecimiento del sistema de salud colombiano. Así mismo, el **capítulo 18**, presenta análisis relacionados con la ausencia del concepto de impacto fiscal exigido por el ordenamiento jurídico colombiano de manera explícita y taxativa para proyecto de iniciativa del poder Ejecutivo, evidencia cómo los errores cometidos en el diseño de la reforma hoy plantean un escenario en el que sus costos no han sido identificados y cuantificados de manera responsable por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debido a que los vacíos técnicos en la formulación del proyecto de ley no han permitido el ejercicio responsable de prospectiva de las finanzas de la Nación, así como la compatibilidad de dichos gastos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Finalmente, el **capítulo 19** delimita las disposiciones jurídicas y jurisprudenciales para orientar la toma de decisiones de los miembros de la Comisión respecto de un posible conflicto de interés, para concluir con el **capítulo 20** que contiene la proposición de archivo firmada por los Senadores Ponentes: **Lorena Ríos Cuellar** (Colombia Justa Libres), **Nadia Blel Scaff** (Partido Conservador), **Alirio Barrera** (Partido Centro Democrático), **Miguel Ángel Pinto** (Partido Liberal), y **Berenice Bedoya** (Partido ASI) quienes con el apoyo de los Senadores **Honorio Henríquez** (Partido Centro Democrático) y **José Alfredo Marín** (Partido Conservador) proponen a los demás Senadores integrantes de la Comisión Séptima Constitucional Permanente dar **ARCHIVO** a este proyecto de Reforma a la Salud.

GLOSARIO

Fuentes de financiación del Sistema de Salud Colombiano: se financia con recursos del Sistema General de Participaciones, del Presupuesto General de la Nación y los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PBS: Plan de Beneficios en Salud, se trata de los medicamentos, servicios y tecnologías en salud a los que puede acceder cualquier persona afiliada al sistema, antes llamado POS. El PBS es el mismo para los usuarios del régimen contributivo o del régimen subsidiado. Esta situación es así desde el año 2011, anteriormente existían diferencias en los servicios de salud a los que podían acceder los colombianos. Se define mediante resolución anualmente.

UPC: Unidad de Pago por Capitación, es el valor por el que cada colombiano está asegurado y por el que se paga a la EPS aseguradora. Es distinta para la población rural y urbana, también por edades, se calcula por un valor anual y el ADRES lo gira mensualmente a las aseguradoras. La UPC cubre las tecnologías en Salud incluidas en el PBS.

La UPC es un “invento colombiano” que materializa la solidaridad y la igualdad ante el sistema de salud, cualquier persona, indistinto su nivel de ingreso, será asegurada por el mismo valor de UPC.

Presupuestos Máximos: con este dinero se financian las tecnologías en salud no incluidas en el PBS. Esto incluye medicamentos para enfermedades huérfanas, servicios sociales complementarios (como pañales para bebés), complementos nutricionales y medicamentos nuevos, entre otros.

Exclusiones: son las tecnologías en salud que no pueden financiarse con recursos públicos.

EPS: Entidad Promotora de Salud, es la encargada de la gestión del riesgo en salud del sistema, organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud, afiliaciones, captación de aportes de los afiliados, organización prestación de servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales y laborales

ADRES: la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES - es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles¹.

Afiliación: es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud².

¹ <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres>

² <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

Alto costo: son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.³

Atención primaria en salud (APS): es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas 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 etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación⁴.

Atributos de la Calidad en la Atención en Salud⁵:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren
- **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.
- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención

Auditoría en salud⁶: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Base única de afiliados (BDUA)⁷: es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).

Calidad de la atención en salud⁸: es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.

³ <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

⁴ Declaración de Alma Ata (Art. VI)
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/atencion-primaria-salud-historico-conceptos-enfonques-ops.pdf>

⁵ <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-atenci%C3%93n-en-salud.aspx>

⁶ <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx#:~:text=%E2%80%8BEs%20el%20mecanismo%20sistem%C3%A1tico,salud%20que%20reciben%20los%20usuarios.>

⁷ <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

⁸ https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Cobertura sanitaria universal⁹: Es que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello.

Contribuciones parafiscales¹⁰: son los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la Ley, que afectan a un determinado y único grupo social y económico y se utilizan para beneficio del propio sector. Para el caso de las contribuciones parafiscales de la protección social, debe entenderse aquellas destinadas a la financiación del funcionamiento y las prestaciones derivadas de la protección social, ya sea que estén a cargo de los empleadores, de los trabajadores o de ambos. Estas incluyen las contribuciones de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación, SENA e ICBF. Los recursos parafiscales no entran a engrosar las arcas del presupuesto nacional, se incorporarán al presupuesto solamente para registrar la estimación de su cuantía y en capítulo separado de las rentas fiscales y su recaudo será efectuado por los órganos encargados de su administración.

Enfermedades raras: enfermedades raras son aquéllas que se presentan con escasa frecuencia en la población general y afectan a un número reducido de personas en una población determinada o sea son de baja prevalencia o de menos de 5 personas por cada 10.000 hbs (0,5 por cada 1000 o 0,05 por cada 100)

Empresa Social del Estado¹¹: Categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico definido.

Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB)¹²: se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

Financiamiento¹³: proceso de viabilizar y mantener en marcha un proyecto, negocio o emprendimiento específico, mediante la asignación de recursos capitales (dinero o crédito) para el mismo. Dicho más fácilmente, financiar es asignar recursos capitales a una iniciativa determinada.

⁹ [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)#:~:text=Sinopsis,sufrir%20dificultades%20econ%C3%B3micas%20por%20ello.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)#:~:text=Sinopsis,sufrir%20dificultades%20econ%C3%B3micas%20por%20ello.)

¹⁰ Ley 179/94, artículo 12. Ley 225/95, artículo 2

¹¹ <https://repositoriocdim.esap.edu.co/bitstream/handle/123456789/10142/3831-7.pdf?sequence=7>

¹² <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

¹³ <https://concepto.de/financiamiento/#ixzz8U6AdFe6O>

Gastos de bolsillo: son los pagos directos que tiene que hacer los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos (no incluidos en el PBS), hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, entre otros¹⁴.

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)¹⁵: son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

Plan de beneficios en Salud (PBS)¹⁶: es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho

Planilla integrada de liquidación de aportes (PILA)¹⁷: es una ventanilla virtual que permite el pago integrado de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas en los que el cotizante está obligado a aportar.

Portabilidad¹⁸: es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

Protección social¹⁹: es el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

Redes integradas en salud²⁰: son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del modelo integral.

Reforma²¹: aquello que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en algo.

Régimen contributivo²²: el régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un

¹⁴ <https://consultorsalud.com/gastos-del-bolsillo-en-salud-en-colombia/>

¹⁵ <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

¹⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>

¹⁷ <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20contributivo%20es%20un,por%20el%20afiliado%20o%20en>

¹⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

¹⁹ https://www.sena.edu.co/es-co/ciudadano/Lists/glosario_sena/DispForm.aspx?ID=12&ContentTypeId=0x0100D3A8BC444C104E43840BB7D7E24AAA81

²⁰ <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/>

²¹ <https://dle.rae.es/reforma>

²² <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20contributivo%20es%20un,por%20el%20afiliado%20o%20en>

aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado²³: un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad

El régimen subsidiado es el mecanismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS mediante el cual la población pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio parcial o total que ofrece el Estado.

Seguridad social: La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. (...). Art 48 Constitución de 1991²⁴.

SISBEN²⁵: es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan.

Sistema de salud: el sistema de salud de una nación ha sido definido por la OMS como “todas aquellas actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)²⁶: es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan.

Solidaridad²⁷: adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros.

Subsidio a la demanda: financiar la afiliación de las personas de bajos recursos a la seguridad social.

Susidio a la oferta²⁸: el subcomponente de Subsidio a la Oferta se define como una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por

²³ <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensusubiado/Paginas/regimen-subsidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado.>

²⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/cartilla-abc-sistema-proteccion-social-2006-pars.pdf>

²⁵ <https://www.sisben.gov.co/Paginas/que-es-sisben.html>

²⁶ <https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/informacion-sobre-afiliacion-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud>

²⁷ <https://dle.rae.es/solidaridad>

²⁸ <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=84147>

terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Viabilidad²⁹: que tiene probabilidades de llevarse a cabo o de concretarse gracias a sus circunstancias o características.

1. ¿POR QUÉ DEBEMOS ARCHIVAR ESTA PROPUESTA DE REFORMA?

Hoy en día, la Ley 100 de 1993 permite que las EPS según los recursos que manejan puedan negociar con las IPS sobre los costos de los tratamientos a los que tendrán acceso los usuarios, sin embargo, esta función no está contemplada en el texto de la reforma, motivo por el que los costos que asumirá el Estado Colombiano tal y como lo propone la reforma, al pagar por los servicios será mucho más alto.

La reforma propuesta acaba totalmente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y no prevé un sistema mixto, esta reforma sugiere un sistema de salud esencialmente público en todas sus funciones y se excluye la figura del aseguramiento. Si bien se plantea el aseguramiento social y la transformación de las EPS en Entidades de Gestión y Vida, dichas entidades no ejercerán ninguna función relevante en el nuevo modelo y tampoco va a asegurar o manejar riesgos, sin dejar de lado que el aseguramiento social no está decantado doctrinal ni jurisprudencialmente y deja indeterminada la responsabilidad del afiliado, paciente o usuario del sistema.

Se intenta confundir, en la reforma propuesta, mencionando el artículo 4 de la Ley estatutaria de salud, 1751 de 2015, sin actualizar de manera concreta, eficiente y directa el servicio público de seguridad social en salud, desde la óptica del aseguramiento y no del asistencialismo, para lograr de esta manera los cometidos de la ley estatutaria, se considera por el contrario, que esta reforma desconoce los avances del sistema general de seguridad social en salud como punto de partida irreductible para lograr la consecución del derecho a la salud

También desconoce la reforma propuesta por este gobierno que la Corte Constitucional mediante sentencia C- 314 de 2014. precisó el texto del artículo 4 de la ley 1571 de 2015, en lo atinente a la expresión el *Estado disponga*, para aclarar que no se trata del establecimiento de un criterio facultativo para las autoridades públicas, sino de un mandato que encuentra límites en el principio de no regresividad, a partir del cual, la prerrogativa y a su vez el deber que tiene el Estado de disponer de los diversos elementos que conforman el sistema de salud, “*tiene como punto de partida los hoy existentes para el logro y la realización del derecho*”

La reforma no cuenta con evidencia de ningún tipo que garantice que lo propuesto nos llevará a una mejor prestación del servicio de salud, y que las falencias del sistema actual queden 100% superadas con el nuevo modelo que se quiere imponer, por el contrario consideramos que eventualmente puede presentarse una regresividad en el derecho a la salud de los

²⁹ https://definicion.de/viabilidad/#google_vigente

colombianos por cuanto se pierden o desdibujan las responsabilidades, se presenta una omisión de herramientas y mecanismos para la garantía del derecho, depende casi en su totalidad al desarrollo de las redes de servicio y el buen funcionamiento de estas, que no está cuantificado en el tiempo, el éxito del modelo que se propone, implicando la demanda de más talento humano, recursos económicos y tecnológicos, dejando por fuera las herramientas e instrumentos para lograr la garantía de la calidad del servicio de salud.

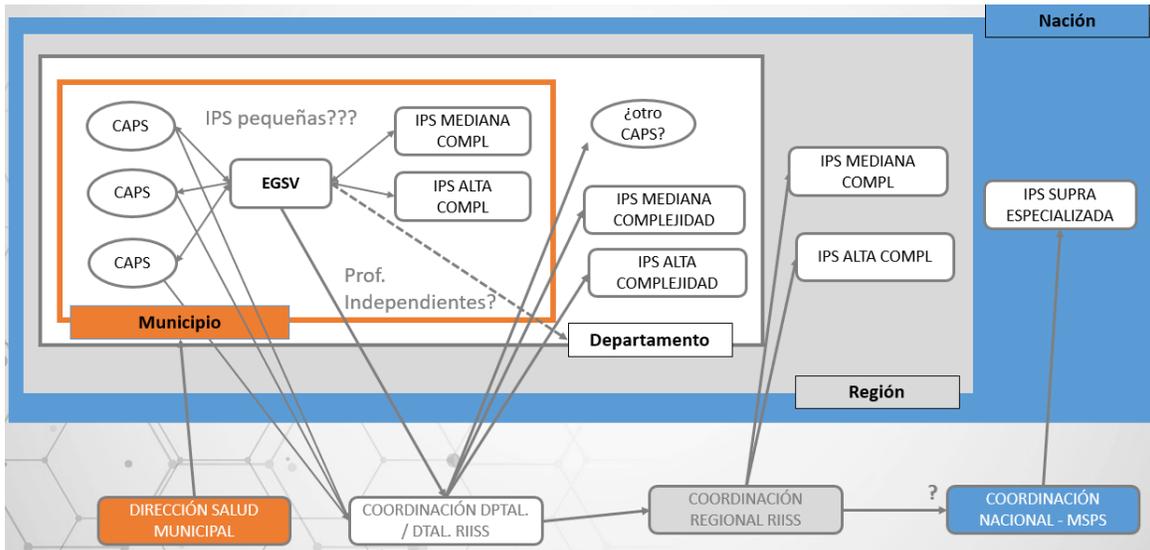
Recordemos que en el actual sistema de salud, cuando no se cuenta con la prestación de un servicio el usuario puede acceder mediante el derecho de amparo o acción de tutela al restablecimiento del derecho, independientemente de quien le preste el servicio, el responsable es la EPS en su rol de aseguradora; con la modificación que pretende la reforma propuesta y la dispersión de funciones que se plantea, el usuario del sistema ya no tendrá claridad frente a quien debe interponer su acción de tutela. Y afirmamos que hay dispersión de funciones por cuanto el texto no es claro,

La reforma a la salud tal y como está propuesta o concebida, no brindará la seguridad necesaria ni garantía de continuidad en la dispensación de tratamientos médicos toda vez que no se establece una hoja de ruta para el proceso de transición, el modelo de gestión de los medicamentos es confuso, además, no es claro que ocurrirá con los pacientes crónicos y de enfermedades raras.

La reforma propone un complejo modelo de referencia y contra referencia, duplica funciones en diferentes actores de la cadena, cuando esto se presenta, y se genera una fragmentación en las funciones que hoy de manera clara y directa día ejercen las EPS, se genera un gran riesgo de que los recursos de la salud se pierdan, además de que al no existir un directo responsable y pasar las responsabilidades a diferentes actores sin que exista un mayor control, el más perjudicado es el paciente, usuario o afiliado.

En un ejercicio académico y pedagógico se intentó diagramar los procesos de remisión, autorizaciones y demás conforme lo propone el proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, 216 de 2023 Senado y este fue el resultado:

Gráfico 1 Referencia y contrarreferencia planteado por el proyecto de ley 339 de 2023³⁰



En efecto difícil de entender, y si eso lo afirman los estudiosos y expertos en el tema, que podemos esperar o exigirles a los afiliados, pacientes o usuarios que deben agotar todo este proceso para ver garantizado su derecho a la salud, de ahí que consideramos nuevamente un retroceso en materia de derechos adquiridos, por parte de la reforma propuesta, que mantiene la fragmentación entre baja complejidad y los servicios de mediana y alta complejidad y reiteramos que las funciones principales de las EPS que hoy se encargan de asegurar la salud de todos los afiliados, se dispersa en varios actores y con ello también la responsabilidad, menoscabado o poniendo en riesgo la efectividad del derecho a la salud de todos los colombianos, de ahí que podamos afirmar enfáticamente, que la iniciativa no ofrece medidas de solución para agilizar los tiempos de asignación de citas con especialistas.

Es clara la ausencia del responsable de la ejecución de procesos clave con la referencia y contrarreferencia y el traslado no asistencial (art. 14). Aunque la gestora de salud y vida y el CAPS “establece y coordina” el sistema de referencia y contrarreferencia, no clarifica el responsable de su operación y financiamiento. En el art. 18 se señala que los mecanismos para resolver las solicitudes serán establecidos por las IPS del nivel primario y complementario de la red y por otro lado señala que la GSV contará con la plataforma de información que permita resolver en línea las solicitudes

El sistema de salud propuesto desconoce el carácter sistémico y no aislado de los elementos de un conjunto, orientados por el fin de lograr la efectividad del derecho a la salud, toda vez que derivado del número de instancias que se crean resulta ser un sistema de salud estatizado, confuso para cualquier ciudadano y seguramente van a aumentar los riesgos derivados de la falta de articulación, coordinación, financiamiento, burocracia, corrupción y mayores trámites, muy similar al que tenía la población pobre y vulnerable en los años setenta.

³⁰ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

Es inevitable, con la reforma planteada que se generen mayores barreras para el acceso del afiliado y su grupo familiar, ante la multiplicidad de responsables para las mismas funciones y riesgo legal para las diversas entidades que confluyen en el nuevo sistema. Complementario a los temas relacionados con la efectividad y ampliación progresiva del derecho a la salud, la reforma, al tener vacíos regulatorios y superposición de funciones entre los diferentes actores generan un riesgo adicional no sólo de carácter legal para las entidades que participan en la operación sino para el paciente, afiliado al momento de materializar el derecho en su favor. Todos los procesos requeridos para garantizar el acceso y la atención integral en salud dependen o son responsabilidad de múltiples actores, diluyendo la responsabilidad frente a su cumplimiento y la representación del usuario frente a la provisión efectiva de servicios. Por ejemplo, como lo ilustramos con la gráfica anterior la referencia y contrarreferencia de personas que requieren ser remitidas a servicios de mayor complejidad dependerá de la coordinación de diversas entidades. Esto más allá de mejorar la oportunidad que demanda la población en este momento, incrementará los tiempos de espera para el acceso a consultas especializadas y servicios de mayor complejidad.

Lo más grave en nuestro concepto, y de los expertos, es que mantiene la multiplicidad de entidades e instancias responsables de los diferentes procesos en salud con funciones traslapadas (una misma función a cargo de varias entidades): conformación de redes, contratación, monitoreo y evaluación, referencia y contrarreferencia, traslado no asistencial de personas, gestión para pago de incapacidades y licencias, etc., lo cual va a impactar al individuo y su familia en temas cruciales como: garantía de acceso de manera integral a los servicios, espacios para la atención del ciudadano, organización de su red de acuerdo con sus necesidades y tránsito tranquilo – red de referencia y contrarreferencia.

Por ejemplo, la conformación, coordinación, contratación, monitoreo y evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS está a cargo según el texto aprobado en la Cámara de Representantes de: CAPS - Gestoras de Salud y Vida -GSV Secretaría departamental o distrital de salud Coordinación departamental de la red - Unidades Zonales de planeación y evaluación y del mismo Ministerio de Salud y Protección Social

Conforme al literal b numeral 5 del artículo 14, la pertinencia y eficiencia del gasto debe ser garantizada por las gestoras de salud y vida en conjunto con el CAPS; pero la contratación, supervisión y evaluación de los CAPS estará a cargo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, esto conlleva un riesgo reputacional y legal para las entidades pues podrían ser sancionadas por el incumplimiento de obligaciones que no son tan claras o que están compartidas con otras entidades.

La reforma plantea asignar un mayor número de funciones al **Ministerio de Salud y Protección Social**, adicionales a las funciones actuales, como por ejemplo, la habilitación tanto de redes como de CAPS (que podrían llegar a ser más de 16 mil), coordinación sectorial e intersectorial; seguimiento y control a todos los contratos suscritos con CAPS y con IPS de mediana y alta complejidad; asesoría y apoyo a las ISE universitarias en formación y componentes pedagógicos para los profesionales de la ISE universitaria; desarrollo de planes, programas y proyectos para fortalecimiento del nivel primario, entre otros. Esto requiere un fortalecimiento de la institución que ya no solo va a regular sino también operar y supervisar.

Este ejercicio de autorización de las redes integrales, por ejemplo, implica no solo la capacidad para evaluar las redes y proceder a su autorización, sino también el ejercicio de vigilancia y control pues será competencia suya la habilitación y consecuente revocatoria de la habilitación con plena observancia del debido proceso. Para lograrlo, el Ministerio de Salud deberá pasar por un proceso de reestructuración, lo cual requiere por supuesto de unos trámites y ajustes presupuestales que así lo permitan. Estos gastos tampoco están soportados en los recursos previstos para soportar la reforma, pues no cuenta con el aval fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público como lo expondremos más adelante.

De otro lado, la reforma planteada propone que la ADRES garantice la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de enfermedades graves o huérfanas (Art 17 parágrafo inciso 3. Actualmente la ADRES es la entidad que más incumple en pagos, auditorías y eficiencia y justo a ella le van a asignar lo relacionado con financiación y pago de medicamentos de alto costo, sería bueno preguntarle a las IPS privadas, clínicas y hospitales ¿qué les parece? Y si la ADRES incumple los pagos o los retrasa como ha sucedido este año, el afectado será el paciente.

Basta solo con ver la disminución de recursos y las omisiones en los pagos de algunos meses del 2023, en lo corrido del año 2020 entre los meses de enero octubre, el gobierno nacional a través de la ADRES giró \$3,5 billones, en el mismo periodo pero del año 2021, \$4.2 billones, mientras que en los años 2022 y 2023, se giraron 1,7 y 2,3 billones de pesos, sin dejar de lado el vacío u omisión del giro de recursos por concepto de presupuestos máximos en los meses de julio, agosto, noviembre y diciembre de 2023 por concepto de presupuestos máximos.

En el Sistema de la ley 100 de 1993, actualmente, el riesgo lo asumen las EPS, y ellas deben pagar o conciliar las cuentas con los prestadores para los pagos y en todo caso garantizar la prestación de servicios so pena del juicio de responsabilidad por parte del juez de tutela.

Al convertirse la ADRES, en pagador único, le corresponde reconocer, auditar y pagar las cuentas de las prestaciones de servicios de salud y demás obligaciones del aseguramiento social en salud y pagar sin previa auditoría el 85% de la factura (Art 60-70) la ADRES como pagador y auditor único respetuosamente consideramos que es un costal sin fondo, sus auditorías han fracasado y desde que se creó ha sido la que genera pagos retardados que son los que generan la crisis en el sistema. Hoy en día las EPS, en el actual sistema, someten a previa auditoría las cuentas y verificar la efectiva prestación del servicio para realizar los pagos a los prestadores. Cambiar la forma de pago sin auditoría previa es poner en riesgo los recursos de la salud de los colombianos.

Lo anterior sin dejar por fuera la advertencia de muchos expertos, sobre que los recursos de la salud serán monopolizados por el Estado, a través de la ADRES y una sola persona a nivel regional, sin las auditorías previas, que exigen las cuantías y la dinámica del sector, pone en alto riesgo de seguimiento y estabilidad los dineros. Además de que una sola persona, contrate y pague, abre puertas a la aparición de los carteles de la salud. Con la reforma la ADRES va a tener que reforzar sus capacidades, debiendo fortalecer las normas de gobierno corporativo y transparencia dada la alta concentración de recursos, contratación y asignación

de estos. En la reforma están ausentes las obligaciones en relación con el gobierno corporativo de la entidad.

A las Secretarías de Salud municipales, distritales y departamentales se le asignan nuevas funciones, en materia de la organización y coordinación de la red de servicios, la suscripción de convenios de desempeño con los CAPS, de seguimiento y evaluación, la remisión de personas a servicios de mayor complejidad, la coordinación del sistema de atención pre hospitalaria, la priorización de inversiones y financiamiento de IPS de mediana y alta complejidad, entre otros y se crean nuevas instancias de coordinación y “unidades funcionales” a cargo de las mismas. Desconociendo, la reforma planteada las capacidades reales de estas entidades, así como los ajustes que requieren las secretarías de salud en materia de estructura, operación y presupuesto que soporten la asignación de nuevas competencias y responsabilidades que se le asignan. Debe tenerse en cuenta que no pueden delegarse competencias en las entidades territoriales sin la correspondiente asignación del recurso necesario para su ejercicio. En esta misma línea, no se define cómo se organizará y financiarán las instancias regionales. Aunado a esto, el ámbito de competencias entre la Nación y las entidades territoriales se encuentra sujeto a reserva de ley orgánica, y la definición de nuevas funciones amerita necesariamente la incorporación de los recursos necesarios para su ejercicio, lo cual no define de manera clara, detallada y precisa el proyecto de ley.

El sistema de salud actual permite la libertad de elección de la EPS y, dentro de los convenios de esta, de la IPS, esto garantiza el Artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Derecho que con la reforma planteada se vulnera y coarta, al restringir la libertad de elección de los pacientes y/o usuarios y proponer que todos deben ser atendidos en un Centro de Atención que le asigne el gobierno o LA NUEVA EPS, que es una de las más mal calificadas. Contrario a eso lo que debe seguir garantizando es el derecho a la libre elección de los cotizantes, que cada ciudadano escoja libremente la EPS que lo asegure, el médico que lo atienda y quien le pague de manera oportuna su incapacidad o licencia de maternidad o paternidad.

En definitiva, la reforma propuesta:

Desmejora la salud de los colombianos. enfocarse y destinar la mayoría de los recursos en prevención, sin tener clara la cobertura de enfermedades de alto costo, va en detrimento de la salud de los ciudadanos. Sin dejar de lado que la reglamentación de la salud pública de los colombianos quedaría en manos de la reglamentación, de ahí que se puede afirmar que es una reforma innecesaria. La transición que proponen en la eliminación o transformación gradual de las EPS no es clara y pone en riesgo la continuidad en la prestación de servicios de salud de los colombianos y como consecuencia de ello, su derecho a la vida.

Cambio de un sistema de aseguramiento y gestión del riesgo a un sistema 100% estatal.

Donde no está claro quién asume las funciones de aseguramiento, gestión del riesgo y administrativas. Eliminar las EPS, es un grave desacierto, total incertidumbre por el pago de prestaciones económicas, incapacidades y licencias, entrega de medicamentos, medidas asistenciales entre otros.

Los dineros de la salud, el presupuesto de la salud, solo los manejará el Estado. Estatización y burocratización de la salud, será una sola persona o entidad a nivel regional, con influencia de alcaldes y gobernadores, sin las auditorías previas, que exigen las cuantías y la dinámica del sector, la que maneje los recursos de la salud, esto pone en alto riesgo de seguimiento y estabilidad los recursos destinados para la salud de los colombianos.

No se puede perder la experiencia y capacidades adquiridas de las EPS: El sistema de salud tiene unos recursos y unos servicios que deben atender las EPS, entidades que hace 30 años vienen trabajando y que cuentan con una experiencia y capacidades importantes en una gestión profesional de conocimiento de los usuarios, cuidado, seguimiento en programas, guías y acompañamiento por rutas de atención, manejo eficiente de los recursos y negociaciones inteligentes y honestas. Lo descrito anteriormente es la gran labor que hacen estas aseguradoras.

Los recursos son limitados: es importante resaltar que las EPS Reciben aproximadamente 120.000 pesos en promedio por usuario al mes, lo cual es un valor insuficiente comparado con lo que otros países pueden brindar a un sistema de salud.

Plan de cobertura ambicioso: es obligatorio como sociedad atender más de 16.000 tipos de servicios distintos. Estos servicios lo gestionan las EPS con unos recursos que son realmente limitados. Y aunque no se ha hecho la operación a la perfección, existe un avance significativo del país en esta medida.

Eliminación de las funciones de las EPS: si las EPS son eliminadas del sistema, se eliminaría el elemento de eficiencia de garantizar con pocos recursos el acceso a un plan de cobertura muy amplio para la población colombiana. En la actualidad, la reforma no tiene contemplado como soportar y reemplazar esta gestión. Varias de las funciones de las EPS se fragmentan en diferentes instancias y se pierde la gestión integral de salud y la representatividad del usuario.

Adicional, el proyecto de ley no soluciona el problema de la insuficiencia de los recursos, y se prevé que van a aparecer gastos adicionales que antes las EPS controlaban. Como consecuencia se mantendrá la misma situación donde los costos superan los recursos disponibles.

Aumento de la inequidad: si los recursos no son suficientes, se llegará a un punto de inequidad muy crítico donde quien tenga recursos suficientes pagará, pero a su vez quién no cuenta con los recursos suficientes no tendrá acceso a los servicios, empeorando la atención y generando daños irreparables.

Efecto dominó: la situación de insuficiencia afecta a toda la cadena. En primera instancia al asegurador, pero a continuación afectará a los prestadores, a los proveedores de insumos, dispositivos y medicamentos, a los profesionales de la salud y finalmente a los usuarios.

Más elementos que justifican el archivo del proyecto de ley son los siguientes:

- La reforma a la salud propuesta genera incertidumbre en cuanto a los procedimientos y responsabilidades de los Centros de Atención Primaria en Salud y las Redes

Integrales en la gestión y provisión de medicamentos y, por tanto, pone en riesgo el acceso efectivo y oportuno de los pacientes a estos servicios.

- La reforma no proporciona claridad sobre cómo las diferentes entidades interactuarán con la Administradora de Recursos del Sistema de Salud y con los distribuidores de medicamentos.
- La reforma exige un fortalecimiento de la capacidad técnica de las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud para asumir nuevas funciones en la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos, lo cual podría no ser viable a corto plazo.
- Existe un riesgo potencial de desabastecimiento de medicamentos e insumos debido a la incapacidad técnica para coordinar compras conjuntas o centralizadas.
- La calidad del servicio en las Entidades de Salud del Estado Itinerante puede verse comprometida con la reforma propuesta.
- La reforma a la salud requiere un fortalecimiento integral del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que no está garantizado en el corto plazo.
- Existe incertidumbre sobre la posible precarización de los equipos de salud extramurales y sus condiciones laborales.
- Son numerosos los llamados de atención de los actores del sistema sobre el riesgo de que se instrumentalicen los 11000 equipos de atención extramural con fines ideológicos y políticos.
- La reforma no aborda suficientemente las causas de las brechas en las condiciones laborales del talento humano en salud, especialmente en zonas rurales y dispersas.
- La propuesta de reforma no presenta estrategias concretas y suficiente presupuesto para su implementación efectiva.
- El diálogo en el proceso de reforma no ha sido lo suficientemente inclusivo y transparente.
- La necesidad de fortalecer un modelo mixto de formación de Talento Humano en Salud no se ve reflejada en la reforma.

- La reforma no aborda adecuadamente las condiciones de bienestar para los estudiantes en formación en los centros hospitalarios.
- La reforma no resuelve las problemáticas descritas en cuanto a la formación de talento humano en salud en zonas rurales y con población dispersa.
- Los tiempos actuales de aprobación de programas en salud son demasiado largos y la reforma no propone soluciones para acortarlos.
- Algunos artículos son demasiado generales y carecen de detalles específicos, lo que puede llevar a interpretaciones variadas y confusiones en la implementación.
- La propuesta no considera las limitaciones y desafíos de los recursos humanos en salud, especialmente en áreas rurales y remotas.
- No se aborda la cuestión de cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria, que es un problema importante en la mayoría de los sistemas de salud.
- No se han tenido en cuenta las observaciones y las propuestas de las asociaciones de pacientes, que deberían estar en el centro del análisis y ser prioritarias para la reforma que propone el gobierno.
- La participación de los pacientes y sus familiares, en especial de aquellos que conviven con una condición crónica, ha sido relegada a un segundo plano y esto le resta validez al proyecto de reforma.
- Se detecta falta de claridad en las responsabilidades y roles de las diferentes unidades de dirección y comités creados en la propuesta, lo cual puede conducir a la ineficiencia.
- Los canales de comunicación necesarios para coordinar todas las entidades y comités no están claramente definidos en la propuesta.
- En la propuesta, no se detalla cómo se va a garantizar la transparencia en la gestión del sistema de salud a todos los niveles.
- No se define un plan claro para evitar la clientelización y la corrupción en el sistema de salud.
- Existe el riesgo de un incremento innecesario de la burocracia y los costos operacionales del sistema de salud con la implementación de esta propuesta.
- La manera en que los ciudadanos se integrarán a la toma de decisiones en la gobernanza de las Redes no está claramente establecida en la propuesta.

- La propuesta no ofrece garantías de protección de los programas de salud frente a cualquier filiación política.
- La propuesta parece ignorar la posibilidad de utilizar las capacidades existentes en el sistema de salud actual.
- El proceso en si de construcción y debate de esta reforma dejó ver claramente una exclusión de mecanismos verdaderamente participativos en el diagnóstico, diseño de soluciones, escenarios y a la postre el articulado mismo. Las múltiples audiencias públicas fueron espacios de validación y registro de intervenciones de los múltiples actores que las resumen en general como vacuas y carentes de atención e impacto por parte del gobierno nacional.
- El articulado de la reforma es incomprensible para la mayoría de los ciudadanos, lo que plantea problemas de transparencia y accesibilidad.
- Existen dudas sobre la viabilidad, financiación e impacto de la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integradas de servicios de salud.
- No está claro cómo se financiarán los equipos básicos en salud, ni qué costos adicionales implicará su operación.
- Existe preocupación por la posible politización de los equipos en su interacción con las comunidades.
- La articulación entre la APS y los niveles de atención de mediana y alta complejidad no está claramente definida.
- No se garantiza la continuidad de tratamientos y accesos a medicamentos de enfermedades de alto costo.
- Hay preocupaciones sobre la gestión del riesgo y el posible agotamiento de recursos.
- La propuesta es demasiado compleja y en exceso burocrática, lo que dificulta su implementación y comprensión por parte de los actores involucrados.
- La propuesta no proporciona suficiente claridad sobre cómo se llevará a cabo la administración de los recursos, lo que podría llevar a la mala gestión y al desperdicio de recursos.
- No se especifica claramente cómo se determinarán y distribuirán los aportes a la financiación del Sistema de Salud, lo que podría resultar en desigualdades.

- La propuesta no aborda adecuadamente cómo se manejarán y mitigarán los conflictos de intereses, lo que podría llevar a la corrupción y a la mala utilización de los recursos.
- La propuesta no proporciona soluciones claras para garantizar la efectividad, la transparencia y la trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
- La propuesta puede no ser eficaz para garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- No se hace un análisis profundo de la sostenibilidad del sistema y, por tanto, no se resuelven las dificultades económicas que afronta, pasando por la suficiencia de la UPC y todos los factores que presionan el aumento del gasto con posibles situaciones de desfinanciación de la atención.

2. ANTECEDENTES

El 13 de febrero de 2023 fue radicado el Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara “Por medio del cual se reforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual fue de autoría de la entonces Ministra de Salud y Protección Social - Carolina Corcho Mejía y, los siguientes congresistas H.S. Isabel Cristina Zuleta López, H.S. Martha Isabel Peralta Epieyu, H.S. Aida Yolanda Avella Esquivel, H.S. César Augusto Pachón Achury, H.R. Alfredo Mondragón Garzón, H.R. David Ricardo Racero Mayorca, H.R. Agmeth José Escaf Tijerino, H.R. Pedro Baracuato García Ospina, H.R. Juan Carlos Vargas Soler y, H.R. Juan Pablo Salazar Rivera.

PL	Autores	Trámite
PL 339/2023	Senadores: Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury Representantes: Alfredo Mondragón Garzón, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracuato García Ospina, Juan Carlos Vargas Soler, Juan Pablo Salazar Rivera Ministra de Salud - Carolina Corcho Mejía	Ordinaria
PL 340/2023	Senadores: Honorio Henríquez, José Vicente Carreño Castro, María Fernanda Cabal Molina, Andrés Felipe Guerra Hoyos, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Miguel Uribe Turbay, Carlos Manuel Meisel Vergara, Ciro Alejandro Ramírez Cortes, Yenny Esperanza Roza Zambrano, Paloma Susana Valencia Laserna Representantes: Andrés Eduardo Forero Molina, Juan Fernando Espinal Ramírez, Christian Munir Garcés Aljure, Yuliet Andrea Sánchez Carreño, Carlos Edward Osorio Aguiar, Óscar Darío Pérez Pineda, Eduard Alexis Triana Rincón, José Jaime Uscátegui Pastrana, Yenica Sugein Acosta Infante, Juan Felipe Corzo Álvarez, Olmes de Jesús Echeverría de la Rosa, Hernán Darío Cadavid Márquez	Ordinaria
PL 341/2023	Senadores: Carlos Abraham Jiménez Representantes: Andrés Eduardo Forero Molina	Ordinaria
PL 344/2023	Senadores: Ciro Alejandro Ramírez Cortes Representantes: Óscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz	Ordinaria

Posteriormente, fueron radicados los Proyectos de Ley 340, 341 y 344 de 2023 Cámara, destinados a fortalecer el sistema general de seguridad social en salud; mismos que fueron acumulados el 22 de marzo de 2023 según resolución 006 del 21 de marzo de dicha anualidad, por parte de la mesa directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

Desde la radicación del Proyecto de Reforma a la Salud ha existido la discusión sobre su trámite, es decir, si debe ser tratado como un Proyecto de Ley ordinaria o, por el contrario, debe ser considerado como un Proyecto de Ley estatutaria. Esta discusión que no es menor toda vez que, podría configurar un vicio de trámite en el Proyecto de Ley al no contar con los requisitos previstos en la Constitución y la Ley para normas que tratan derechos fundamentales aún no cuenta con una conclusión, motivo por el cual se ahondará en argumentos para justificar que el trámite que debe surtir la iniciativa según los preceptos normativos es el de Ley Estatutaria.

Es pertinente señalar que, si bien inicialmente la Constitución Política Colombiana no enmarca el derecho a la salud, dentro del capítulo de derechos fundamentales, la Corte Constitucional desde el año 2007 estableció que los derechos fundamentales están revestidos con valores y principios propios del Estado Social de Derecho, y, no por la designación expresa del legislador³¹:

“la fundamentalidad de los derechos no depende – ni puede depender – de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución³²”.

Así mismo, el tribunal constitucional en reiterada jurisprudencia ha afirmado que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo, tal como se ve a continuación:

“Ahondando en la faceta de la salud como derecho, resulta oportuno mencionar que ha atravesado un proceso de evolución a nivel jurisprudencial y legislativo, cuyo estado actual implica su categorización como derecho fundamental autónomo. Para tal efecto, desde el punto de vista dogmático, se consideró que dicha característica se explica por su estrecha relación con el principio de la dignidad humana, por su vínculo con las condiciones materiales de existencia y por su condición de garante de la integridad física y moral de las personas.

Esta nueva categorización fue consagrada por el legislador estatutario en la Ley 1751 de 2015, cuyo control previo de constitucionalidad se ejerce a través de la Sentencia C-313 de 2014. Así las cosas, tanto en el artículo 1 como en el 2, se dispone que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y que comprende –entre otros elementos– el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con el fin de alcanzar su preservación, mejoramiento y promoción.³³”

Como se observa en los anteriores planteamientos, el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo; no obstante, para deducir que el trámite que debe surtir la iniciativa

³¹ Corte Constitucional. Sentencia T-080 de 2013. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

³² Corte Constitucional. Sentencia T-016 de 2007. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

³³ Corte Constitucional. Sentencia T-121 de 2015. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

en estudio debe ser el de Ley Estatutaria no basta con establecer la naturaleza del derecho a la salud sino también, que el Proyecto de Ley abarque el derecho de forma integral o, restrinja, limite o proteja el derecho fundamental; así lo ha establecido la Corte Constitucional:

“la normatividad que regula los procedimientos, por regla general, no tiene reserva de ley estatutaria, pese a que estén relacionados con el ejercicio de derechos fundamentales. Sin embargo, la jurisprudencia ha identificado algunas situaciones en que la reglamentación de un procedimiento debe ser objeto de los trámites cualificados de las leyes estatutarias, a saber: i) la normatividad abarca el ejercicio de un derecho fundamental de forma integral, sistemática y completa; o ii) los enunciados legales tienen la función de restringir, limitar o proteger derechos fundamentales³⁴”

En el caso puntual, la reforma a la salud presentada a estudio de la Comisión Séptima del Senado de la República, en su tercer debate legislativo, si desarrolla aspectos estructurales del derecho fundamental a la salud al eliminarse la libre escogencia y movilidad entre entidades aseguradoras; involucra aspectos inherentes a su ejercicio y formas de acceder al mismo, toda vez que se plantean nuevos actores al interior del sistema con diversas funciones, se establece al ADRES como único pagador, la gestión del riesgo, sin ser claros si se trata de riesgo en salud o solo riesgo financiero, se establece en cabeza de los CAPS, se abandona la figura de “asegurador o administrador” identificada por el ciudadano como responsable de su cuidado, lo cual impacta directamente en el establecimiento del sujeto pasivo de la acción de tutela al momento de hacer efectivo el derecho, entre otros planteamientos.

Adicionalmente, al establecer la figura del aseguramiento social, aún no decantado ampliamente por la doctrina, se genera incertidumbre sobre el riesgo financiero y los eventuales responsables de la insolvencia en los recursos destinados para la atención de los pacientes, de los usuarios y de los afiliados al sistema, asunto que implica desmejora de los derechos adquiridos a la fecha y por ende si debe ser tratado a través de ley propia regulatoria de derechos fundamentales, al afectar la fuente o forma de financiación estructurada hasta la fecha.

Con base en los anteriores postulados, se observa claramente que el trámite que debe surtir el Proyecto de Ley de Reforma a la Salud debe ser el de Ley Estatutaria, previsto en el artículo 152 constitucional que exige aprobación en una sola legislatura, votación por mayoría absoluta y, control previo por parte de la Corte Constitucional, de ahí nuestro primer reparo y motivo de la propuesta de archivo o ponencia negativa del proyecto de ley 216 de 2023 Senado - 339 de 2023 cámara, acumulado con los proyectos de ley 340, 341 y 344 de 2023 cámara *“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*

Una vez fue radicado el expediente por parte de la oficina de leyes del Senado a la Comisión Séptima del Senado, la mesa directiva procedió a nombrar a los ponentes de la siguiente manera:

³⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-015 de 2020. M.P. Alberto Rojas Ríos.

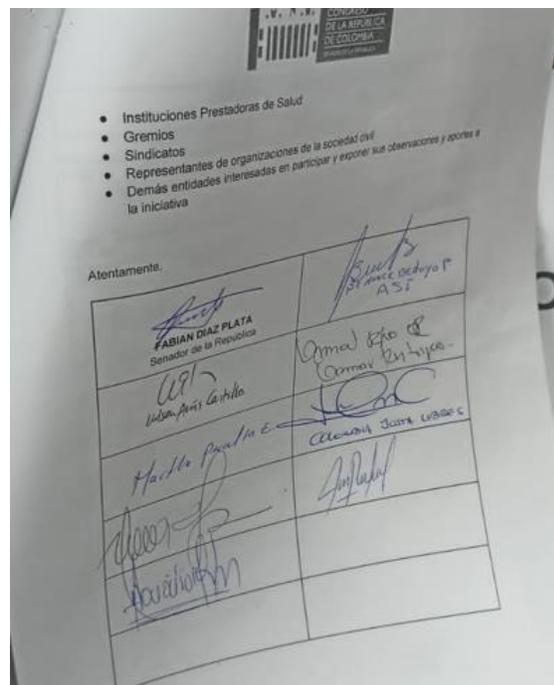
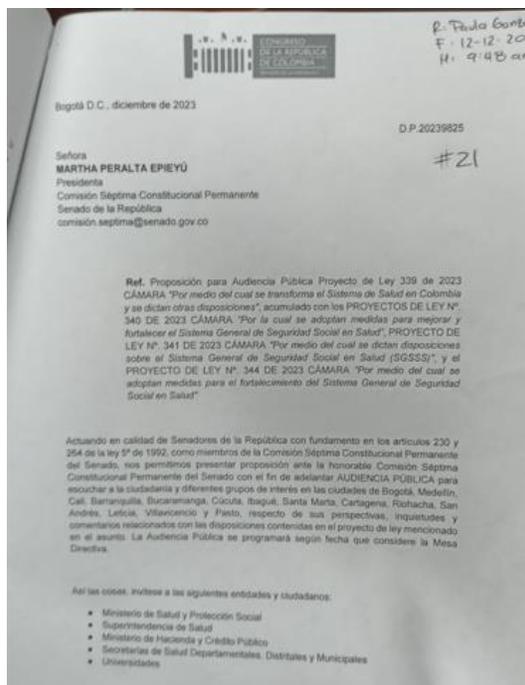
Comisión Séptima Constitucional Permanente
RESUELVE

PRIMERO. Designar los siguientes ponentes Coordinadores y Ponentes:

PONENTES COORDINADORES	DESIGNADOS
WILSON ARIAS CASTILLO	COORDINADOR
BERENICE BEDOYA PEREZ	COORDINADORA
FABIAN DIAZ PLATA	COORDINADOR

PONENTES	DESIGNADOS
NADIA BLEL SCAF	PONENTE
MARTHA PERALTA EPIEYU	PONENTE
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	PONENTE
ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ	PONENTE
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ	PONENTE
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTE
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE

No obstante, desde el 12 de diciembre de 2023, se había radicado y aprobado proposición por parte del que sería PONENTE COORDINADOR FABIAN DIAZ PLATA, de realizar audiencias públicas para conocer las diferentes posturas sobre el referido proyecto de ley, dicha proposición quedó aprobada en sesión del mismo 12 de diciembre de 2023, y en la ponencia radicada por el COORDINADOR PONENTE WILSON ARIAS, se menciona, inclusive: *“El 12 diciembre de 2023, fue aprobada por la Comisión Séptima del Senado de la República la Proposición N°21 sobre el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara - Acumulado con los Proyectos de Ley Nos.: 340 de 2023 Cámara; Proyecto de Ley N.341 de 2023 Cámara: Proyecto de Ley N. 344 de 2023 Cámara; 216 de 2023 Senado "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", la realización de 14 audiencias públicas en las ciudades de: Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali, Cartagena, Cúcuta, Barranquilla, Bogotá, Ibagué, Medellín, y Puerto Nariño.”*



Se adhiere el contenido de la proposición y algunas de las firmas que la suscribieron para brindar mayor claridad sobre las audiencias propuestas y las realizadas, toda vez que, a pesar de haberse aprobado 14 audiencias, solo se hicieron 11 audiencias, conforme lo ratifican en la ponencia positiva radicada el pasado 5 de marzo de 2024, en donde se lee:

Ciudad	Fecha de realización	Síntesis de la audiencia
Bucaramanga	22 de enero de 2024	Anexo 4
Santa Marta	26 de enero de 2024	Anexo 5
Riohacha	27 de enero de 2024	Anexo 6
Villavicencio	3 de febrero de 2024	Anexo 7
San Andrés	7 de febrero de 2024	Anexo 8
Pasto	9 de febrero de 2024	Anexo 9
Cali	13 de febrero 2024	Anexo 10
Cartagena	15 de febrero de 2024	Anexo 11
Barranquilla	16 de febrero de 2024	Anexo 10
Medellín	23 de febrero de 2024	Anexo 13
Cali	1 de marzo de 2024	Anexo 14

Quedando por realizar las audiencias en las ciudades de Cúcuta, Bogotá y Leticia, lo que genera una diferenciación injustificada de la población, ciudadanía y gremios en estas ciudades, siendo un factor más de contraposición respecto del proyecto de ley en estudio, y sobre el cual nos manifestamos de manera opuesta, máxime que una de las ciudades en las que no se realizó la audiencia pública es Bogotá, capital de nuestro país en donde se concentra la mayor población, los gremios y universidades que podrían haber aportado al tema desde la objetividad, construcción y enriquecimiento del debate, así mismo generando un eventual descontento por parte de los habitantes, gremios, universidades y demás interesados en participar en la construcción de este importante proyecto de ley en su curso en la Comisión VII del Senado, sin dejar de lado que fue desconocida la decisión de la mayoría de los integrantes de la Comisión quienes votaron a favor de 14 audiencias públicas y no de 11 por lo que, en nuestro sentir no se debió haber radicado ponencia ni positiva ni negativa, hasta tanto no se evacuaron las 14 audiencias propuestas y aprobadas.

De igual manera y dada lo técnico del tema al que se refiere el proyecto de ley la mesa directiva de la Comisión VII inicialmente programó 8 mesas técnicas que fueron concertadas con diferentes actores, a las cuales la secretaría de la Comisión VII convocó y notificó a los senadores, UTL de los integrantes de la Comisión y opinión pública de la siguiente forma:



MESAS TÉCNICAS
Reforma a la salud
METODOLOGÍA

Proyecto de ley 216 de 2023 Senado
"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones."

Comisión Séptima
Constitucional Permanente
Senado de la República



Contexto

El pasado 19 de enero de 2024, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, realizó la designación de los siguientes ponentes del proyecto de ley para su estudio y discusión del Proyecto de ley 216 de 2023 Senado "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Coordinadores: H.S. Wilson Neber Arias, Berenice Bedoya Perez, Fabian Diaz Plata.

Ponentes: H.S. Nadia Blel Scaff, Martha Peralta Epiyeu, Omar De Jesus Restrepo, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sanchez, Miguel Angel Pinto, Ana Paola Agudelo, Lorena Ríos Cuellar y Piedad Córdoba Ruiz.

Considerando la importancia de adelantar un estudio detallado respecto de la iniciativa legislativa, la Mesa Directiva ordena la invitación a los siguientes actores del sistema de salud para que participen, conforme al cronograma que se presenta a continuación, compartiendo sus visiones y propuestas para fortalecer el sistema de salud colombiano y ampliar la garantía al derecho a la salud de todos los colombianos.

- Entidades del Gobierno Nacional
- Senadores ponentes y equipos de trabajo legislativo
- Asociaciones de gobernadores y alcaldes
- Sociedad civil
 - Organizaciones de profesionales y talento humano en salud
 - Academia y Centros de Pensamiento
 - Gremios
 - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
 - Asociaciones de pacientes y usuarios.
 - Expertos independientes

Aspectos metodológicos y consideraciones

Las mesas técnicas tendrán como finalidad establecer a través del diálogo informado un balance de las opiniones de los distintos actores y grupos de interés invitados a la discusión del proyecto de ley. Se convoca a que las opiniones expresadas estén basadas en datos con su respectiva fuente citada, evidencias y experiencias relacionadas con las temáticas a tratar, expresadas desde el respeto y destacando los elementos técnicos y científicos que deban ser considerados en el debate.

Por lo anterior, se convoca a los distintos actores a delegar la participación a líderes de las áreas técnicas de sus organizaciones, toda vez que el diálogo apunta a ser



constructivo para concertar el diagnóstico del desempeño del sistema actual, las oportunidades de mejora y las mejores acciones a emprender para la garantía progresiva del derecho a la salud de los colombianos.

Se conmina a los asistentes a presentar documentos técnicos por escrito, así como socializar bibliografía e información relevante que consideren sea de ayuda para la revisión y estudio de los ponentes del proyecto de ley

Cronograma

Mesa temática	Fecha	Lugar ¹
Mesa 1: Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos	Lunes, 25 de febrero de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 2: Condiciones laborales del Talento Humano en Salud	Jueves, 29 de febrero de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 3: Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano	Viernes, 1 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 4: Uso de las tecnologías de la información en el sector salud	Lunes, 4 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 5: Fortalecimiento de la Gobernanza del sistema	Jueves, 7 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 6: Experiencias y perspectivas: Atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud	Viernes, 8 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 7: Aspectos financieros del sistema de salud (Flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud)	Lunes, 11 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 8: Aspectos financieros del sistema de salud (Endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema)	Jueves, 12 de marzo de 2024, 8:30 am	Recinto Comisión Séptima

¹ Las mesas técnicas se adelantarán en instalaciones del Congreso de la República, posible modificación de lugar según aforo. Citación y trámites de ingresos se realizarán a través de la Secretaría General de la Comisión.

Posteriormente, y a pesar de la trascendencia del tema, la importancia de la iniciativa y sobre todo del impacto que la misma tiene en los colombianos, las fechas de las mesas técnicas fueron modificadas, y la agenda de mesas técnicas de la Comisión VII de Senado, quedó de la siguiente manera:

Como puede observarse, de 8 mesas técnicas, inicialmente programadas, se redujo a 7 mesas técnicas, siendo todas de suma importancia y trascendencia por cuanto lo que se intentaba construir no es otra cosa que la mejor manera de garantizar un derecho fundamental y ampliamente reconocido en los instrumentos de derecho internacional como lo es LA SALUD DE LOS COLOMBIANOS, del cual indivisiblemente depende LA VIDA DE LAS PERSONAS, que recordemos es el bien, más sagrado y de consagración política e internacional, de ahí que no se deben escatimar, esfuerzos, tiempo, conocimiento y aportes de expertos para lograr el mejoramiento del Sistema que propenda a la salvaguarda de la integridad física y mental de las personas.

A pesar de estas disposiciones y sin haberse agotado la totalidad de las mesas técnicas estipuladas y las audiencias públicas aprobadas y anunciadas a la opinión pública, el pasado martes 5 de marzo de 2024, sin consenso previo entre ponentes, ni invitación al estudio de la ponencia por parte de los ponentes no suscriptores de esta, fue radicada ponencia positiva del proyecto de ley en estudio, suscrita por los Senadores:

1. WILSON ARIAS CASTILLO Coordinador Ponente
2. MARTHA PERALTA EPIEYU ponente
3. OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA ponente
4. FERNEY SILVA ponente

Como se lee claramente, a la fecha del 5 de marzo de 2024, fecha de la radicación de ponencia positiva mencionada, aún faltaban 2 mesas técnicas por realizarse, en nuestro concepto de suma importancia, respecto de la temática a tratar, por ejemplo: todo lo que tiene que ver con la gobernanza del nuevo modelo público propuesto por el gobierno actual que se centra en la atención primaria en salud, mesa técnica programada inicialmente para el viernes 8 de marzo de 2024, y cuya temática no fue evacuada en las 4 mesas técnicas desarrolladas antes de dicha ponencia y como si fuera poco, todo lo que tiene que ver son el aspecto financiero del sistema propuesto que es en nuestro concepto y en esta época de crisis premeditada, crisis “explícita” del sector salud, el tema que más relevancia cobra y sobre el cual ahondaremos en el capítulo VI de esta ponencia negativa.

Ponencia de la cual, dados los antecedentes de la iniciativa ya enunciados, procedemos a disentir y motiva la radicación de esta ponencia negativa con solicitud de archivo, que ha sido fruto del consenso entre los ponentes **LORENA RIOS CUELLAR** del partido Colombia Justa Libres, **NADIA BLEL SCAFF** del partido Conservador, **MIGUEL ANGEL PINTO** del partido Liberal y de **JOSUÉ ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ** del partido Centro Democrático partido de oposición, en la cual se han plasmado las consideraciones que pasamos a exponer.

3. LA “CRISIS EXPLICITA”

La Corte Constitucional el jueves 1 de febrero ordenó una serie de medias al Ministerio de Salud para que dé cumplimiento a las disposiciones que buscan la suficiencia de los

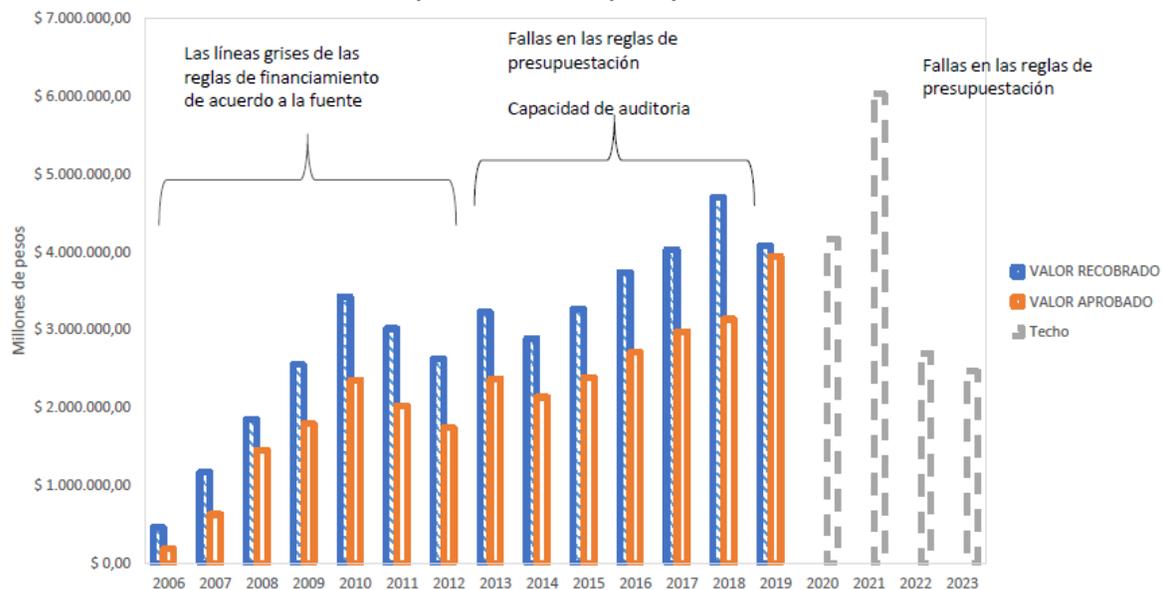
presupuestos máximos para financiar los servicios y tecnologías en salud del Plan de Beneficio en Salud (PBS) que no se sufragan con la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 evaluó el nivel de cumplimiento de las órdenes que buscan la suficiencia de estos recursos, mediante el Auto 2881 de 2023, dado que evidenció falencias en la expedición de la metodología requerida para establecerlos oportunamente. Las falencias identificadas, impactan directamente en la liquidez de las EPS y el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, “pues la cartera adeudada por este concepto no solo está creciendo, sino también ha superado hasta dos años de vencida y ordenó:

- Dentro de los 45 días calendario siguientes cancelar efectivamente los valores pendientes por concepto de reajustes
- Dentro de los 45 días calendario siguientes, presentar un cronograma en el que establezca las acciones necesarias para reconocer y pagar los valores pendientes por concepto de reajustes a los techos de la vigencia 2022. El plan de trabajo no podrá exceder el término de 6 meses para su culminación
- Dentro de los 30 días calendario siguientes, expedir y notificar el acto administrativo de reconocimiento de los techos correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2023.
- Dentro de los 45 días calendario, presentar cronograma para definir la metodología de reajuste definitivo de los techos del año 2023.

Al respecto, la Corte Constitucional ha comprendido las causas del retraso y los errores en las reglas de presupuestación de estos recursos que son vitales para financiar las tecnologías en salud que no forman parte del PBS y los Servicios Sociales Complementarios que continúan siendo una oportunidad de mejora del sistema de salud.

Gráfico 2 El problema con los presupuestos máximos



Fuente: Mesas Técnicas estudio proyecto de ley en Comisión Séptima, datos MinSalud - ADRES

El pasado 22 de febrero de 2024, la Mesa Directiva de la Cámara de Representantes adelantó debate de moción de censura al Ministro de Salud, como consta en el acta, después de verificar el Capítulo III “de la moción de censura” artículos 29, 30 y 31, así como el artículo 261 de la Ley 5ta de 1992, acepto la proposición con base en los siguientes asuntos que justifican el uso de este mecanismo legal:

- Crisis de desabastecimiento e insumos de medicamentos
- Persecución a las aseguradoras del
- Malos resultados del ADRES en la administración y gestión de los recursos del SOAT
- Retrasos en los giros mensuales de los recursos de presupuestos máximos a las EPS
- Incumplimiento de las órdenes judiciales
- Principio de buena fe y responsabilidad pública
- Crisis financiera del sistema de salud
- Riesgos a la seguridad nacional, salud y seguridad humana y normas y convenios internacionales por la aprobación y sanción del Decreto 2015 de 2023 “por la cual se modifica el Decreto 1500 de 2007 y el Decreto 2270 de 2021 en relación con el Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne y Productos Cárnicos Comestibles y se dictan otras disposiciones”.

Por otra parte, la Corte Constitucional y su Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 que, a través del Auto 2882 de noviembre de 2023, declaró “el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigesimocuarta” ordenando al Ministerio de Salud en un plazo de dos meses ponerse al día con los compromisos adquiridos por la cartera ministerial a mediados de 2019, en lo relacionado con el llamado Acuerdo de Punto Final.

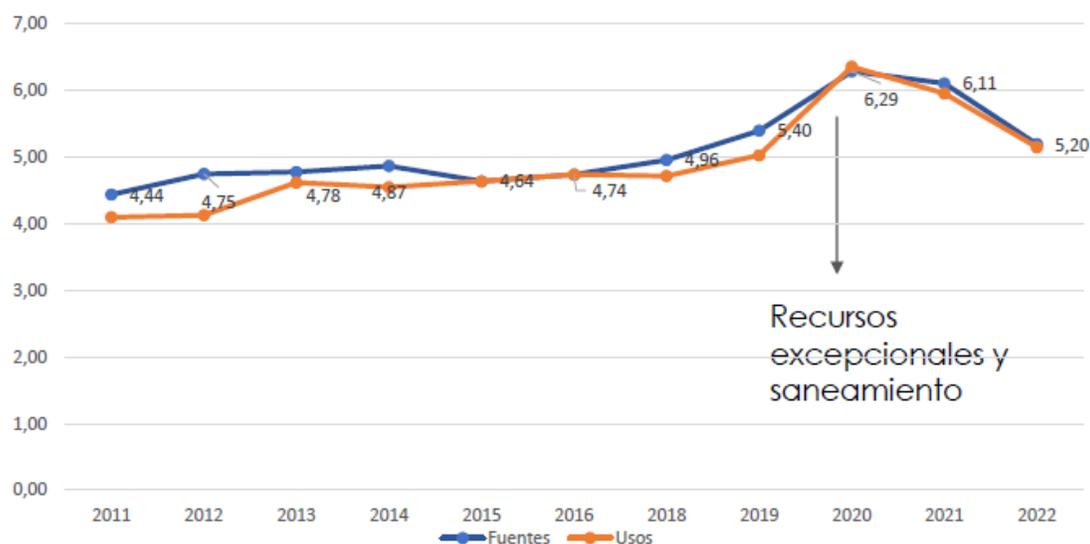
Para saldar los compromisos adquiridos en el Acuerdo de Punto Final y que no han sido cumplidos, como lo evidenció la Sala, el Ministerio de Salud tendrá dos meses, es decir, hasta el 26 de abril.

Insuficiencia de la UPC

El sistema se encuentra a la mitad de una tensión financiera crítica por causa de la insuficiencia de los recursos de la UPC, es importante examinar este asunto, toda vez que se siguen alimentando relatos que sostienen que dichos recursos serían suficientes en la actualidad, e inclusive suficientes para pagar la totalidad del nuevo gasto que ocasionaría la reforma a la salud.

La crisis explícita está siendo ocasionado directamente a partir de los errores de cálculo asociados a la UPC que es el componente clave que materializa la solidaridad y la protección financiera de la población, siendo determinantes para realizar el goce efectivo del derecho. En primera medida, como lo señala el gráfico a continuación, los recursos del sistema suelen estar marginalmente desfasados de manera deficitaria, elemento clave para entender que es el Gobierno Nacional quien en esta lógica ha autorizado el uso de recursos extraordinarios para financiar el desbalance, mediante la desacumulación de reservas.

Gráfico 3 Fuentes y usos de los recursos del sistema de salud como porcentaje del PIB (2011 – 2022)



Fuente: Mesas Técnicas estudio Reforma a la Salud Comisión Séptima, Datos MinSalud - ADRES

4. “EL PUNTO DE NO RETORNO”

Incluso antes de la reforma, la estabilidad de las finanzas del sistema de salud está en riesgo por múltiples razones tales como dificultades en su financiamiento y en el flujo de los recursos, lo cual hoy persiste y que claramente se tienen que corregir.

Hay un factor muy relevante y que se ha repetido insistentemente y es que los ingresos son inferiores al costo real de atención. A esto se le suma que las tecnologías y medicamentos se encuentran en un costo creciente, las inclusiones, el cambio demográfico, el envejecimiento poblacional, las transiciones epidemiológicas, entre otras circunstancias, lo cual implica que el sistema requiere más recursos pues los ingresos destinados para el mismo no son suficientes.

El hecho de que la Unidad de Pago porCapitación (UPC) y los presupuestos máximos (PM) sean insuficientes para garantizar los pagos de las EPS ha llevado a un desfinanciamiento crónico tanto de la red pública como privada de hospitales y clínicas en nuestros territorios.

El estudio “Ajuste UPC 2024” elaborado por EAFIT concluyó que el sistema ha generado un déficit de \$7,2 billones entre 2022 y 2023 en los recursos provistos para atender el PBS de la población afiliada al sistema, y debería efectuarse un incremento del orden del 17,7% en su valor actual, para garantizar la suficiencia del sistema en 2024.

Según el informe de ANIF “¿Está desfinanciado el derecho a la salud de los colombianos?” de noviembre de 2023, cuyas proyecciones se calcularon también con base en la información oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, concluyó entre otros aspectos, que el sistema está desfinanciado en aproximadamente \$9,6 billones respecto del periodo 2021-2023 como consecuencia de la subestimación de la UPC y de los presupuestos máximos y

estimó que para el 2023, la UPC debía ser incrementada en un 15% y los presupuestos máximos en un 10,23%.

De hecho, frente a esta situación de desfinanciamiento, el Auto 2881 de 2023 de la Corte Constitucional concluyó que el gobierno no ha financiado de manera adecuada, no ha dispuesto los recursos para que las EPS presten los servicios de salud para los colombianos, con cargo a los PM, de manera eficiente. Por otra parte, el Auto 2882 de 2023 ordenó al Ministerio, entre otras cosas, desembolsar la totalidad de los dineros probados con el Acuerdo de Punto Final y que no hubieran sido pagados, cuyo objetivo es sanear las diferencias y deudas históricas asociadas a los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y recobradas a la ADRES. Y, adicionalmente, el Auto 006 de 2024 ordenó citar a sesión técnica en el marco del seguimiento al cumplimiento de las órdenes impartidas en la Sentencia T-760 de 2008, con el fin de profundizar sobre la suficiencia de la UPC en el sistema.

Con la reforma, se agudiza la insostenibilidad financiera del Sistema y, por ende, la garantía del derecho a la salud, al establecer mayores gastos administrativos para el Sistema con los mismos recursos, por cuanto no se están generando nuevas fuentes de ingresos, es decir es una reforma sin recursos adicionales. A esto se le suma la exigente inversión en infraestructura planteada, los recursos que se están quitando al aseguramiento para financiar infraestructura regional, y la estrategia de la Atención Primaria en Salud, la cual genera mayores costos sin que disminuya la carga de enfermedad que ya se trae y cuyos ahorros que puede representar solo se verán a largo plazo.

Es importante destacar que sin haberse aún aprobado la reforma, el Ministerio mediante la Resolución 2364 de 2023, "Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones", estableció que para la vigencia 2024 las EPS deberán destinar el 5% de la UPC-C (contributiva) para la operación de equipos básicos de salud. Esta nueva obligación está llevando ya al sistema a un "punto de no retorno", yendo en contravía de las órdenes 21, 22, 24 y 27 impartidas por la Corte Constitucional, lo cual afecta directamente la sostenibilidad financiera del sistema de salud y, con ello, la garantía del derecho fundamental a la salud.

Hace algunos años antes de la pandemia ya se tenía un sistema de salud con algunas dificultades que hoy persisten y que claramente se tienen que corregir. Hay un factor muy relevante que se ha repetido insistentemente en los últimos dos años y es que los ingresos son inferiores al costo real de atención.

Cabe resaltar que cuando se dio la pandemia esta dejó un impacto financiero importante en las EPS, esto debido a que la pandemia no fue suficientemente financiada y presionó crucialmente los recursos de la UPC.

También cabe agregar a los inconvenientes de hace algunos años, que las tecnologías y medicamentos se encuentran en un costo creciente, adicional se suman las inclusiones de lo NO PBS al PBS, el cambio demográfico, el envejecimiento poblacional, las transiciones epidemiológicas, entre otras circunstancias, que requieren que el sistema necesite más recursos.

Como consecuencia de la insuficiencia de los recursos se derivan las siguientes situaciones:

Aseguradoras que continúan con su operación garantizando el acceso y los servicios a los usuarios agotando su patrimonio y la inversión de las reservas técnicas. Como consecuencia de seguir pagando oportunamente a la red, se genera el incumplimiento de los indicadores de habilitación financiera, pero se garantiza la prestación de los servicios a los usuarios hasta que se agoten los recursos.

Aseguradores que toman la decisión de no afectar sus indicadores financieros y se apalancan en la red de prestadores postergando los pagos a 90,120 o más días. Como consecuencia afecta el flujo de pago a los prestadores, niegan o cierran servicios afectando el acceso y la prestación a los usuarios, pero cumplen con las obligaciones financieras requeridas.

Es relevante destacar que las entidades de vigilancia, inspección y control siempre muestran los indicadores de patrimonio adecuado de reserva técnica, pero no evidencian los indicadores de rotación de cartera con la red de prestadores. Hay algunas entidades que han sacrificado los recursos que tenían en la caja, incluso su propio patrimonio, a diferencia de otras aseguradoras que, aunque mantienen esos recursos al día (reservas técnicas), no han efectuado el pago a los prestadores.

De continuar con la problemática de la insuficiencia desataría una verdadera crisis de salud en el país y traería las siguientes consecuencias:

- No pago a los acreedores y prestadores
- No inversión en equipos
- No pago de salarios
- Aumento de despidos
- Cierre de servicios
- Falta de insumos y medicamentos
- Detrimiento en la prestación de servicios a los usuarios

Si esto no se corrige se darían los siguientes escenarios:

Si el usuario cuenta con el dinero, compra una póliza de seguro o paga los servicios de salud de su bolsillo.

Si no cuenta con los recursos, su salud se verá muy afectada y en las más graves instancias, podría llegar a la muerte.

La solución hoy es financiar con mayores recursos el sistema de salud, pero también hay alternativas para mejorar y corregir la problemática de las asimetrías de concentraciones de pacientes con enfermedades de alto costo, que al darse una distribución más equitativa pueden ayudar significativamente a la sostenibilidad financiera de las EPS con alta concentración de riesgo.

5. MARCO JURÍDICO

En su orden jerárquico el proyecto de ley impacta directamente sobre la vida y la salud de las personas, un derecho ampliamente reconocido por el Sistema Internacional de Derechos Humanos a través de instrumentos como:

Declaración Universal de los Derechos del Hombre

Artículo 11. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.³⁵

Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.³⁶

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, **salud**, libertad de organización, de participación política, entre otros)

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.

5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede

³⁵ https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

³⁶ https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

*aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.*³⁷

Constitución Política de Colombia

ARTÍCULO 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad

Ley 1751 de 2015 ley Estatutaria de Salud

Artículo 10. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

*Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*³⁸

El marco jurídico del sistema general de seguridad social en salud de Colombia se ha caracterizado por su progresividad en la búsqueda de la universalidad, la equidad y la calidad en la atención médica. Se considera uno de los más avanzados de la región de América Latina por su impacto positivo en la salud y en el bienestar de los colombianos. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha buscado garantizar la cobertura universal, estableciendo mecanismos para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a la atención médica, independientemente de su condición socioeconómica. A su vez un sistema de aseguramiento mixto, universal e integral con la participación del sector público y privado. Esto ha permitido que el sector privado amplie su participación en la prestación de

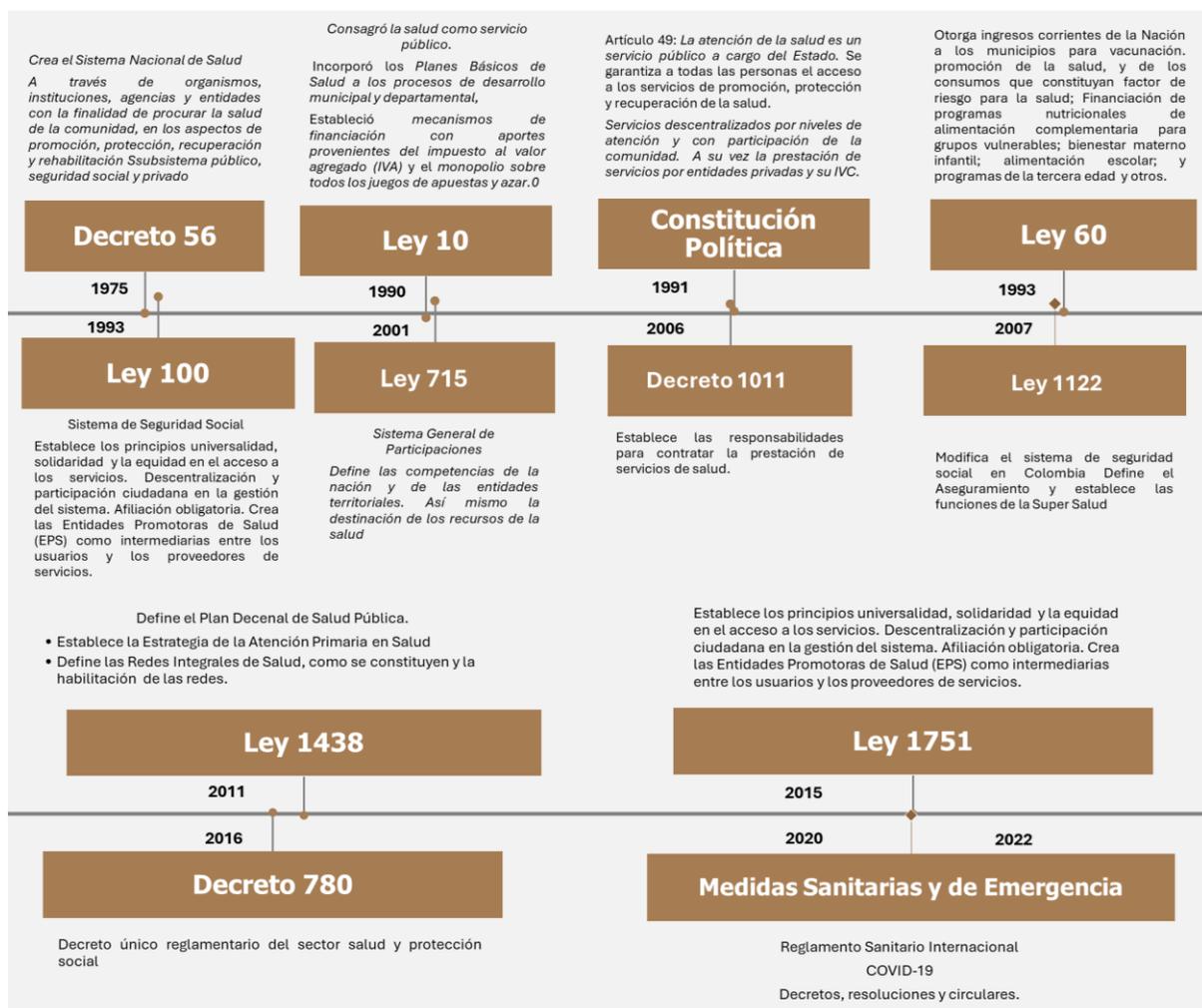
³⁷ https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

³⁸ http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

servicios de salud, pero que exista un control estatal para supervisar la calidad y la equidad en la atención.

El sistema se ha caracterizado por la promoción de la descentralización de la gestión de la salud, otorgando mayor autonomía territorial y fomentando la participación ciudadana en la toma de decisiones. Esto ha generado la adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de cada comunidad y la mejora de la eficiencia en la prestación de servicios. Se destaca del actual sistema un enfoque en la prevención y promoción de la salud como parte integral y se cuenta con amplia evidencia de la implementación de programas de salud pública dirigidos a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, lo que contribuye a reducir la carga de enfermedad en la población.

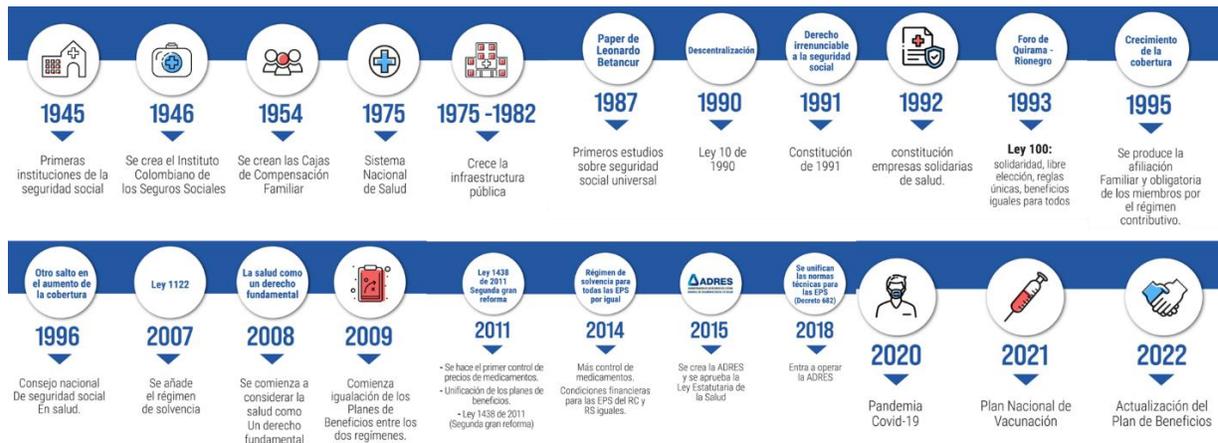
Ilustración 1 Evolución del marco jurídico y normativo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud



Fuente: elaboración propia

Según el Banco de la República³⁹ desde la ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado en mejoras en los indicadores de salud, así como en la ampliación de la cobertura y la protección financiera para la población. El sistema ha logrado avances importantes, como la implementación de un plan de salud integral que sólo excluye procedimientos estéticos y experimentales, un gasto de bolsillo bajo en comparación con estándares internacionales y un aumento en la cobertura, que pasó de 29% en 1995 a 99% de la población en 2022. A pesar de estos logros, persisten desigualdades en el acceso y en la calidad de los servicios, lo cual se manifiesta en disparidades territoriales y en la oferta de atención.

Tabla 1 Evolución institucional del sistema de salud colombiano



Fuente: adaptación ponentes, información proporcionada por GestarSalud en Mesas técnicas

Cualquier **esfuerzo reformista del Estado debe implicar una mejora en el sistema actual, el estudio riguroso de la normatividad vigente para garantizar la pertinencia, avance, progresividad** y que el nuevo sistema realmente se enfoque en las disparidades territoriales y la oferta de atención y responda a las necesidades de salud y bienestar de todos los colombianos.

6. TAXONOMÍA Y ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LOS SISTEMAS SALUD

En general, los sistemas de salud pueden clasificarse según la naturaleza del modelo su sistema de protección social⁴⁰. Los principales modelos de sistemas de salud:

³⁹ Revista Ensayos Sobre Política Económica (ESPE) - Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. <https://www.banrep.gov.co/es/publicaciones-investigaciones/espe/aspectos-financieros-fiscales-sistema-salud-colombiab>

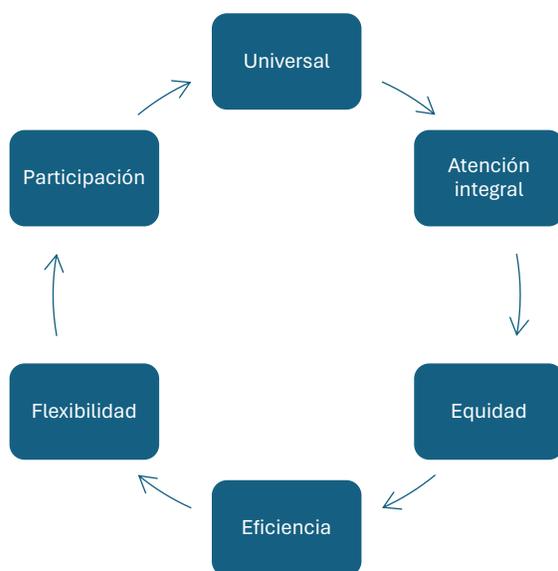
⁴⁰ OMS, 2013.

Variable / modelo	Seguros sociales (Bismark)	Sistema nacional de salud (Beverige)	Libre mercado o modelo liberal
Concepción de la salud	Derecho o bien tutelado	Derecho o bien tutelado	Bien de consumo
Participación del Estado	Garantiza prestaciones sanitarias	Garantiza y financia las prestaciones sanitarias	Garantiza cobertura y financiación de atención a algunas poblaciones vulnerables (Pequeños Seguros sociales o Sistemas de Salud)
Financiación	Cuotas obligatorias de trabajadores y empleadores	Impuestos y contribuciones complementarias	Empresas con cofinanciación de trabajadores.
Cobertura	Trabajadores y dependientes	Universal	Asegurados
Relación con proveedores	Por contrato	Por integración	Mercados con regulación baja o nula
Problemas	Centrado en la atención o restauración de la salud, poca prevención	Burocracia, sobreutilización, ineficiencia, listas de espera.	Baja protección financiera y alto gasto para recibir atención en salud
Nivel de gasto	Alto	Medio - alto	Medio - alto
Países referencia	Alemania, Francia, Suiza, Bélgica o Austria	Reino Unido, España	Estados Unidos

Fuente: elaboración propia, a partir de OMS, 2013 y OPS, 2021

El modelo colombiano es un modelo híbrido que adapta los modelos existentes de manera híbrida a través de un sistema que algunos expertos llaman de competencia regulada.

Otro elemento central para abordar en la evaluación del desempeño de un modelo de salud son los principios básicos que de acuerdo con la OMS son los siguientes.



- **Universal:** entendiéndose por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una **atención integral** que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- **Equitativo** en la distribución de los recursos
- **Eficiente** en el manejo de los recursos
- **Flexible** para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- **Participación:** toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Respecto a las formas en las que se pagan los servicios, las siguientes son las unidades de pago más conocidas:

Pago por evento: consulta, cirugía, cada intervención o servicio se paga por separado, se cobra con reembolsos.

Pago por caso o proceso: proceso asistencial, episodio de una enfermedad, el cobro se realiza no en función del evento sino del tiempo que toma el tratamiento

Pago por capitación: para cada usuario o asegurado se asigna una cantidad por persona y el proveedor del servicio puede gestionar ese recurso independientemente de si la persona se enferma o no y cuál sea su enfermedad.

Pago por presupuesto: los proveedores, centros o establecimientos reciben una cantidad global para cubrir el costo de los servicios de salud, incluyendo el pago del salario del profesional y de los medios necesarios para realizar su trabajo.

En este documento se desarrollan los logros del sistema de salud, demostrando de manera suficiente que el sistema de salud colombiano además de tener un desempeño destacado responde a un modelo que progresivamente está desarrollando los principios y estándares definidos internacionalmente bajo un esquema de competencia regulada, que combina las fortalezas de los modelos históricos más usados en el mundo.

7. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Después de la pandemia COVID-19, la salud ocupa un lugar fundamental en la agenda pública de todos los países del mundo. La salud se ha convertido en un tema de interés global y una prioridad. La forma en que los sistemas están estructurados y operan es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos, así como para enfrentar los desafíos emergentes en la atención, acceso, cobertura, prevención de enfermedades, nuevas pandemias, innovación, sostenibilidad entre otros.⁴¹

Desde la cobertura universal hasta la calidad de los servicios, los sistemas de salud de diferentes países reflejan distintos enfoques y modelos, cada uno con sus propias fortalezas y debilidades. A medida que los países avanzamos y las demandas de nuestras poblaciones son constantes, es esencial examinar y comprender en profundidad los sistemas de salud para identificar las mejores prácticas, los desafíos persistentes y las áreas de mejora potencial.⁴² Es por esto por lo que Colombia debe continuar fortaleciendo sus capacidades en la agenda global y de la región. Un país desconectado de la salud global y de la región es un país que no avanza. La salud no tiene fronteras y es fundamental que una reforma incorpore una dimensión global y regional de la salud.

⁴¹ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reto-del-covid-19-para-los-sistemas-de-salud-en-el-mundo.aspx>

⁴² <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

El sector salud de Colombia bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2022⁴³, con el apoyo de USAID diseñó y lanzó ante la comunidad internacional la “Estrategia de cooperación y relaciones internacionales 2022-2031”, donde consolidó una agenda internacional, la cual estableció una ruta para fortalecer las capacidades del sistema de salud, identificando las fortalezas y buenas prácticas que en el sector salud estaba en capacidad de ofertar a otros países, gozando de todo el reconocimiento a nivel internacional. Lamentablemente a partir de agosto de 2022 esta realidad cambió y el sector salud ha venido decreciendo en su liderazgo en escenarios regionales e internacionales y ha perdido visibilidad y oportunidades de movilizar nuevos recursos para fortalecer sus capacidades y generar valor a otros países.

De otra parte, en el mundo, encontramos países que han logrado establecer sistemas de salud universalmente accesibles, pero con problemas de sostenibilidad financiera y algunos que enfrentan desafíos en términos de equidad, financiamiento y sostenibilidad, como es el caso de Colombia. Cada sistema de salud ofrece una perspectiva única sobre cómo abordar y gestionar la salud de sus ciudadanos⁴⁴. Es por esto por lo que, de cara a analizar la reforma la salud colombiana, es fundamental determinar las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud y realizar un análisis comparativo entre aquellos sistemas que tienen un enfoque predominantemente público, hasta aquellos donde el sector privado desempeña un papel significativo, con el objetivo de proporcionar una visión integral y comparativa de los modelos de atención.

Para este propósito hemos escogido cuatro (4) países de la región de latinoamericana y cuatro (4) países de Europa. Esto con el fin de identificar sus características y las áreas de oportunidad para su mejora e innovación y el avance hacia un futuro donde la salud sea verdaderamente accesible y equitativa de cara a una reforma a la salud colombiana.

⁴³ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presento-Estrategia-de-Cooperacion-Internacional-y-Politica-de-Relacionamiento-con-el-Sector-Privado.aspx>

⁴⁴ Las funciones esenciales de la Salud Pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y Descripción OPS/OMS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tabla 2 Cuadro comparativo sistema de salud latinoamericanos

	Colombia	Chile	México	Cuba
Descripción	Colombia tiene un sistema de salud universal mixto que combina elementos del sector público y privado. El sistema se basa en el régimen de seguridad social en salud y proporciona cobertura universal a través de diferentes regímenes de aseguramiento. Además, existe un sector privado que ofrece servicios médicos. Pluralismo estructurado	Sistema de salud mixto en el que coexisten el sector público y el privado. El sistema público está gestionado por el Estado a través del Ministerio de Salud y proporciona servicios de atención primaria y hospitales públicos. Además, existe un sector privado que ofrece servicios de salud a través de aseguradoras y prestadores privados.	Sistema de salud mixto que incluye tanto el sector público como el privado. El sistema público está compuesto por instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras que el sector privado complementa la oferta de servicios médicos.	Tiene un sistema de salud predominantemente público y está gestionado y financiado por el gobierno cubano a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Se basa en el principio de atención médica gratuita y universal para todos los ciudadanos cubanos, con énfasis en la atención primaria de salud.
Accesibilidad	Ha mejorado significativamente en las últimas décadas, especialmente con la implementación del sistema de seguridad social en salud.	El acceso puede ser desigual en algunas áreas del país.	El acceso a la atención médica puede ser limitado para ciertos grupos de población, especialmente en áreas rurales y con mayor vulnerabilidad.	Ha logrado altos estándares de calidad en la atención médica, con una tasa de mortalidad infantil comparable a la de países desarrollados y un enfoque en la prevención de enfermedades y la atención primaria de salud.
Calidad de atención	Aunque la calidad de la atención puede variar según la región, en general, el sistema ha avanzado hacia la mejora en la calidad de sus servicios de salud.	Es en general buena, especialmente en el sector privado. Sin embargo, persisten disparidades en la calidad entre regiones.	La calidad de la atención médica puede variar ampliamente en México, con disparidades entre el sistema público y privado, así como entre regiones.	Presenta desabastecimiento frecuente de tecnologías en salud

	Colombia	Chile	México	Cuba
Cobertura	Colombia tiene una cobertura universal de salud del 99%, donde la población está cubierta a través del sistema de seguridad social.	Aunque Chile ha ampliado la cobertura de salud en las últimas décadas, aún existen brechas en la cobertura, especialmente en áreas rurales y entre grupos socioeconómicos desfavorecidos.	México ha logrado expandir la cobertura de salud en las últimas décadas, pero aún existen brechas en la cobertura, especialmente entre grupos marginados. Tiene una cobertura de 72.4%	Universal
Sostenibilidad financiera	El sistema de salud colombiano enfrenta desafíos financieros y requiere de nuevas fuentes de financiación, Sin embargo, se han implementado medidas para garantizar su sostenibilidad a largo plazo como la ley de punto final entre otros.	El sistema de salud chileno enfrenta desafíos de sostenibilidad debido a los altos costos y la dependencia del sector privado.	El sistema de salud mexicano enfrenta desafíos financieros significativos, incluida la falta de financiamiento adecuado para el sector público.	El sistema de salud cubano se financia principalmente a través del presupuesto del gobierno que asigna recursos para mantener la infraestructura de salud, pagar salarios a los profesionales de la salud y adquirir medicamentos y equipos médicos.
Gasto en salud	5,2% del PIB, 2022	9% del PIB (2022)	6.2 del PIB	11% del PIB en 2020
Gasto de bolsillo	14,86% del gasto en salud	36% del gasto.	42,12% del gasto en salud.	8,92% del gasto en salud (2020)
Expectativa de vida	77 años hombres, 80 años mujeres	80 años	75.2	79 años para hombres y 83 años para mujeres.
Tasa de natalidad	14 por cada mil personas.	12 por cada mil personas.	17 mil por cada 1000	9 nacimientos por cada 1,000 personas.
Tasa de mortalidad	6 por cada mil personas.	6 por cada 1000 personas.	6 por cada 1000	es de alrededor de 8 muertes por cada 1,000 personas.

Fuente: elaboración propia a partir de datos OPS, OMS y Banco Mundial

El sistema de salud cubano como sistema netamente público, enfrenta una escasez permanente de recursos médicos, incluyendo medicamentos, equipos y suministros. Esta escasez puede resultar en dificultades para acceder a tratamientos lo que se traduce en una

afectación negativa en la calidad de la atención médica. Así mismo, algunas instalaciones de salud sufren de infraestructura deficiente, con edificios deteriorados, equipos obsoletos y problemas de mantenimiento. Esto puede comprometer la calidad y seguridad de la atención médica, así como afectar la experiencia del paciente.⁴⁵

Cuba enfrenta el desafío de la fuga de profesionales de la salud que buscan oportunidades en el extranjero debido a salarios bajos, falta de oportunidades de desarrollo profesional y condiciones de trabajo difíciles. Esta fuga de talento puede afectar la disponibilidad y calidad de los servicios médicos. A su vez también centralización y burocracia, toda vez que es altamente centralizado y sujeto a unas autorizaciones complejas, lo que obstaculiza la eficiencia y la capacidad de respuesta a las necesidades de su población. Los procesos administrativos pueden ser lentos y difíciles de navegar, lo que afecta la entrega oportuna de atención médica. Aunque el sistema cubano ha logrado avances en ciertos campos médicos, como la biotecnología y la medicina preventiva, aún enfrenta desafíos en el acceso a tecnología médica avanzada y tratamientos de vanguardia. Esto puede limitar las opciones de tratamiento disponibles y afectar la calidad de la atención médica en ciertos casos.

Tabla 3 Cuadro comparativo sistema de salud europeos

	Francia	España	Italia	Rusia
Descripción	Sistema de salud público universal financiado a través de impuestos y contribuciones sociales. Este sistema se basa en el seguro de salud obligatorio, conocido como Sécurité Sociale, que cubre a la mayoría de los ciudadanos y residentes legales. Además, existe un sector privado que complementa la oferta de servicios médicos.	Sistema de salud público universal financiado a través de impuestos, conocido como Sistema Nacional de Salud (SNS). Proporciona cobertura a todos los ciudadanos y residentes legales, ofreciendo una amplia gama de servicios médicos. Además, existe un sector privado que opera de manera complementaria.	Sistema público universal, en el que la mayoría de la población está cubierta por el Servizio Sanitario Nazionale (SSN), el Servicio Nacional de Salud. Este sistema garantiza el acceso a una amplia gama de servicios médicos a todos los ciudadanos y residentes legales del país, independientemente de su situación económica.	El Ministerio Federal de Salud y los Ministerios o Departamentos Regionales de salud son los rectores del sistema desde la promulgación de la Ley del Seguro Médico Obligatorio de 2011 en la cual se ha intentado solventar las dificultades en la implementación de un sistema sanitario de ámbito nacional, esta normativa permite al gobierno central asumir un papel más fuerte en la orientación del desarrollo del sistema, por ejemplo, introduciendo estándares de calidad de la asistencia sanitaria

⁴⁵ [file:///C:/Users/empre/Downloads/CUBA%20EL%20SUE%C3%91O%20DEL%20ENGENDRO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/empre/Downloads/CUBA%20EL%20SUE%C3%91O%20DEL%20ENGENDRO%20(1).pdf)

	Francia	España	Italia	Rusia
Accesibilidad	Ofrece acceso a la atención médica para todos los residentes legales, complementado por seguros de salud privados opcionales.	España cuenta con un sistema de salud público universal que ofrece acceso a la atención médica para todos los ciudadanos y residentes legales.	Italia cuenta con un sistema de salud público universal que ofrece acceso a la atención médica para todos los ciudadanos y residentes legales	Pública asegurada
Calidad de atención	Alta, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	España proporciona una atención médica de alta calidad, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	Italia es conocida por proporcionar una atención médica de alta calidad, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	
Cobertura	Francia tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población.	España tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población.	Italia tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población, sin embargo, también hay brechas.	99.2%
Sostenibilidad financiera	Aunque el sistema de salud francés enfrenta desafíos financieros, ha logrado mantener altos estándares de atención.	Aunque el sistema de salud español enfrenta desafíos financieros, ha logrado mantener altos estándares de atención.	Aunque el sistema de salud italiano enfrenta presiones financieras, ha logrado mantener altos estándares de atención a pesar de los desafíos.	
Gasto en salud	10,26% PIB (2022)	10,9% PIB (2021)	6,48% PIB (2022)	3,43 % PIB (2019)
Gasto de bolsillo	23,28% PIB (2020)	26,74% PIB (2020)	23,92% PIB (2020)	29,45% PIB (2020)
Expectativa de vida	82 años (2021)	83 años (2021)	83 años (2021)	69 años (2021)
Tasa de natalidad	11 por cada 1000 personas (2021)	7 por cada 1000 personas (2021)	7 por cada 1000 personas (2021)	10 por cada 1000 personas (2021)
Tasa de mortalidad	5 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	3 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	3 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	6 por cada 1000 menores de 5 años (2021)

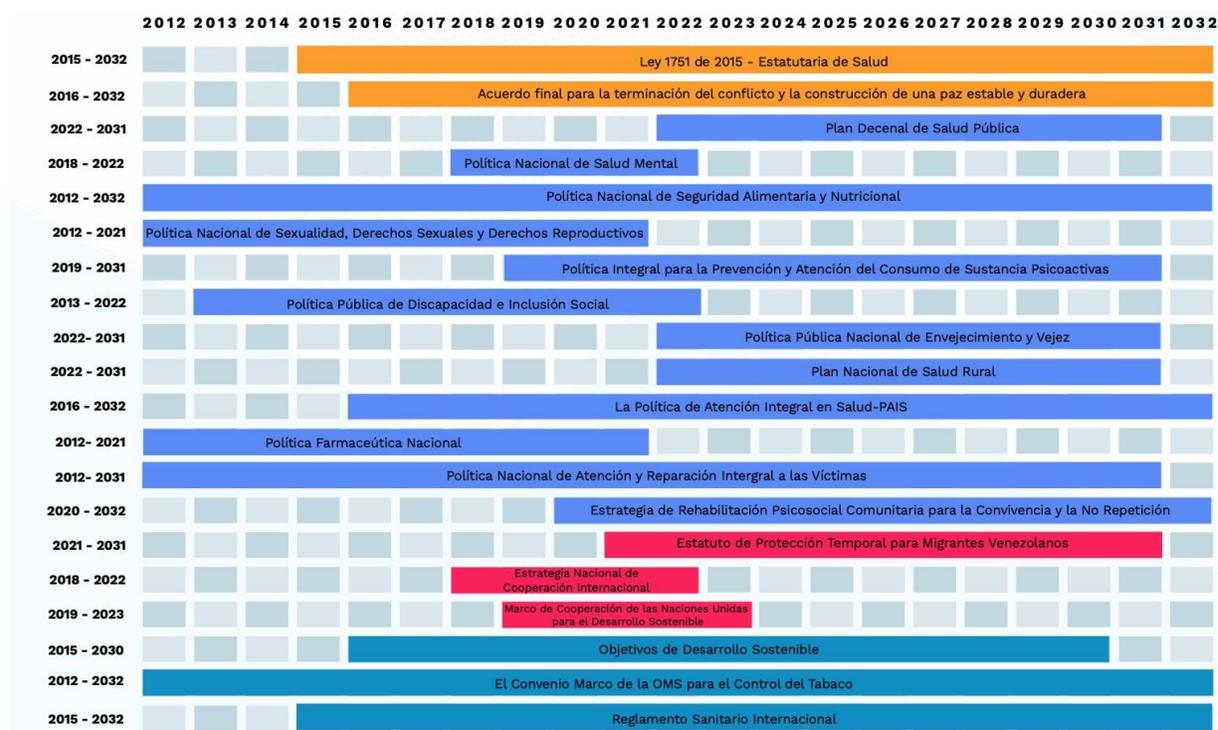
Fuente: elaboración propia a partir de datos OPS, OMS y Banco Mundial

Obsérvese que la reforma a la salud en Colombia tuvo un origen y fundamento en el intercambio de experiencias con el modelo italiano, el cual es eminentemente público, sin embargo, en Italia existen disparidades regionales en términos de acceso y calidad de la

atención médica. A su vez presiones financieras debido al envejecimiento de la población, los costos crecientes de la atención médica y la necesidad de una mayor modernización en la infraestructura. Así mismo el sistema de salud italiano puede ser percibido como complejo, con múltiples actores involucrados en la prestación y financiación de servicios médicos, lo que puede generar desafíos en términos de coordinación y eficiencia y tiempos largos de espera en algunos casos para recibir atención especializada, por lo que no podría ser el mejor referente para una reforma a la salud en Colombia.⁴⁶

Colombia ha logrado la mejor cobertura universal, donde la mayoría de la población tiene acceso a servicios médicos esenciales. A su vez el país cuenta con un compendio de políticas públicas y un nivel de innovación en políticas de salud destacado.

Ilustración 2 Principales Políticas Públicas del Sector Salud Colombiano



Fuente: Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social 2022-2031.

Una de sus políticas innovadoras, es el régimen de aseguramiento en salud, que han mejorado el acceso y la calidad de la atención médica. El sistema de salud colombiano ha puesto un fuerte énfasis en la atención primaria, prevención secundaria y terciaria de salud, y niveles especializados a través de las EPS, lo que ha contribuido a una mejor gestión de enfermedades crónicas y una atención más integral principalmente a través de programas como VIH SIDA, Trasplante renal crónico, diabetes, hemofilia, tuberculosis. El país ha invertido en

⁴⁶ <https://www.openglobalrights.org/a-cautionary-lesson-from-italy-commercialization-of-healthcare-can-kill/?lang=Spanish>

infraestructura y tecnología, lo que ha mejorado la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en todo el país.

Un enfoque en la equidad, a través de programas y políticas específicas, y ha trabajado para reducir las disparidades en el acceso a la atención médica entre diferentes grupos de población, promoviendo la equidad en el sistema de salud.

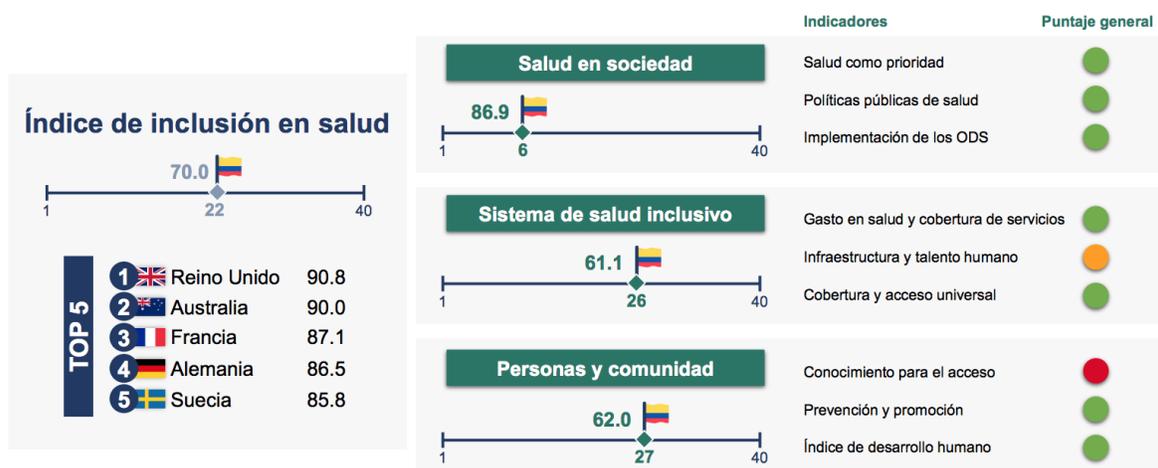
Diferentes organismos y revistas han calificado nuestro sistema de salud mejor que el de pares de la región y países con ingresos similares:

Entre los mejores puntajes de la región e incluso del mundo en el Índice de Acceso y Calidad de la Atención Médica con 61,1 (Global:54,4 y Latam: 50,7), publicado por *The Lancet*.



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023. *The Lancet* (2019).

En el puesto 22 del Top40 en el Índice de Inclusión en Salud que evalúa aspectos clave de los sistemas de salud y la atención médica de cada uno, según la revista *The Economist*.



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023. *The Economist* (2022).

En el Top3 de los puntajes de la región en el Índice de Atención Médica de *CEO World*, el cual evalúa el sistema de salud (infraestructura, talento humano, costos, medicamentos y gobernanza).



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023.

En 2019, en el puesto 45 en el Índice de Cobertura Efectiva del Sistema de Salud, con base en la carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo, superior al promedio mundial (61) y al de los países de Latam (62), e inferior al promedio de los países de OCDE (84), según estudio de Lozano et al. (2020).

8. AVANCES Y LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Las bondades del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano son numerosas, Colombia fue el primer país en Latinoamérica en lograr la cobertura en salud de toda su población y gracias al modelo de aseguramiento todos los colombianos tenemos un seguro de salud desde antes de nacer y durante toda la vida, además, el sistema de salud está diseñado para brindar las mismas garantías a personas de bajos ingresos y de altos ingresos. Esto se materializa a través de dos instituciones jurídicas fundamentales del sistema la UPC y el Plan de Beneficios.

Nuestro sistema está catalogado como uno de los más solidarios del mundo, está en el nivel medio alto en el mundo y se encuentra entre los mejores de América Latina, además es considerado uno de los países con mejor inclusión de salud en el mundo⁴⁷, brinda a toda la población la totalidad de las tecnologías en salud disponibles en el país y tiene uno de los más bajos gastos de bolsillo, a pesar de ser uno de los que tiene menor gasto per cápita de la región.

⁴⁷ Revista *The Economist*.

Adicionalmente, el índice de atención médica (general), la infraestructura, la calidad de los profesionales, el costo, la disponibilidad de medicamentos y preparación del Gobierno se encuentra por encima de países como Italia, Chile y Brasil⁴⁸.

Nuestro sistema de salud ha permitido el aumento de la esperanza de vida de la población en 5 años en las últimas décadas, ha permitido la disminución del 50% de las muertes maternas y tiene a 26 de sus IPS entre las mejores de América Latina. Colombia, sin lugar a duda es el país de América que más ha reducido la mortalidad materna evitable durante el siglo XXI, pasando del puesto número 20 al quinto lugar con la menor mortalidad evitable.

La capacidad de atención del sistema de salud colombiano es de inmensas proporciones, en el periodo 2016 – 2022 brindó más de 2.751 millones de atenciones a 29 millones de personas, con una intensidad de uso de 13,16. Estas atenciones son principalmente consultas, procedimiento de salud, urgencias y hospitalizaciones.

Tabla 4 Atenciones brindadas por el sistema de salud colombiano (2016 – 2022)

Año	Número de atenciones	Número de personas atendidas únicas	Intensidad de uso
2016	215.628.533	22.232.199	9,70
2017	292.084.603	26.029.762	11,22
2018	448.275.525	30.184.641	14,85
2019	462.779.666	34.676.772	13,35
2020	412.964.039	29.854.277	13,83
2021	454.012.173	32.739.591	13,87
2022	465.867.724	30.443.937	15,30

Fuente: Gestarsalud

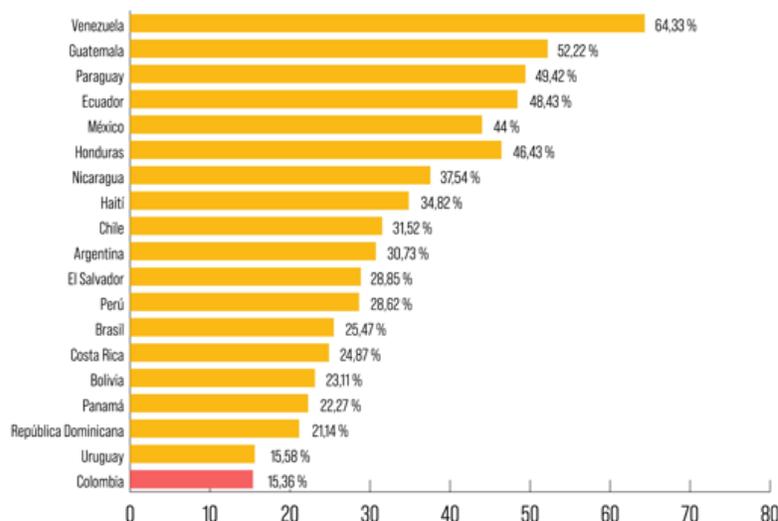
La garantía de cobertura universal del aseguramiento en salud que es del 99,15% del total de la población, permite a 52 millones de colombianos que se encuentran afiliados al régimen contributivo (45%) y subsidiado (50%), principalmente. Los regímenes de excepción brindan atención al 4% de la población, el 0,2% de la población que son privados de la libertad, también recibe atención intramuralmente y solamente 443 mil colombianos no cuentan con cobertura del sistema de salud.

En tan sólo 28 años, nuestro país pasó de brindar cobertura al 29,2% de la población en el año 1995 al 99% de la población. Del total de los afiliados, el 42% se encuentra afiliado a una EPS privada, el 24% a una EPS mixta, el 18% a una EPS privada del régimen solidario, el 5% a EPS públicas, el 3% a EPS pública indígena y el 8% a un programa de salud de caja privada.

⁴⁸ Ceoworld Health Care Index, 2022.

El gasto de bolsillo que es la proporción del gasto en salud que es pagada directamente por los colombianos y sus familias es el más bajo de los países latinoamericanos.

Gráfico 4 Gasto de Bolsillo en países latinoamericanos



Fuente: BID, 2020

La esperanza de vida al nacer en Colombia, para el año 2020, respecto del año 2000, incremento en 5,56 años y nos sitúa entre el top 5 de los países de las Américas, por debajo de Canadá, Costa Rica, Chile y Perú.

Estos logros son reconocidos por los colombianos que a través de distintas encuestas han expresado su reconocimiento al valor que tiene el sistema de salud y adicionalmente el 80% de las personas, afirman que NO quieren que se eliminen las EPS. Más del 81% de la población se encuentra satisfecha con la atención en salud que reciben. Esto implica que tenemos oportunidades de mejorar, pero definitivamente, vamos por buen camino.

La Ley 100 de 1993 estableció un sistema de salud basado en el aseguramiento. En el contexto latinoamericano y de países de ingreso medio, esta reforma fue ambiciosa y pionera que buscaba universalizar la cobertura del seguro de salud y superar los sistemas fragmentados y segmentados que eran característicos para dichos países.

A partir de la Ley 100, el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado principalmente en: i) cobertura universal; ii) mejoras en los indicadores de salud y; iii) protección financiera de la población.

El Banco Mundial dijo en 2006: “La reforma del sector salud de 1993 en Colombia es un buen ejemplo de una iniciativa gubernamental exitosa de extender el seguro social en salud a la población de escasos recursos”.

No se pueden desconocer los logros alcanzados por la Ley 100 de 1993, norma que se ha venido adaptando a las transformaciones sociales y ha contado con actualizaciones importantes para el funcionamiento del mismo, en pro de la mejora de la salud de los

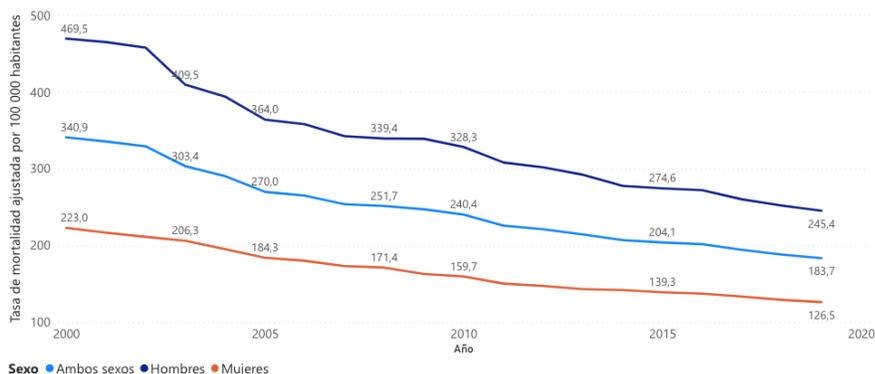
habitantes del territorio nacional, tales como la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, a medida que ha evolucionado la sociedad, ha evolucionado el Sistema de Salud en la medida que los temas presupuestales lo han permitido y las condiciones geográficas y de seguridad. Como resultado de amplias conversaciones con los diferentes actores del sistema de salud, se evidencia que, en efecto, el actual modelo requiere unas mejoras de manera que se puedan abordar los principales puntos de avance del modelo actual partiendo de la mejora en el modelo de atención primaria para la población, atención eficiente en la población rural dispersa y de difícil acceso, mejoras que tiendan a reducir las desigualdades que puedan estar presentes en el goce del derecho a la salud a pesar de la cobertura universal que a la fecha se ha logrado gracias a la ley 100 de 1993.

Aunado a lo anterior, es de gran importancia manifestar tres de los aciertos que la normatividad que rige el sistema de seguridad social en salud ha logrado durante los últimos 30 años respecto de la perspectiva del paciente, estos son a) la disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud y, b) bajo gasto privado o “de bolsillo” y, c) el aumento en la cobertura del sistema de salud d) el aumento de la expectativa de vida.

8.1. DISMINUCIÓN EN LAS TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE

En otro sentido, en dirección contrapuesta de lo que afirma la ponencia para primer debate en cámara de representantes del proyecto de ley en estudio, con datos del Sistema de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con información publicada por la Organización Panamericana de la Salud – OPS - y la Organización Mundial de Salud – OMS- la tasa de mortalidad evitable ha disminuido en Colombia, pasando de 340,9 en el año 2000 a 183,7 (Imagen 2), es decir, una disminución de más del 46%, mucho mejor desempeño que todos los países de la región, individualmente, y qué, en promedio, pasó de 292 a 227 x 100.000, con una disminución del 22% y de la subregión que en promedio pasó de 345 a 294 muertes prematuras potencialmente evitables por 100.000 habitantes, es decir, con una disminución que no llega al 14%, cifras que fueron ratificadas por GESTARSALUD en los comentarios sobre la reforma propuesta donde resaltan que la diferencia es dramática y el desempeño de Colombia, formidable.

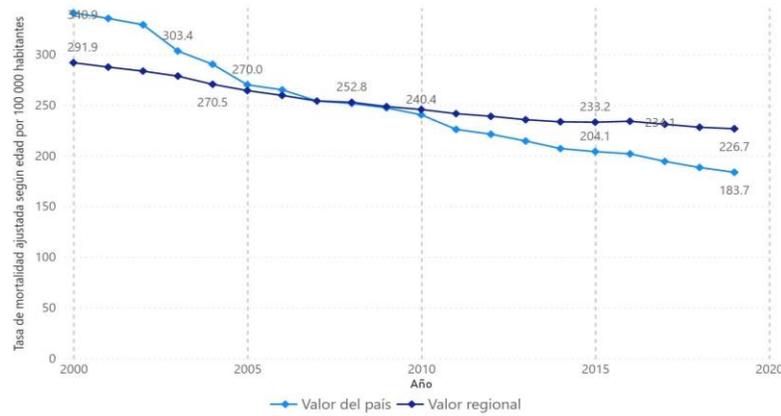
Gráfico 5 Tasas ajustadas por edad de mortalidad prematura potencialmente evitables por sexo; 2000 al 2020



Fuente: OPS/OMS, 2021

Igualmente, esa entidad replicó la gráfica en donde se compara el desempeño respecto a la tasa de mortalidad evitable de Colombia con el de la región, en donde pasamos de estar significativamente por debajo del promedio regional a estar por encima de este.

Gráfico 6 Tasas ajustadas de mortalidad evitable Colombia y promedio de las Américas



Fuente: OPS/OMS, 2021

Por este notable desempeño, Colombia ha pasado del puesto veinte (20) entre los países de América en el año 2000, al quinto (5) mejor puesto en el año 2019. Ningún sistema y ningún país ha tenido semejante cambio en el mejoramiento del estado de salud de su población (Imagen 4).

Gráfico 7 Mortalidad evitable en países de América, 2000 y 2019

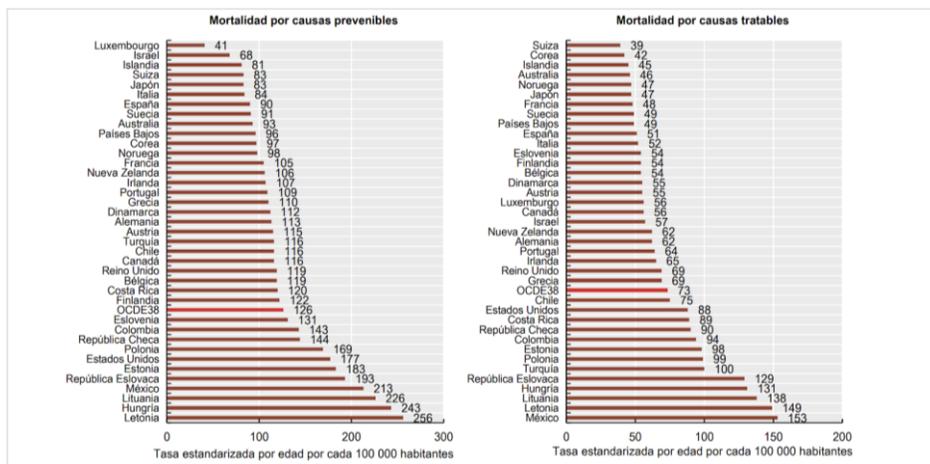
Año 2000		Año 2019	
Pais	Valor Indicador	Pais	Valor Indicador
Guyana	614.6	Haiti	877.8
Haiti	606.5	Guyana	708.0
Suriname	392.4	Trinidad y Tabago	473.3
Honduras	381.2	Bolivia, Estado Plurinacional de	472.5
República Dominicana	380.0	Suriname	466.7
Guatemala	348.0	Bahamas	443.9
Venezuela, República Bolivariana de	337.9	Belice	432.8
Belice	327.8	Honduras	422.4
Bahamas	324.5	Guatemala	417.4
Bolivia, Estado Plurinacional de	317.1	San Vicente y las Granadinas	389.4
El Salvador	312.4	República Dominicana	371.3
Granada	312.2	Brasil	351.9
San Vicente y las Granadinas	298.0	El Salvador	347.2
Trinidad y Tabago	287.2	Colombia	340.9
Santa Lucía	284.7	Jamaica	338.8
Jamaica	284.5	Venezuela, República Bolivariana de	330.2
Nicaragua	272.4	Santa Lucía	322.1
Paraguay	263.4	Nicaragua	308.6
México	254.5	Granada	303.8
Brasil	249.0	Paraguay	295.8
Uruguay	218.0	Ecuador	290.0
Cuba	210.9	Barbados	281.5
Estados Unidos de América	203.1	México	280.9
Argentina	203.0	Argentina	278.4
Barbados	198.5	Antigua y Barbuda	274.6
Antigua y Barbuda	197.8	Uruguay	266.4
Panamá	195.7	Perú	257.2
Ecuador	194.2	Cuba	252.0
Colombia	183.7	Estados Unidos de América	238.2
Costa Rica	155.9	Panamá	232.9
Perú	153.7	Chile	200.3
Chile	139.1	Costa Rica	200.1
Canadá	125.6	Canadá	178.0

Fuente: OPS/OMS, 2021

Al igual que nosotros, GESTARSALUD, destaca los comentarios de las OCDE sobre los indicadores de mortalidad evitable que permiten evaluar la efectividad de la salud pública y los sistemas de salud para reducir las cifras de muerte por diferentes enfermedades y lesiones. Algunos tipos de cáncer que son prevenibles a través de medidas de salud pública fueron las principales causas de mortalidad prevenible en 2019 (31% del total de muertes prevenibles), particularmente el cáncer de pulmón. Otras causas importantes fueron las lesiones, como accidentes de tránsito y suicidio (21%); infartos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias (19%); muertes relacionadas con el consumo de alcohol y drogas (14%); y algunas enfermedades respiratorias como influenza y EPOC (8%). La principal causa tratable de mortalidad en 2019 fueron las enfermedades circulatorias (principalmente infartos y accidentes cerebrovasculares), que representaron 36% de las muertes prematuras susceptibles de tratamiento.

La tasa de mortalidad promedio por causas prevenibles, estandarizada por edad, fue de 126 muertes por cada 100.000 habitantes en todos los países de la OCDE; varió de 90 o menos por cada 100.000 habitantes en Luxemburgo, Israel, Islandia, Suiza, Japón, Italia y España, a más de 200 en Letonia, Hungría, Lituania y México. Colombia presenta una tasa de mortalidad promedio por causas prevenibles de 143 muertes por cada 100.000 habitantes, encontrándose cerca del promedio de la OCDE y con mejores resultados que países como Estados Unidos y México.

Gráfico 8 Tasa de mortalidad por causas evitables, 2019

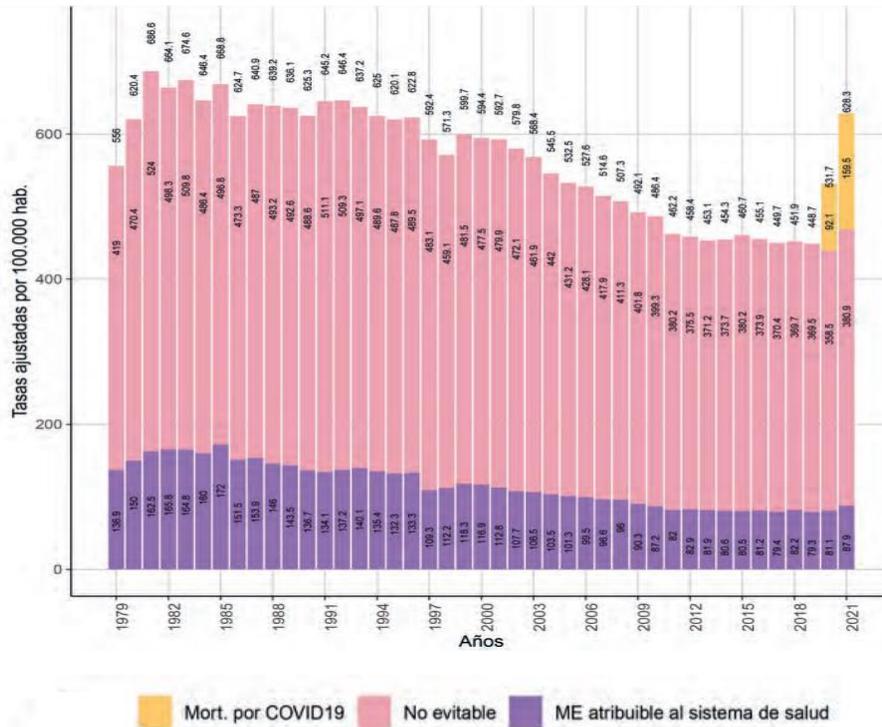


Fuente: Estadísticas OCDE

Y resalta esa misma entidad la necesidad de fortalecer, ajustar, sin desmejorar, como lo han venido proponiendo, desde la bancada de oposición, por ejemplo, en temas de promoción y prevención incluyendo lo relacionado con el tema de mortalidad evitable en menores de 5 años. En sus comentarios GESTARSALUD, con base en las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, denuncia que, la ponencia y la exposición de motivos del proyecto de ley en referencia, muestran correctamente un buen desempeño del país en mortalidad evitable en menores de 5 años, que, si bien se puede mejorar, no es necesario reformar lo que ya se ha avanzado en el tema, para lograr mayores y mejores resultados.

Adicionalmente, según el Instituto Nacional de Salud, en su informe de 2023 titulado “*cuando la muerte es evitable* (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2023)” se evidencia que, las tasas de mortalidad evitable han venido en retroceso, tal como se observa en las siguientes gráficas:

Gráfico 9 Tendencia de la mortalidad evitable atribuible al sistema de salud, Colombia, 1979-2021

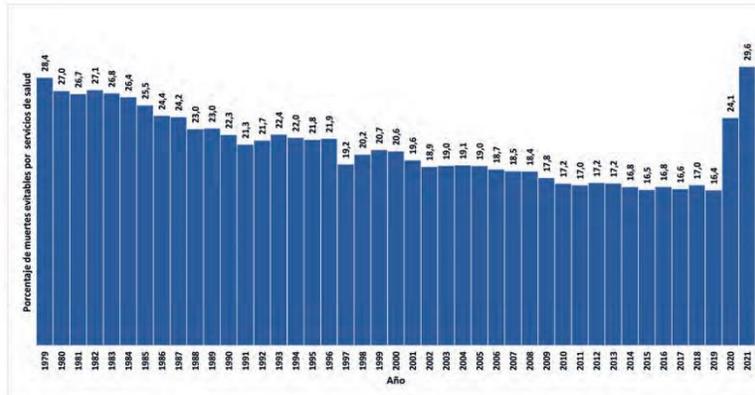


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS a partir de información DANE

Si se observa con detalle la gráfica, la tendencia es a la baja, con excepción de 2020 y 2021, en donde hay un aumento en los índices de mortalidad, lo cual se explica, cómo la misma OMS lo ha explicado, cómo los saldos de la pandemia: *En las Américas, la pandemia de COVID-19 irrumpió en un contexto de elevada desigualdad social y generó sinergias negativas con otras epidemias preexistentes. Diversos estudios realizados en varios países de la Región han documentado una mayor letalidad entre las personas que residen en zonas con una mayor concentración de pobreza, así como en personas indígenas y afrodescendientes (12-15). La pérdida de vidas humanas, la reducción de la esperanza de vida y una afectación simultánea y sincronizada en la salud física, mental y social (en mayor medida en los grupos sociales en situación de vulnerabilidad) son el saldo de la pandemia*⁴⁹ Todo ello, sin que se pueda atribuir como lo hace la exposición de motivos del proyecto de ley en estudio, algún tipo de responsabilidad en el sistema de salud, queriendo enlutar y desconocer los buenos resultados que éste ha traído, en términos de salud, aumento de la calidad de vida y del bienestar para los colombianos, como lo muestra la siguiente gráfica:

⁴⁹ <https://hia.paho.org/es/covid-2022/salud>

Gráfico 10 Porcentaje de muertes evitables atribuible a los servicios de salud por años. Colombia 1979-2021

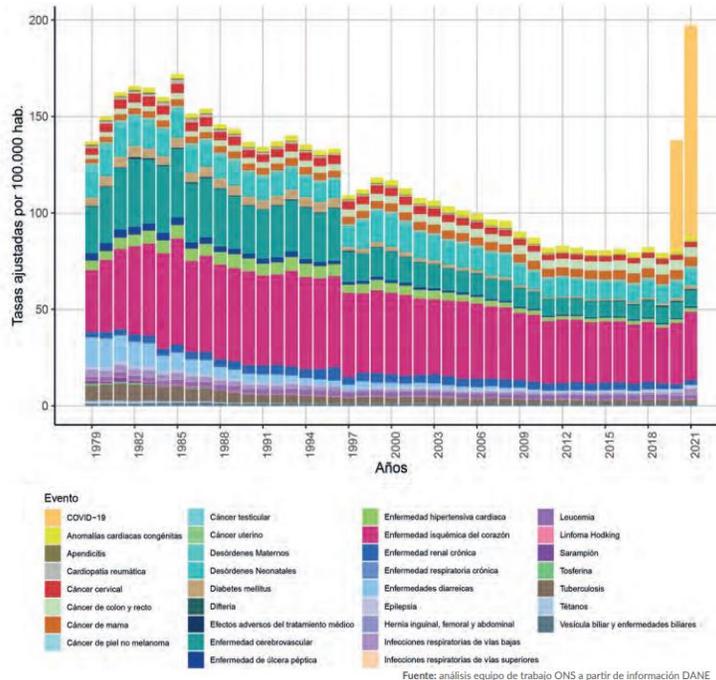


* Los años 2020 y 2021 incluyen como evitables todas las muertes por COVID-19 en menores de 75 años.
 Fuente: análisis equipo de trabajo ONS a partir de información DANE

Esta y las siguientes gráficas evidencian una disminución en las muertes evitables atribuibles al sistema de salud desde el año 1997, cuatro años después de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 hasta el 2011; durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2019 los índices se mantienen prácticamente estables, sin embargo, durante 2020 y 2021 se observa un aumento en las causas de muerte debido al COVID 19 que ya expusimos, no pueden ser objeto de comparación o atribuirle al sistema de salud respecto de otras enfermedades.

En conclusión, se puede afirmar que el modelo de salud impuesto por la Ley 100 y actualizado en 2011 y 2015, ha mostrado resultados positivos, de salvaguarda y protección de la vida y la salud de las personas, respecto a las muertes evitables atribuibles al sistema de salud.

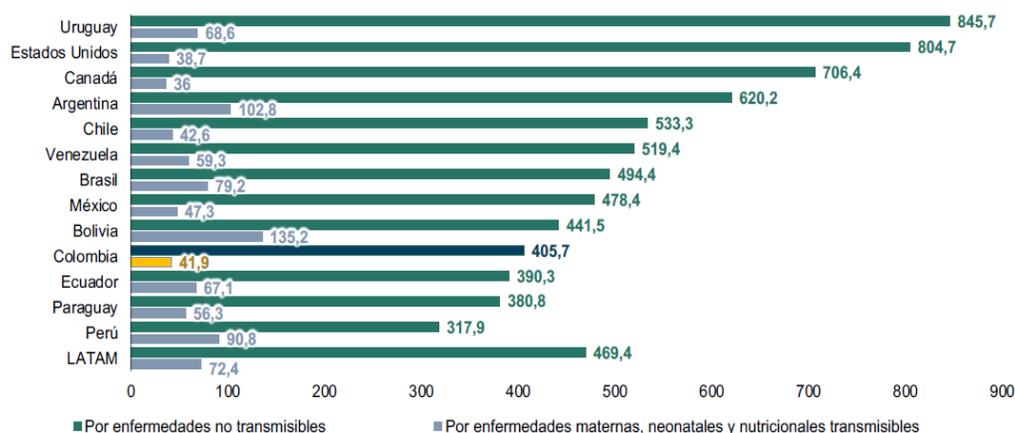
Gráfico 11 Mortalidad evitable atribuible al sistema de salud según grupos de causas, Colombia, 1979-2021



En definitiva, contrario a lo que sostiene la ponencia para primer y tercer debate del proyecto de ley con el cual se pretende reformar el sistema de salud actual, los niveles de mortalidad evitable han disminuido, en razón al acceso y atención en salud y, a un tratamiento, ya sea en servicios y/o medicamentos en favor de los pacientes, que ha sido promocionado o facilitado gracias al sistema de salud propuesto en 1993, bajo la figura del aseguramiento del riesgo en salud asumidos por algunos de los actores del sistema.

Por otro lado, también debe indicarse que, con base en las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, la justificación de la inequidad regional del sistema, que es cierta en algunos aspectos, en este caso se desvirtúa, pues este indicador es mejor en antiguos territorios nacionales que en los departamentos con mayor desarrollo. Así mismo, la ponencia y la exposición de motivos del proyecto muestra correctamente un buen desempeño del país en mortalidad evitable en menores de 5 años, lo que por supuesto, no avala un cambio drástico y sin rumbo claro, sino los ajustes que fortalezcan lo que existe hoy.

Gráfico 12 Tasa de mortalidad por enfermedades (por cada 100,000 personas a 2019)⁵⁰



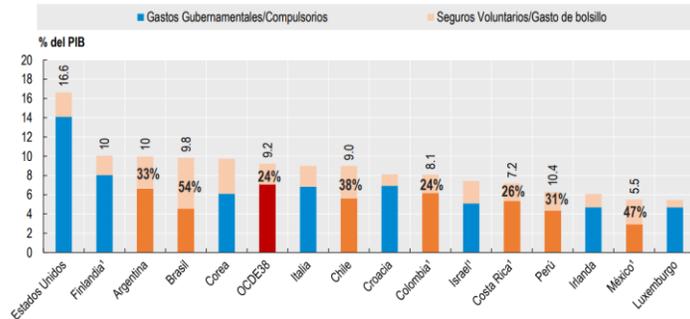
Colombia no está mal, indudablemente puede estar mejor, si se construye sobre lo construido, si se aumentan los recursos, si se optimizan los giros, si se hace más eficientes las auditorías si se obra con transparencia, oportunidad y celeridad, el camino sin lugar a dudas es más corto, que comenzar de ceros con un nuevo modelo, que propone ensayos sin tener resultados de efectividad en el tiempo o modelos bandera internacionales con logros irrefutables y en las mismas condiciones económicas, de geografía y de diversidad poblacional como las de Colombia

8.2. BAJO GASTO PRIVADO O “DE BOLSILLO” EN SALUD

Según cifras de la OCDE (OCDE, 2023), el gasto privado en salud se encuentra ubicado en el promedio de los países de esta organización, mientras que los países latinoamericanos se encuentran por encima de esta cifra, y se destaca que Colombia, contrario a lo que se afirma, está por debajo del promedio, en tendencia positiva, lo cual significa que, gracias al sistema de salud actual, el colombiano no tiene que destinar de sus ingresos un alto porcentaje en

⁵⁰ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

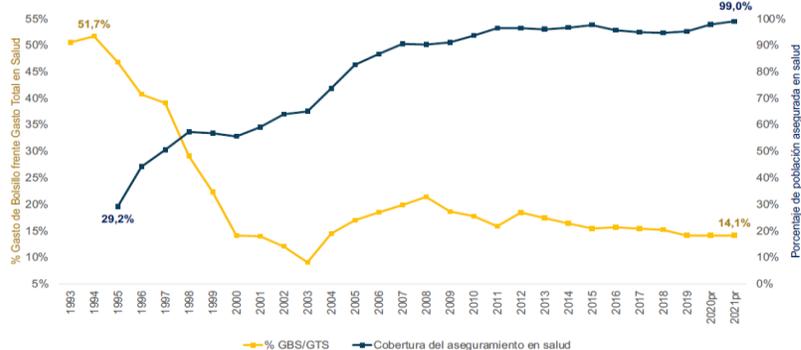
salud, sino destinarlos a otros menesteres que propenden la calidad de vida, que aumentan el bienestar de las familias Colombianas⁵¹.



Este es un logro que se puede atribuir al sistema de salud actual, que entre otros aspectos incluye y ha facilitado el acceso a los medicamentos en favor de los afiliados, no solo a nivel resolutivo de atención de la enfermedad sino a nivel de prevención de la misma, suministrando las tecnologías en salud necesarias indispensables en manejo y control de la enfermedad, lo que se ha denominado la “ruta del medicamento”, ello en virtud del sistema de aseguramiento actual del sistema de salud, toda vez que el usuario del sistema tiene garantizada la institución encargada de dispensar los medicamentos o, la IPS prestadora de diversos servicios como toma de laboratorios o diversos exámenes.

Estas cifras son destacadas por LA ANDI y ACEMI quienes destacan que el gasto de bolsillo en salud de los colombianos, gracias al modelo de aseguramiento universal, con aseguramiento en salud y financiero implementado por la ley 100 de 1993, ha permitido reducir entre 1993 y 2021 un 37,6% de dicho concepto en favor de los colombianos.

Gráfico 13 Gasto de Bolsillo frente gasto total en Salud 1993-2021⁵²



Sin lugar a duda, a medida que el gobierno nacional, el estado aumentó los recursos para la salud, optimice y agilice el flujo de recursos, menos aportes tendrán que hacer los

⁵¹ Tomado de <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe>

⁵² Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

colombianos para el mantenimiento de su salud, bien sea para prevenir enfermedad, reducir sintomatología o curar las enfermedades.

En febrero de 2022, el ministerio de salud en el estudio denominado **BOLETÍN GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS**⁵³, afirmó que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud –OMS–, la cobertura universal en un sistema de salud se logra asegurando el mejor desempeño posible en tres ejes: a) La población cubierta por el sistema de salud (afiliados), b) acceso a los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios (Servicios, tecnologías y beneficios) y c) la reducción en el gasto de bolsillo de las personas (WHO, 2010).

En el caso de Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– es de base altamente garantista del derecho a la salud bajo un esquema de cobertura universal, en dónde el 97% de la población se encuentra asegurada y el Plan de Beneficios cubre el 66% del total de tecnologías que cuentan con registro sanitario en Colombia. Ahora, sobre el gasto de bolsillo, entendido como los pagos directos que realizan las personas para cubrir bienes y servicios del sector salud, existen diversas estimaciones que se han llevado a cabo en estudios previos.

Según (Minsalud, 2015), el gasto de bolsillo se constituye como una barrera de acceso a los medicamentos, explicada por altos precios en estos bienes y por su impacto sobre el presupuesto de los hogares, especialmente cuando el gobierno central destina una menor asignación de recursos para financiar este rubro. A nivel cuantitativo, en los últimos 10 años, los estudios que han llevado a cabo estimaciones alrededor del gasto de bolsillo en el sector lo han hecho a través de la participación del gasto de bolsillo de los hogares en bienes y servicios de salud sobre el total del gasto en salud o como porcentaje del PIB. A partir de la Encuesta de Calidad de Vida de Colombia, (Guerrero et al., 2016) encuentran que la participación del gasto de bolsillo en salud en el PIB disminuyó en el periodo 2008-2014, pasando de 1,6% a 1,18%; con esta misma fuente de datos, (MinSalud, 2015b) encontró que el gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total en salud pasó de 24% en 2008 a 15,5% en 2014. Partiendo de datos publicados por la OMS, (Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015) estimaron que el gasto de bolsillo en salud representaba el 15,9% del gasto total en salud en el 2011; así también, (Guerrero et al., 2015) encontraron que este porcentaje fue de 14,8% en 2012, mientras que la participación sobre el PIB era del 1% para el mismo año.

Los anteriores datos indican que el gasto de bolsillo en Colombia está convergiendo hacia niveles por debajo del 20%, bajo los cuales la probabilidad de riesgo de incurrir en gastos catastróficos es tal que no genera mayores alarmas (WHO, 2010); mientras que el promedio latinoamericano era de 36,7% para 2011 (Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015). No obstante, el desligar el acceso a medicamentos de la capacidad de pago de cada ciudadano es un reto que las diferentes entidades gubernamentales deben enfrentar en el abordaje de las políticas públicas en salud. El gasto de bolsillo en bienes farmacéuticos es un indicador de qué tan universal es el gasto de salud de un país y cuál es su progresividad, ya que este gasto se

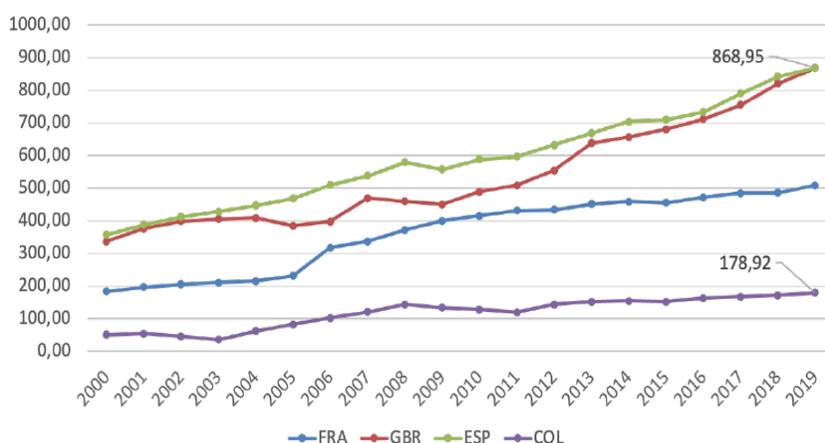
⁵³ Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud Ministerio de Salud y Protección Social Leonardo Arregocés Castillo, febrero 2022

encuentra en función del nivel de ingresos con el que cuente el hogar, lo cual podría constituir una barrera al acceso.

Así las cosas, es necesario resaltar la objetividad del estudio y la ratificación además de coherencia de las cifras ya enunciadas sobre gasto de bolsillo en salud en Colombia, que benefician a la población colombiana y que son ratificadas por otros expertos.

ACEMI por ejemplo informó en septiembre de 2022 como la reducción del gasto de bolsillo en salud de los colombianos ha influido en la protección financiera de los hogares, y al igual que nosotros, destaca que esto es un logro social del sistema de salud que hoy tenemos, con mejoras realizadas, y retos por afrontar y superar, que con buena voluntad política, honestidad y tecnicismo propenderá por la contribución en la reducción de la pobreza, equidad y disminución de brechas relacionadas con el acceso material a la salud.

Gráfico 14 Gasto de bolsillo per cápita en América Latina ⁵⁴



No solo la OCDE, la CEPAL en su informe de 2021, Colombia se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con el mayor financiamiento público cercano a la meta del 6% del PIB, esto se debe al buen manejo que se han dado de los recursos y la figura del aseguramiento de la enfermedad y del riesgo en salud que actualmente asumen las EPS, creadas por la ley 100 de 1993 y que la reforma que nos ocupa pretende reducir, y anular sus contribución al mejoramiento de la salud de los colombianos. Esto es posible gracias a los aportes estatales que, según el ministerio de salud en el 2022, el gasto público en salud se ubicó en promedio en los últimos 4 años en 5,8%, en cercano porcentaje que Costa Rica con 5,5%, lo antecede Argentina con el 5,9 %, Uruguay 6,7%.

Esto redunda en beneficio de los colombianos, respecto del gasto de bolsillo en salud, que como ya lo dijimos, el gasto per cápita de Colombia es uno de los más bajos de la OCDE, y de la Alianza del Pacífico. De 45 países analizados, Colombia figura entre las primeras cinco posiciones, por encima de Turquía, México, China e India. Le siguen dos países latinoamericanos que son: Brasil y Costa Rica. Consecutivamente, Rumanía, Croacia,

⁵⁴ Tomado de Avances y retos del Sistema de Salud colombiano desde la perspectiva del aseguramiento ACEMI septiembre 2022

Bulgaria, Eslovaquia, Letonia y Hungría, gracias al aseguramiento que caracteriza la prestación del servicio de salud en nuestro país.

Insistimos, que el Sistema de Seguridad Social en Salud implementado por la ley 100 de 1993, ha garantizado, sin importar la clase social, la salud a todos los colombianos y que tengan garantía al mismo plan de beneficios en salud, a través un sistema progresivo que garantiza qué a mayores ingresos, mayores aportes, esto es solidaridad equitativa diferencial. Así un ciudadano que gana \$13.000.000 aporta 10 veces más que un ciudadano que devenga \$1.300.000 y tienen acceso a los mismos beneficios, eso es equidad, reducción de brechas y mejoramiento de la calidad de vida, toda vez que ese colombiano que recibe lo equivalente a un salario mínimo hoy en día puede destinar parte de sus ingresos en otras necesidades diferentes a su atención en salud por cuanto esas, conforme lo ordena la Constitución Política de Colombia y la ley 1751 de 2015, se encuentran cubiertas por el Estado en términos financieros y aseguradas por las EPS, en términos de cobertura y riesgos en salud.

Hoy en día quienes se encuentran en el régimen subsidiado pueden acceder al Plan de Beneficios en Salud, sin aportar o depender de una relación laboral, si a esto se le suma el aumento de la cobertura en términos de afiliación al sistema de salud colombiano que es lo suficientemente amplia, termina incidiendo de manera favorable, positiva, para que sus beneficiarios no tengan que hacer gasto de bolsillo en salud, sin restarle la importancia que tiene el buen y oportuno uso que de los recursos del Presupuesto General de la Nación, se le asigna a la atención de los pacientes y colombianos, no a través de una intermediación como equivocadamente lo han afirmado a lo largo de los debates y discusiones que han surgido alrededor de esta reforma, sino gracias al aseguramiento del riesgo que han asumido las EPS a través de las atenciones multimodales que desde el 2010 al 2017 le han brindado en servicios en salud a más de 77% de la población afiliada.

Estos son logros que no le podemos desconocer a la ley 100 de 1993, que siguiendo con el tema del gasto de bolsillo en salud de los colombianos, ha permitido ubicarlo en uno de los más bajos del mundo y el segundo más bajo de Latino América únicamente superados por Argentina, de hechos según el estudio “pasado, presente y futuro del financiamiento global de la salud del año 2019”⁵⁵ El gasto de bolsillo de los colombianos equivalía al 20,6% del gasto total en salud y esto ubica a Colombia como el segundo país de Latinoamérica con el menor egreso en esta categoría, después de Argentina (14,8%). El estudio tuvo en cuenta los datos de 195 países y se publicó en la revista británica The Lancet, n Latinoamérica y el Caribe, el gasto de bolsillo en salud es del 39,5% en promedio, el porcentaje más alto lo tenía Brasil, cuyos habitantes debían asumir con pago directo el 43,9% de los bienes o servicios relacionados con la salud. Le siguen Ecuador (41,4%), México (40%) y Chile (34,7%).

Para efectos de aclarar que las cifras no son solo con ocasión de la reforma, sino que datan de antes de que se pusiera en la mesa de la temática legislativa y política la salud de los colombianos, se trae a colación esos estudios, en donde se da cuenta que uno de los hallazgos fue que en los países catalogados por el Banco Mundial como de ingreso medio-alto, entre los que están Colombia y casi todos los de Latinoamérica, es donde más ha crecido el

⁵⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30841-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30841-4/fulltext)

gasto en salud. Ese crecimiento se debe a la economía: cuando la gente tiene más dinero, gasta más en bienes como la salud. En este sentido, otro hallazgo fue que el gasto de bolsillo en Colombia sigue siendo uno de los más bajos de América Latina y esto quiere decir que la inversión del gobierno sigue siendo la más grande, así debe seguir siendo y mejorar todo lo que se ha construido en términos de bienestar en salud en favor de los colombianos.

Gracias al sistema de salud colombiano “Hay personas que aportan \$125.000 mensuales y les pueden hacer un trasplante que cuesta 300 millones de pesos, esto a pesar de los altos índices de inflación, el sistema de salud colombiano actual, ha protegido el bolsillo de los colombianos, a pesar de las críticas, el sistema de salud de Colombia es más equitativo que el de otros países. En lugar de atacar hay que creer en él y corregir lo que no funciona” afirma Sergio Prada Doctor en Políticas Públicas.

Un colombiano, podría invertir sus recursos, en recreación, estudio, transporte entre otros y no en su cobertura en salud y como lo han dicho expertos en el tema: *“Tu eres una persona joven, pero tú no sabes que antes cuando no existía la ley 100, si tu papá se enfermaba del corazón y lo llevaban a la Shaio le tocaba vender la casa para pagar la operación. Tú no sabes que cuando un niño nacía con una enfermedad congénita lo más seguro era que se moría. Que un paciente con cáncer de médula se moría porque no había cómo tratarlo. Entonces lo que le aportan las EPS al sistema a la salud de los colombianos no tiene nombre”*⁵⁶

Como consecuencia del menor gasto de bolsillo en salud que el sistema actual ha generado en favor de los ciudadanos, el 2021 el Sistema de Salud contribuyó a sacar a cerca de 1 millón de personas de la pobreza extrema y 3,9 millones de pobreza, e igualmente ha reducido las desigualdades en la distribución del ingreso, según ACEMI en la presentación utilizada ante la Comisión VII de Senado en septiembre de 2022.

	Reducción GINI	Reducción Pobreza	Reducción Pobreza Extrema
Contributivo	0,003	2,1%	0,2%
Subsidiado	0,019	5,7%	1,8%
Total	0,022	7,8%	2,0%

En esa misma presentación afirmó que el sistema de Salud es el que más contribuye a la generación de equidad mediante la reducción de la pobreza multidimensional, solo la salud contribuyó con el 9,6% a la incidencia de pobreza, siendo la de menor contribución entre las 5 dimensiones analizadas.⁵⁷

⁵⁶ <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12441/u672167.pdf?sequence=1>

⁵⁷ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

Contribución a la incidencia ajustada por dominios, 2021

Dimensión	Nacional	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Educación	33,6	31,7	35,9
Niñez y juventud	15,0	15,9	13,9
Trabajo	28,9	30,2	27,4
Salud	9,6	12,4	6,3
Vivienda	12,9	9,9	16,5

8.3. AUMENTO EN LA COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD.

Desde 1993 y gracias al actual modelo de seguridad social en salud, se permitió que, conforme a cifras del año 2022, el porcentaje de cobertura en salud sea del 94,7%, el más alto en los últimos años según el DANE:

Gráfico 15 Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), total y por regímenes (%) Total nacional y área⁵⁸

Afiliación y régimen	Total nacional				Diferencia significativa 2019-2022	Cabecera				Diferencia significativa 2019-2022	Centro poblado y rural disperso				Diferencia significativa 2019-2022
	2019	2020	2021	2022		2019	2020	2021	2022		2019	2020	2021	2022	
Afiliados*	92,8	93,2	93,0	94,7	Si	92,3	92,8	92,7	94,4	Si	94,3	94,3	94,3	95,7	Si
Contributivo**	48,4	45,4	46,5	44,9	Si	58,8	54,7	56,0	54,3	Si	16,5	16,0	16,3	15,1	Si
Subsidiado**	51,3	54,3	53,2	54,8	Si	41,0	44,9	43,6	45,4	Si	83,2	83,8	83,4	84,7	Si

Fuente: DANE, ECV.

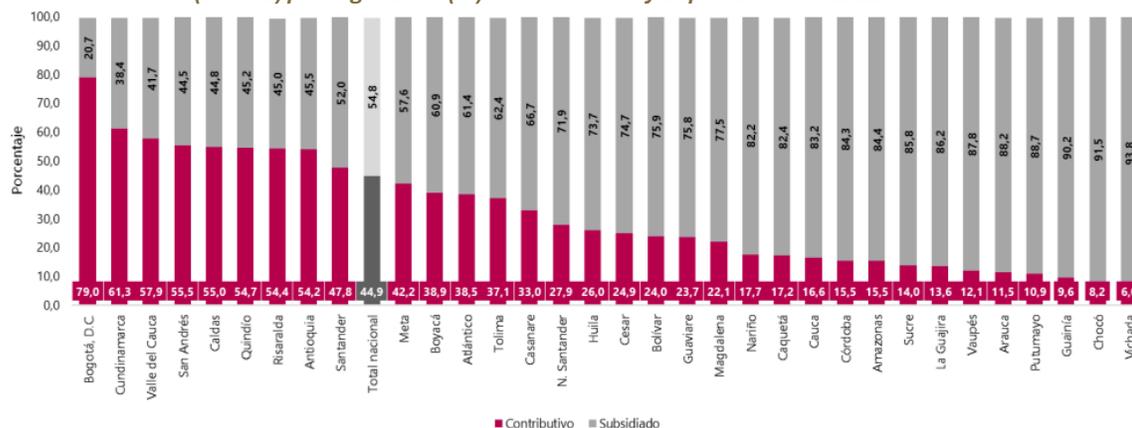
*Porcentaje de personas sobre el total de la población

**Porcentaje de personas sobre el total de quienes manifestaron estar afiliadas al SGSSS

Nota 1: Los porcentajes faltantes para completar el 100% corresponden a la opción "No sabe".

Nota 2: El régimen contributivo incluye los regímenes especiales.

Gráfico 16 Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes (%) Total nacional y departamentos 2022⁵⁹



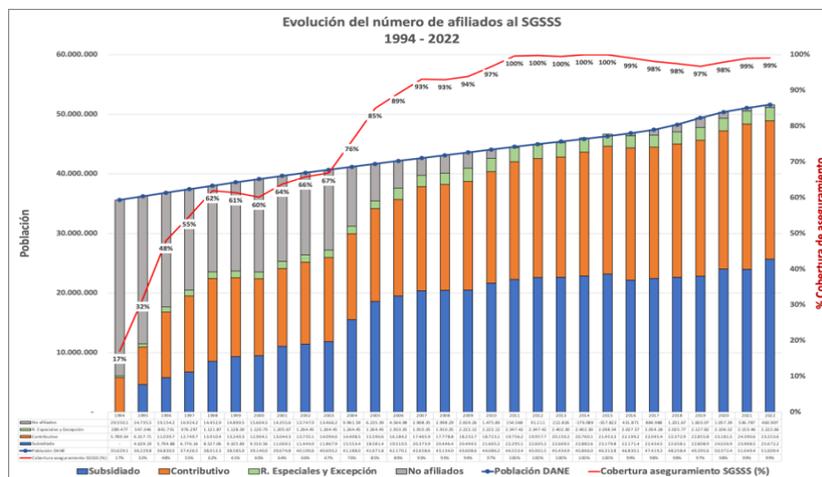
⁵⁸ <https://www.dane.gov.co/>

⁵⁹

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf

Estas cifras no son minúsculas y no pueden ser invisibles ni someter a juicio de inferioridad, ya que gracias a esos niveles de cobertura que la misma ponencia del proyecto de ley en estudio resalta en su texto esta gráfica:

Gráfico 17 Evolución en términos de afiliados al SGSSS 1994-2022⁶⁰



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2016 de Carlos Alberto Jaimes/en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Así entonces podemos afirmar, como lo hace FEDESARROLLO, que para 1994, la cobertura del sector, los beneficios en salud se encontraban muy fragmentados, el 7% de la cobertura estaba dirigida a los empleados públicos, el 18% estaba afiliada al ISS, solo un poco más del 20% de la población estaba afiliada a un sistema de cobertura integral de servicios salud⁶¹ Para el año 2000 este porcentaje se acercaba al 60% y en 2016 rodeaba el 95% y la población bajo asistencia pública no superaba el 55%. En términos generales se estima una cobertura generalizada del 22% por desfinanciación como primer problema de cobertura. Para agosto de 2022, Colombia alcanza el 99,6 % de la cobertura del aseguramiento universal, con una distribución de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Subsidiado.

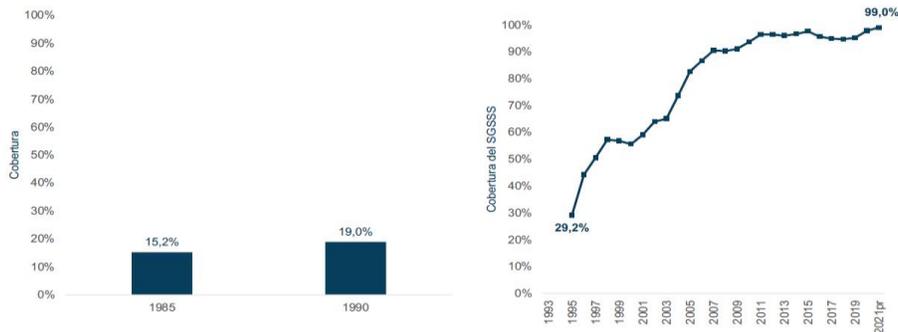
Para el 2014 se estimaba que el porcentaje de personas que necesitó atención en salud y tuvo acceso a la misma fue del 75.5%, mostrando que el acceso a la salud ha sido garantizado a la mayor parte de la población. Mientras en 1993 un tercio de las personas pertenecientes al primer quintil de ingresos manifestaban no haber tenido acceso a la salud, hoy solamente el 3% de esta población afirma haber tenido dificultades con el acceso.

Este mismo aumento en cobertura lo destaca la ANDI en su presentación en la mesa técnica sobre reforma a la salud de febrero de 2024 en donde afirman y lo representan en la siguiente gráfica que antes de los años 90, sólo uno de cada cinco colombianos tenía cobertura en salud, hoy en día, 2023 podemos afirmar que tenemos cobertura universal.

⁶⁰ Tomado de la ponencia para primer debate PL 339 Cámara- MINSALUD

⁶¹ https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3516/LIBRO_2018_COMISION%20GA STO%20PUBLICO.pdf?sequence=16&isAllowed=y

Gráfico 18 Cobertura en salud de 1993 a 2021⁶²



Nota: Incluye el ISS y las Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) que corresponden a las cajas y otras entidades de seguridad social.

Fuente: MinSalud, 2023.

De esta manera estamos logrando entre otros, el objetivo propuesto en el numeral 1 del artículo 153 de la ley 100 de 1993 que dispone:

ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.1 Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

⁶² Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

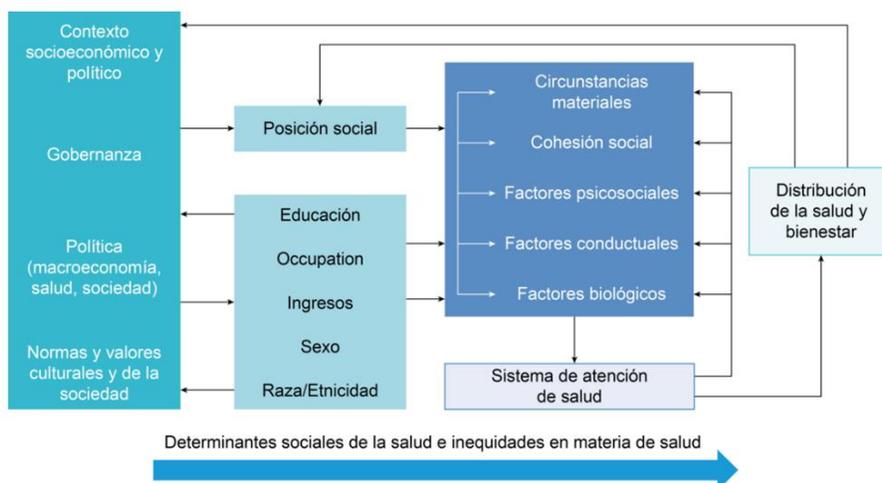
3.19 Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 *Prevención.* Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y a la prestación de los servicios de salud.

3.21 *Continuidad.* Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad⁶³.

Los llamados determinantes sociales, son definidos según la OMS y la OPS como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"*. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).⁶⁴

Gráfico 19 El Marco conceptual de los determinantes de la salud⁶⁵



En igual sentido, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos establece que los determinantes sociales son *"Condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud son, por ejemplo, el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud. Estos determinantes tienen efectos importantes en los resultados de salud, en especial, en ciertos grupos de personas. Por ejemplo, es más probable que las personas que no pueden comprar alimentos saludables"*

⁶³ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#150

⁶⁴ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

⁶⁵ Fuente: Organización Panamericana de la Salud

y que no viven en áreas seguras para hacer ejercicio ingieran una dieta poco saludable, sean sedentarios y presenten obesidad, lo que quizás aumente el riesgo de ciertas enfermedades, como el cáncer. También se llama determinantes sociales en salud y DSS. (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.)”

Las definiciones citadas permiten considerar que los determinantes sociales en salud son factores que se relacionan con la prestación del servicio público, sin embargo, al tratarse de temas como acceso a agua potable, seguridad alimentaria, educación, conexión de territorios por vías adecuadas, trabajo digno, acceso a vivienda digna, entre otros, no son aspectos que atañen o que se encuentran en cabeza de los actores del sistema de salud; por el contrario, son asuntos que atañen al Estado Colombiano y que puede tratar por medio de políticas públicas en cabeza de sectores como vivienda, trabajo, educación y transporte, de ahí que los vacíos atribuibles a los determinantes de la salud, por acción u omisión del Estado no pueden ser endilgados en juicio de responsabilidad al Sistema de Salud actual y mucho menos justificarse en ellos para atacar la cobertura del sistema.

8.4. AUMENTO DE LOS BENEFICIOS EN SALUD

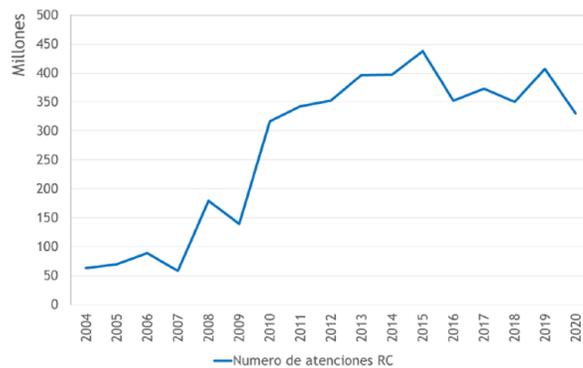
Contrario a lo que se ha afirmado de manera malintencionada, de que la cobertura es solo en términos de afiliación y de tener un carnet, es necesario resaltar la multiplicidad de beneficios que gracias a esa cobertura universal que ofrece hoy en día nuestro sistema de salud actual, no solo a los ciudadanos colombianos sino a los miles de ciudadanos migrantes de otros países, entre ellos y en mayor cuantía de nuestro hermano país Venezuela quienes han tenido que emigrar por la difícil situación económica y de negativa de garantía de derechos fundamentales por el régimen ideológico que ha gobernado en los últimos años.

Como consecuencia de la Cobertura universal, más del 99% de los habitantes colombianos y gracias al aseguramiento del riesgo y el aumento del presupuesto en Salud de los gobiernos que han favorecido y fortalecido la ley 100 de 1993, la 1438 de 2011 y por el mandato de la ley 1751 de 2015, los aseguradores en salud han logrado organizar una red de prestadores de servicios de salud conformada por más de 63 mil prestadores de servicios de salud que le brindaron más de 797 millones de atenciones a los colombianos en 2020, lo que equivale a más de 18 atenciones por afiliado en promedio, el gobierno de IVÁN DUQUE, equiparó el Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado aumentando la cobertura en un 97% de los medicamentos y 90% de las atenciones que exige la salud de los Colombianos.

De hecho, es tan beneficioso el sistema de salud, la cobertura y la equidad que ha logrado que el 82% de los usuarios del sistema, según MINSALUD recomendaría su asegurador (EPS) a un amigo o familiar y es que los beneficios en atenciones para los colombianos representan una inversión de más de 500 millones de pesos al año, en beneficio del Derecho a la Salud de los Colombianos. Antes de la pandemia del COVID-19, que nos afectó en los años 2020, 2021 y parte del 2022, las hospitalizaciones se redujeron 63% en los últimos 4 años anteriores al 2020, lo que significa que los programas de prevención y promoción que lideran las EPS redundan en la calidad de vida y buena salud de los colombianos.

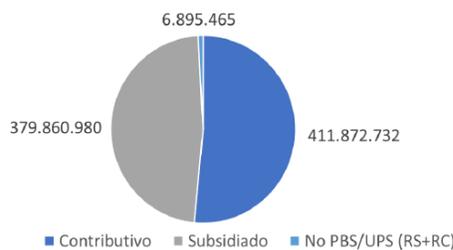
Como resultado del buen sistema de salud colombiano el servicio de urgencias y atención ambulatoria se incrementó en 8% y 5% respectivamente, lo que significa que la cobertura en tal sentido se encuentra suplida. La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. Según el informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013. La mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años se redujo 47,5% en los últimos 10 años⁶⁶.

Gráfico 20 Atenciones en Salud por año Régimen en Salud Contributivo Colombia 2004 a 2020 ⁶⁷



Y para efectos de ratificar la equidad, igualdad en la prestación de los servicios y en el número de atenciones recibidas por los colombianos de cuenta del Sistema de Salud colombianos, basta con alisar la siguiente gráfica que informa el número de atenciones en salud prestadas por las EPS, en Colombia durante el año 2020, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado:

Gráfico 21 Número total de atenciones en Colombia por régimen de salud 2020 ⁶⁸



Y no solo en términos de cura de la enfermedad, reciben beneficios en salud los colombianos, según ACEMI, para 1997, la proporción de personas de la zona urbana que asiste al médico por prevención es de 49%, situación que cambia para el 2021 hacia el alza hasta situarse en 74%, conforme se avanza en recursos, tecnología, descentralización entre otros factores, se avanza en beneficios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y sin lugar a

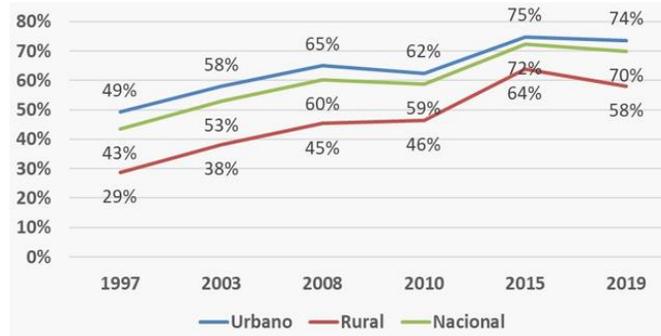
⁶⁶ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

⁶⁷ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

⁶⁸ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

dudas en gran medida le debemos estos avances al Sistema que venimos perfeccionando desde 1993 en el cual a las EPS se les atribuye el rol de garantes en el cumplimiento de las metas de acceso, calidad y oportunidad establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, exigido por el actual Sistema de Salud colombiano.

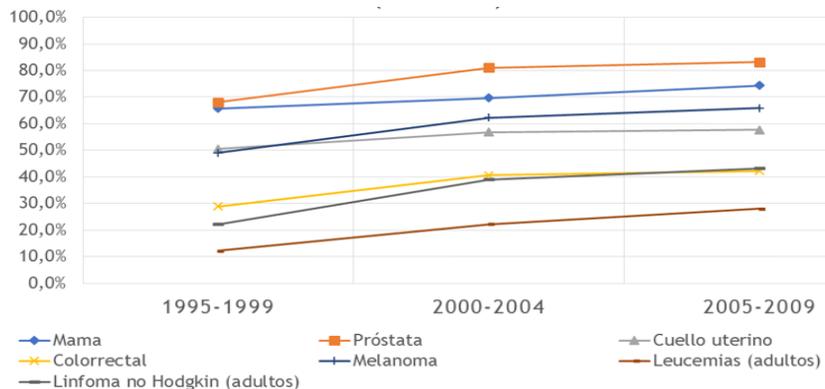
Gráfico 22 Porcentaje de personas que asisten al médico por prevención sin estar enfermas. Colombia 1997 - 2019⁶⁹



La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. La universalización de la salud en Colombia ha permitido que se alcancen importantes logros en términos de salud pública como lo son: Primer país de las américas sin circulación autóctona del Sarampión y la Rubéola, primer país del mundo en erradicación de Oncocercosis, un avance en programas inmunológicos y de vacunación, un reconocimiento en su lucha contra la malaria, entre otros logros.

Otros beneficios del sistema, analizando patologías concretas dan cuenta de la expectativa de vida de los pacientes con leucemias y linfomas se duplicó y se aumentó en un 40%, el mismo índice, expectativa de vida, en patologías como cáncer colorrectal y melanoma y en un 17% para cáncer de mama, próstata y cuello uterino, tenemos que llegar a aumentos más significativos, sí, pero mejorando, perfeccionando lo que ya existe, aumentando recursos y optimizando las eficiencias en pagos y auditorías.

Gráfico 23 Supervivencia neta a 5 años según tipo de cáncer (adultos) 1995-2009



⁶⁹ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

Gracias al Sistema de Salud actual, cuyo aseguramiento del riesgo hoy en día está asignado a las EPS el diagnóstico de la leucemia se ha agilizado, en el régimen subsidiado se da entre los 5 a 9 días y en el contributivo de 2 a 4 días, para un promedio total de 9,5 días. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes. Este logro lastimosamente no se hubiese logrado si el régimen estuviera administrado en su totalidad por el Estado como lo propone la reforma, ya que ni aun iniciando funcionamiento los equipos básicos de salud que propone la reforma se podría atender de manera adecuada dicha patología, dado lo complicado y las lagunas en términos de vacíos que sobre el tema deja el texto propuesto para debate.

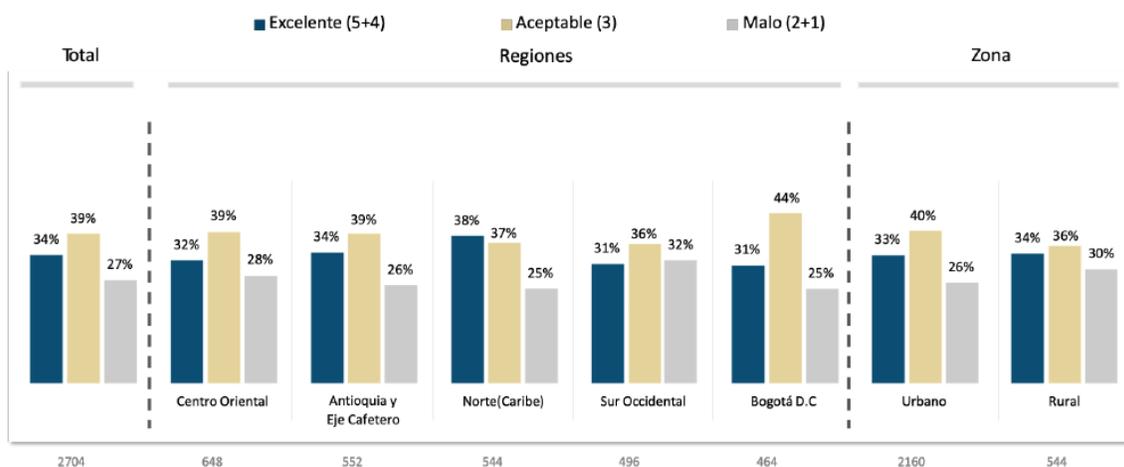
A pesar de las altas cifras de cáncer en Colombia, sin ser el peor país en dicha temática, las EPS del régimen contributivo presentan los mejores indicadores de captación temprana de esta enfermedad. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes contributivo o subsidiado, otro beneficio del aseguramiento del riesgo atribuido por la ley 100 de 1993 a las EPS y por sus actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otro beneficio que debemos resaltar es el que hace referencia a los tiempos de espera, por ejemplo, en Canadá que se considera como uno de los mejores sistemas de salud de Las Américas, el tiempo de espera desde la remisión del médico general hasta que lo vea el especialista aumentó de 11,1 en 2020 a 15,5 semanas en 2021. En Colombia el tiempo de espera depende de las especialidades, con pediatría está en 7,93 semanas; Obstetricia 7,58; medicina interna 13,7; ginecología 11,8; cirugía general 12,74. Lo cual ubica a Colombia en el mismo percentil de los mejores sistemas de salud del mundo.

Ahora bien, en cuanto al tema de entrega de medicamentos se refiere, las cifras tampoco nos contradicen, y en ese tema también se ha avanzado gracias al fortalecimiento de y mejora del sistema de salud colombiano que se ha venido dando en los último 30 años, según estudio del SIES SALUD Sociedad Integral de Especialistas en salud, el 96% de los medicamentos se entregan completos en el primer contacto y 4% adicional en las siguientes 72 horas. El 64% son entregados en el domicilio del paciente con cobertura en 433 municipios. El 14% de la población en área rural. El mismo estudio informa un 95% de atención a pacientes, con reasignación del 14,15% cuando es a través del call center de la entidad. Todo esto gracias a la función que entrega de medicamentos que el sistema, ley 100 de 1993, le ha asignado a las EPS.

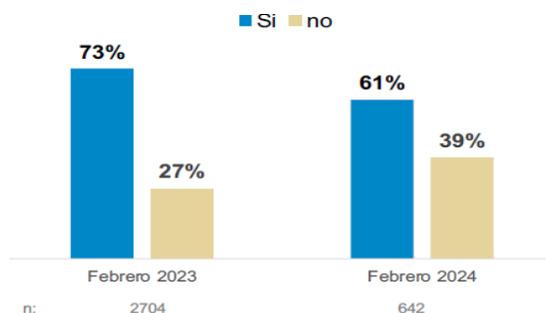
No en vano, si los beneficios que han recibido del sistema de salud que implementó en nuestro país la ley 100 de 1993, los Colombianos no fueran tan positivos como lo hemos expuesto, los colombianos no hubieran respondido de manera similar en la encuesta de 2023 y de febrero de 2024 de INVAMER y cuyos resultado dio a conocer la ANDI en donde concluimos, que excepto en los municipio so territorios a donde no ha llegado una EPS diferente de la NUEVA EPS, o donde solo existen, centro de atención en salud públicos, o Empresas Sociales del Estado, la mayoría de los colombianos están satisfechos con su sistema de salud y con la atención que reciben por parte de su EPS, y lo más importante, la mayoría de los colombianos no quiere que acaben o se eliminen las EPS, y todo concordamos, debemos mejorar el sistema.

Gráfico 24 De acuerdo con su experiencia como califica los servicios de salud en general⁷⁰



Los resultados de la encuesta de línea de base de 2023 mostraban que el 73% de la población calificaba el servicio como de buena calidad (Excelente o Aceptable), esos niveles de satisfacción son superiores a los de países desarrollados como EEUU o Canadá. Es en la zona rural donde hay una brecha que se debe cerrar, hacia allá es donde debe evolucionar el Sistema, centrar esfuerzos y mejorar todos sus recursos, es ahí hay donde hay un reto para el sistema de salud actual, reto de mejora, no de reforma.

Gráfico 25 Considera usted que puede acceder al sistema de salud cuando lo requiere⁷¹



A pesar de la campaña de desprestigio del Sistema de Salud que se ha venido incrementando desde agosto de 2022 a la fecha, los colombianos siguen sintiéndose respaldados y acogidos por su sistema de salud actual, eso no lo podemos reformar, se debe mejorar y trabajar, trabajar y trabajar articuladamente entre todos los actores para aumentar ese nivel de satisfacción, de manera que nos acerquemos al mismo porcentaje de cobertura universal del sistema de salud colombiano en 2022, 99%⁷².

⁷⁰ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024

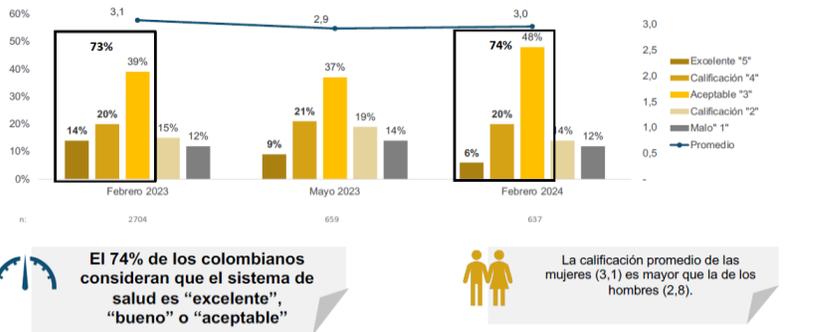
⁷¹ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024

⁷² Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

La calidad de la atención se mantiene estable, en el promedio



De acuerdo con su experiencia, en una escala de 1 a 5 donde 5 es "excelentes" y 1 es "malos", ¿Cómo califica los servicios de salud en general?



En 2022, se hizo este mismo trabajo de encuesta sobre la percepción de los colombianos frente al sistema de salud colombiano⁷³, en aquella oportunidad en junio de 2022, en donde más de 2700 encuestados en todo el territorio nacional dieron su opinión sobre el sistema actual de la salud en el país, se evidenció que el 73% de los encuestados calificaba los servicios de salud entre excelente y aceptable. En zonas rurales, el 70 % de la población la considera como excelente, bueno o aceptable los servicios. En zonas urbanas, el 73% otorga la misma calificación. Y cuando se les pregunta sobre las fortalezas del sistema de salud actual, la mayor puntuación, con 83%, se le otorga a la protección financiera del sistema de salud, es decir que los colombianos se sienten protegidos porque no tienen que sacar de su bolsillo para el gasto en este rubro. Con relación al acceso al sistema de salud en la ruralidad, cabe resaltar que el 79% de la población respondió que sí lo tiene. En las ciudades, el 72% coincide con ello. A su vez, el 78% de los encuestados indica que accede al servicio de salud en el municipio donde habitan. La valoración del sistema en términos de acceso es similar entre la población urbana y la población rural, lo cual refleja la equidad del sistema de salud actual en Colombia.

Otro resultado que se destaca es que el 87% de la población precisa que recibió más de una atención en salud en los últimos dos años, y califica la atención que recibió como excelente en más del 70% de los casos y así mismo el 85% de los encuestados afirmaron que prefieren acceder a los servicios de salud a través de su EPS y solo el 5% preferiría hacerlo a través del hospital público de su municipio.

Y nuevamente a pesar de la campaña de desprestigio del Sistema de Salud actual colombiano, el 59% de los colombianos no quieren que su EPS desaparezca.

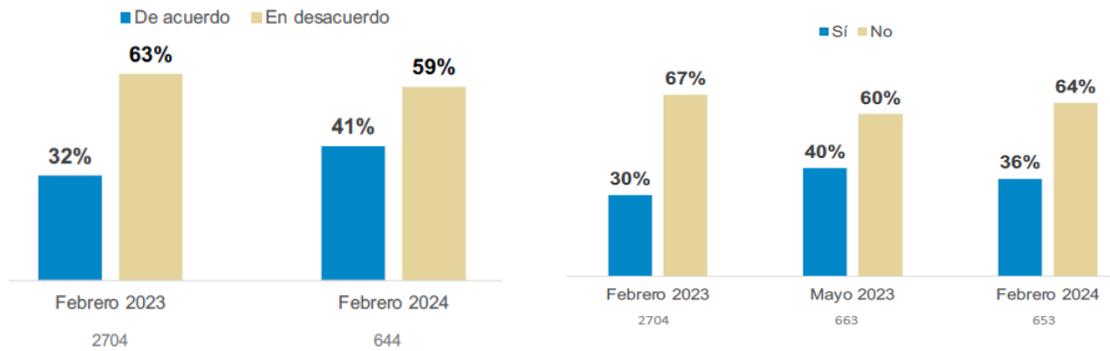
Gráfico 26 ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la eliminación de las EPS y que su función sea ejecutada por una entidad pública únicamente?⁷⁴

Gráfico 27 ¿Está usted dispuesto a renunciar a su servicio actual de salud a través de EPS para afiliarse a un sistema público totalmente?⁷⁵

⁷³ <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi---invamer-7>

⁷⁴ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

⁷⁵ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024



En definitiva, la mayoría de los colombianos, 67% en febrero de 2023, 60% en mayo de 2023 y 64% en febrero de 2024, no quieren que su atención en salud sea suministrada por una entidad pública, como los CAP que propone la reforma a la salud a la cual nos oponemos a través de esta ponencia negativa, y en favor del 36% restante es que debemos seguir impulsando las acciones de mejora y fortalecimiento del actual sistema.

Coincidimos con las conclusiones que la ANDI expuso sobre las encuestas, Lo que se ha logrado es demasiado importante para ponerlo en juego. Más del 70% de los colombianos se encuentra satisfecho con su sistema de salud, a pesar de los ataques contra la legitimidad del sistema, 2 de cada 3 colombianos consideran que el sistema se debe mantener o mejorar, el 64% de las personas encuestadas manifiesta que no está dispuesto a renunciar al servicio de salud actual y al 76% de los encuestados les preocupa que los recursos de la salud sean manejados por el estado o entidades territoriales, la principal fortaleza del sistema se encuentra relacionada con la protección financiera, que se logra con recursos que aportamos todos los colombianos y que debemos seguir velando por su buena administración y canalización direccionada en beneficio de la salud de los colombianos.

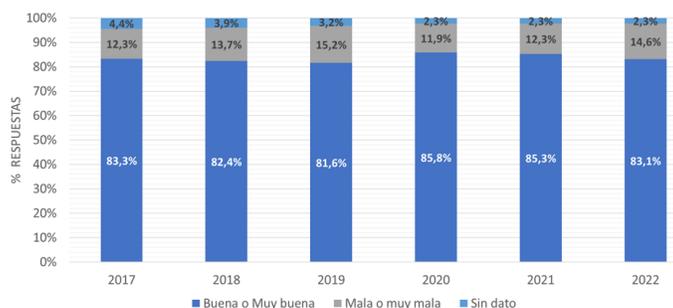
Esto no es de ahora, recordemos que en 2021, el Estudio Nacional De Evaluación De Los Servicios De Las EPS Régimen Contributivo Y Subsidiado 2021⁷⁶ que encuestó a 18.899 personas en un total de 234 municipios, de los 33 departamentos, y arrojó resultados representativos para el 95% a nivel nacional y por EPS, dio cuenta de que la experiencia global de percepción fue calificada como “buena” y “muy buena” con un 78,7 % de satisfacción, lo que refleja un aumento en comparación con 2019 (66,3 %) y estabilidad respecto a 2020 (79,0 %). El acceso fue calificado como “fácil” o “muy fácil” con el 62,2 % de satisfacción y la adherencia de los usuarios indica que el 82,64 % recomendaría su EPS a otra persona. Respecto a la calificación del acceso a los servicios de salud se obtuvo un 62%, siendo en el Régimen subsidiado mejor la percepción. Para el indicador de la calidad de los servicios que ofrece la EPS, el 82,6% de los usuarios contestaron de forma positiva, siendo en el Régimen subsidiado un poco más alto 87,4%.

Cifras muy similares, respecto de la calidad nos compartió ACEMI en la mesa técnica de febrero de 2024.

⁷⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado2021.pdf>



Gráfico 28 Calidad de la atención recibida por parte del servicio de la EPS a la que esté afiliado⁷⁷



Si el sistema fuera malo, si necesita reformarse, si los beneficios en salud, atención, calidad y eficiencia no fueran buenos, no tendríamos esos resultados y respuestas positivas respecto del sistema por parte de los colombianos.

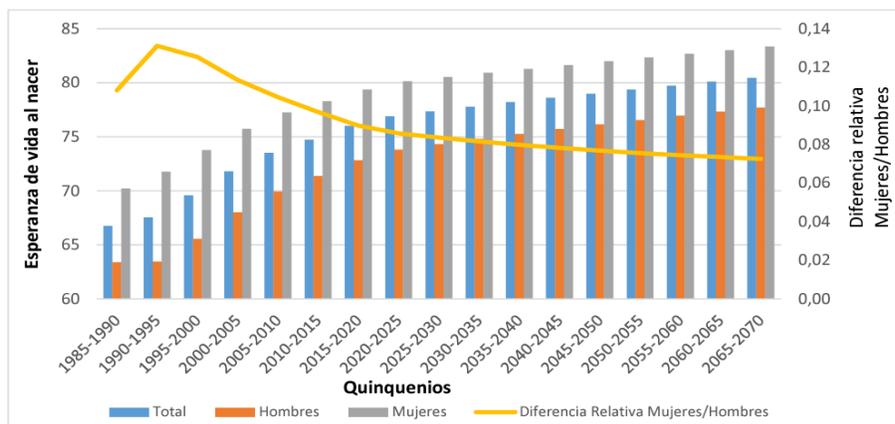
8.5. AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA

En el análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021 del Ministerio de Salud⁷⁸ Se enuncia que la esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68 años. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74, en Colombia se espera que para el quinquenio 2020-2025 sea de 76. Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 66,76 años en el quinquenio 1985-1990 a 74,74 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 1,27 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2020-2025 se espera un incremento de 0,76 y 0,97 años respectivamente en relación con el quinquenio.

⁷⁷ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

⁷⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

Gráfico 29 Esperanza de vida al nacer, por sexo 1985-2070⁷⁹



Para el quinquenio 2015-2020, el Censo 2005, estimó que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres fuera de 76,83 años y representará la más alta del país, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia con 76,67 y 76,25 años respectivamente. En las mujeres, el Distrito Capital de Bogotá también tuvo la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 81,02 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 81,13 y 80,20 respectivamente.

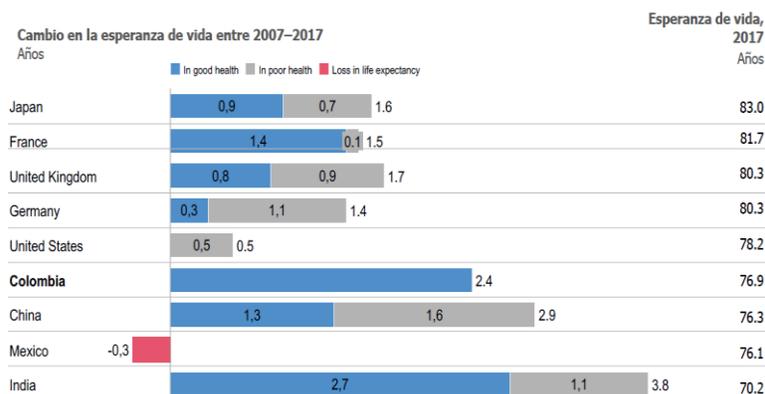
Logros que en definitiva se los debemos al sistema de salud que implementó la ley 100 de 1993, de hecho, la Asociación de Hospitales y Clínicas ACHC, concluyó en un estudio del 2017 que “el sistema de salud colombiano ha mejorado durante los últimos 24 años, logrando altos niveles de cobertura, incrementos en la expectativa de vida y reducciones en la mortalidad infantil.”

Según informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013, estas cifras no se presentarán en un mal sistema de salud, así como la disminución de la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, que se redujo 47,5% en los últimos 10 años.

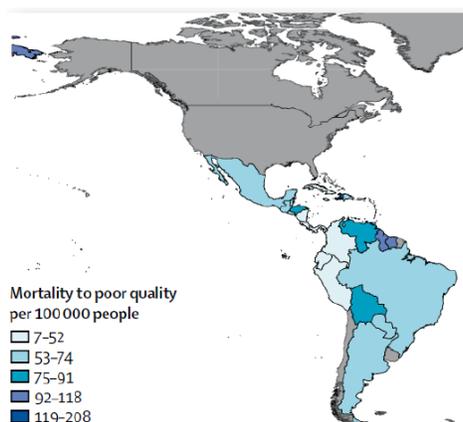
Según McKinsey Global Institute análisis, en la última década Colombia fue uno de los países con mayor ganancia en años de vida saludable.

⁷⁹ Tomad de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

Gráfico 30 Cambio en la esperanza de vida entre 2007–2017⁸⁰



Así mismo, Colombia presenta una menor tasa de mortalidad evitable, asociadas a mala calidad de los sistemas de salud⁸¹.



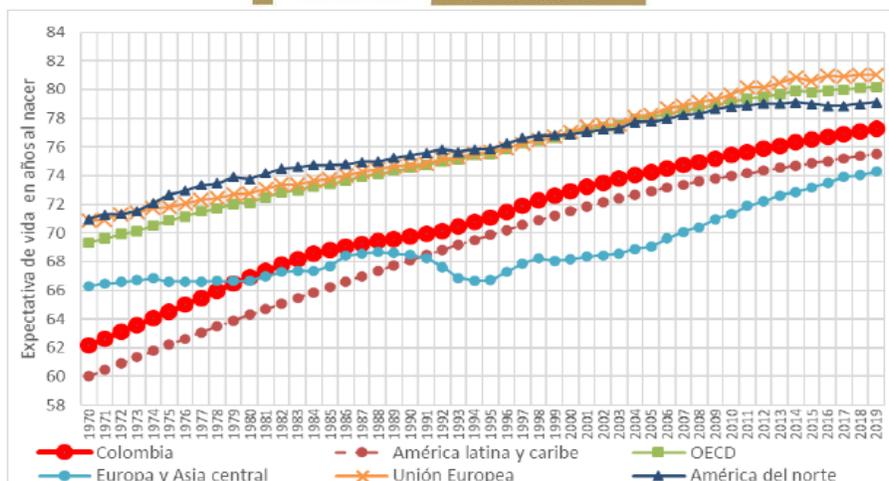
En la última década la esperanza de vida aumentó 2,4 años como resultado de las acciones saludables de promoción de la salud y prevención de las enfermedades adelantadas por la EPS, y algunas entidades estatales, todo dentro del marco legal del actual sistema de salud, esto ha permitido que las cifras de parto institucional aumentaran superando el 96,8%, así mismo el 95,3% de las mujeres gestantes fueron debidamente tamizadas para VIH, se logró un incremento del 126% en la identificación de pacientes hipertensos y un aumento del 95,2% en cobertura de tratamiento para VIH.

En esta gráfica⁸² Se hace el comparativo de la esperanza de vida entre Colombia, en países promedio de Europa y Asia Central, América Latina, entre otros, superando nuestro país en edad de expectativa de vida a estos dos últimos grupos de referencia. Todo ello gracias al sistema de salud colombiano.

⁸⁰ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

⁸¹ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

⁸² Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022



De hecho y a pesar del alto índice de mortalidad a causa del COVID-19 en los años 2020 y 2021, Bloomberg reconoció a Colombia como uno de los mejores países para estar durante la pandemia de covid-19. Según el indicador el país se encontraba en la posición número 12 a nivel mundial entre los que mejor gestionan esta emergencia global de salud pública. Se encuentra posicionado como el mejor en toda América Latina. En todo el continente americano, Colombia ocupa la segunda posición, sólo detrás de Canadá. Esto sin las EPS buenas que operan sin corrupción y clientelismo no hubiera sido posible, entidades creadas en el marco de la ley 100 de 1993, que rige nuestro sistema de salud actual.

Todo esto para significar, además de desvirtuar las afirmaciones con intención de desprestigio que han querido hacer recaer contra nuestro sistema de salud, que debemos fortalecer para que siga generando más y mejores resultados en beneficio de la salud y vida de los colombianos.

8.6. UN SISTEMA SOLIDARIO DESTACADO EN EL MUNDO

En el contexto internacional, Colombia se destaca en el tratamiento de los accidentes cardiovasculares, al cáncer uterino, el cáncer de seno y la diabetes, con indicadores por encima del promedio mundial y de Latam, pero tiene índices bajos, por ejemplo, en atención prenatal y postnatal materna.

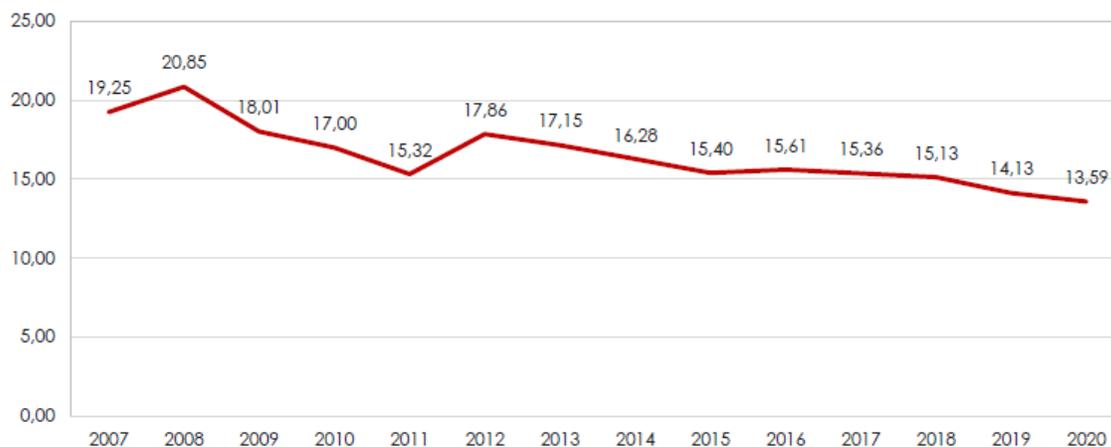
Con cobertura del aseguramiento universal (más del 99%), impensable para otros países con las mismas condiciones. En 1991 era del 28%.

La mayor cobertura ha contribuido a la reducción de la pobreza multidimensional del país. De los 10,8 puntos porcentuales (p.p.) de disminución entre 2010 y 2018, 2,1 p.p. son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población.

Un plan de beneficios muy amplio (solo excluye procedimientos estéticos y experimentales) y equivalente para las personas dentro y fuera del empleo formal, sin importar la capacidad de pago.

Colombia ofrece una mayor protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos derivados de costos asociados a los servicios de salud, reflejado actualmente en uno de los menores gastos de bolsillo de América Latina y frente a otros países del mundo con el 15%, mientras en 1993 era del orden del 55%. Adicionalmente, como lo muestra el gráfico a continuación, la reducción del gasto de bolsillo ha sido constante en nuestro país.

Gráfico 31 Gasto de bolsillo como % del gasto en salud



8.7. SISTEMA QUE CONTRIBUYE A REDUCIR BRECHAS DE EQUIDAD

En 2023, 19 de nuestros hospitales y clínicas están entre los 46 mejores de América Latina, según el ranking de *América Economía*.

Se han logrado mejores condiciones de salud de la población, según los indicadores de morbi - mortalidad. Ej: esperanza de vida, mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna han registrado mejoras en los últimos años.

Reconocimiento en el mundo por el programa de gratuito de vacunación, la vigilancia en salud pública, la respuesta y control ante la aparición de enfermedades transmisibles.

Los usuarios adquirieron unos instrumentos que nunca habían tenido:

- Pudieron escoger su asegurador (libre elección).
- Cambiar de institución y asociarse para exigir derechos.
- Ser veedores en la vigilancia de la prestación de los servicios, tanto de manera individual como organizada.

En consecuencia, el sistema ha logrado la disminución de brechas en cobertura, acceso, gasto en salud como porcentaje del ingreso y de resultados en salud entre los quintiles de mayor ingreso y de menor ingreso es evidente. Esos avances en equidad deben preservarse.

8.8. GESTIÓN DEL RIESGO: HACER MUCHO CON POCOS RECURSOS

De acuerdo con el instrumento de evaluación de desempeño de los sistemas de salud de la OMS (2022) un logro de cualquier sistema de salud es la protección financiera de los hogares. Quiere decir que el logro de un sistema es que las personas no se empobrezcan por recuperar su estado de en salud. El sistema de seguridad social en salud ha evidenciado un crecimiento positivo y progresivo del gasto corriente en salud. De acuerdo los datos del Banco Mundial, pasó desde 2000 a 2021 de 5.6% del PIB a 8.1% en 2022, con picos altos durante la pandemia. El crecimiento anual es en promedio de 0,1% de PIB con las fuentes actuales, suponer un crecimiento de superior requiere explicar y proponer de dónde salen esos crecimientos adicionales.

La tendencia positiva del crecimiento progresivo y constante del gasto en salud ha estado acompañada de un avance progresivo en los logros en cobertura vertical (número de personas) y horizontal (en unificación de beneficios), la última fase que se distingue se refiere la unificación de mecanismos de financiación de las tecnologías no UPC.

Al revisar disponibilidad de recursos frente a los objetivos de cobertura, es notorio que la velocidad del crecimiento de los recursos ha estado rezagado frente al costo de los objetivos de cobertura universal que nos hemos propuesto como sociedad.

El país ha sido exitoso en reducir el gasto de bolsillo de la población, al revisar los datos disponibles en el repositorio del Banco Mundial se evidencia una tendencia decreciente del gasto de bolsillo en salud de los colombianos de representar el 19,25% de los ingresos de los hogares en 2007 cayó al 13.5% en 2020.

Los logros en reducción de gasto de bolsillo han estado asociados a una distribución del gasto en salud en la atención de la enfermedad.

Colombia ha logrado avanzar en la financiar el sistema de salud a partir de una concurrencia de recursos de cotizaciones, recursos de impuestos territoriales y recursos de impuestos nacionales. Cualquier cambio en el recaudo y disponibilidad de dichos recursos, pone en riesgo la sostenibilidad del sistema de hoy pero también el que propone la reforma. Los cambios en los procesos operativos de recaudo de las cotizaciones ponen en riesgo que el sector salud continúe contando con los recursos necesarios para mantener el nivel de gasto en salud alcanzado o aumentarlo.

El estudio del Banco de la República sobre fuentes y usos muestra que la proporción de gasto en salud pública y otros gastos es menor del 14% del total. Lo anterior confirma que los recursos disponibles para fortalecimientos de CAPS y otras acciones son limitados.

Redistribuir los mismos recursos disponibles del sistema en construcción de infraestructura u otros componentes del gasto en salud (como se hace hoy y propone la reforma), pone en riesgo la financiación de los tratamientos de la población actualmente enferma y obliga a este segmento de población a invertir más en salud, con un alto riesgo de deteriorar la protección financiera hasta ahora alcanzada.

En transcurso de tiempo en que el sistema fue alcanzando metas en cobertura ha venido dejando deudas entre los actores que no se han logrado resolver totalmente como las que se quisieron pagar con el proceso de punto final y las que dejó la atención de la pandemia. Hay deudas del Estado que no se han resuelto ni aclarado totalmente. En un escenario de reforma o sin ella, son deudas que se deben resolver.

De los mecanismos de financiamiento de no UPC, y el análisis de deudas a 2020, se debe resaltar que hay deudas relacionadas con servicios sociosanitarios o complementarios, que no son tecnologías en salud, pero se reconocen vía tutela y no existen mecanismos claro para financiarlas. La reforma no está planteando una solución de cómo financiar estos servicios ni tampoco como se continua para aquellos que el Estado los financia como resultado de los fallos judiciales.

El sistema de salud sigue enfrentando grandes dilemas sobre su sostenibilidad que no se están resolviendo en la reforma.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están altamente asociadas al envejecimiento. Se espera que Colombia en 20 años el 30% de la población será mayor de 70 años (Lancet Regional Health - Americas 2023). El estudio del BID estima que, para el caso de Colombia, así como en el resto de la región, el gasto en salud debería aumentar significativamente a 2030. No es claro como el sistema de salud se está preparando para financiar esa mayor necesidad futura de gasto, y no se están tomando decisiones dirigidas a ello.

No hay duda de que es necesario cerrar las brechas de acceso entre las zonas rurales y urbanas de país, es necesario considerar que no hay un blanco o negro. Las soluciones no son únicas, es necesario considerar las diferencias territoriales y las dinámicas entre ellas. En las zonas rurales se usan los servicios de salud, pero no al nivel de zonas urbanas, superar esas brechas no sólo requieren infraestructura, pero si es más importante prever el talento humano, la capacidad de diagnóstico y otras formas de acceso. La reforma no las está recogiendo ni costeadando.

La sostenibilidad financiera del sistema enfrenta varios retos: el envejecimiento de la población, el costo de nuevas tecnologías, una reducción de la pobreza estancada, y un mercado laboral que no crecen sustancialmente en número de ocupados. La revisión y propuesta de cómo se va a financiar el sistema de salud es fundamental para el presente y el futuro. El crecimiento anual del gasto

La sostenibilidad financiera del sistema de salud requiere que como sociedad identifiquemos cuánto cuesta el sistema de salud que queremos para todos los colombianos y cómo los vamos a financiar en conjunto. Desconocer este punto, implica posponer una realidad sobre cómo estamos adaptando el sistema de salud para los colombianos de hoy y el futuro.

La cobertura del aseguramiento es universal. Hace 30 años apenas 1 de cada 4 colombianos tenía ese derecho. En las personas pobres el aumento de la cobertura fue sorprendente. Pasó de menos de un 5% a la cobertura casi universal.

Eficiencia en el gasto a pesar de la insuficiencia de recursos. Colombia ha hecho grandes avances con un gasto de apenas 350 dólares por persona al año.

- El aseguramiento en salud ha permitido mejorar la eficiencia en el gasto en salud y la protección financiera de los recursos de las familias colombianas.
- Las aseguradoras hacen compras inteligentes, aspecto que ha permitido la racionalización del uso de los recursos, ha hecho parte de la gestión financiera a cargo de las aseguradoras.
- La probabilidad de gasto empobrecedor ante un evento grave de enfermedad es mínimo en el país. La protección financiera de los hogares es tal vez el mayor logro del sistema de salud.

Gasto de bolsillo. De cada 100 pesos que gastan en salud los colombianos, apenas 14 salen de su bolsillo, uno de los más bajo de la región y de la OCDE, con un impacto positivo en las finanzas de aquellos pacientes que deben someterse a tratamientos costosos. Durante los últimos años este gasto de bolsillo ha permanecido estático.

Transparencia en el uso de los recursos. Los usos de los recursos del Sistema son totalmente visibles, los estados financieros, la propia contabilidad e informes y visitas a las aseguradoras por parte de los entes de control muestran en qué se invierten los recursos de la salud.

Igualdad en el derecho a la salud. Cerca de 26 millones se encuentran vinculadas al régimen subsidiado, incluida población migrante, gozan del mismo plan de beneficios que la población cotizante.

El sistema financia procedimientos complejos como trasplantes, que pueden superar los cientos de millones de pesos. También tratamientos de enfermedades graves como el cáncer o la enfermedad renal crónica.

8.9. OTROS LOGROS

DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Mayor acceso a medicamentos. En los últimos 30 años, el acceso a servicios y en particular a medicamentos ha mejorado sustancialmente, según datos de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, el porcentaje de personas que reciben los medicamentos de la entidad a la que está afiliada no solo aumento de manera significativa, sino que, además, se cerró la brecha entre área rural y urbana.

TALENTO HUMANO EN SALUD

Aunque Colombia tiene una densidad de profesionales en medicina similar al promedio de la OCDE, a diferencia de otros países, la mayoría del personal médico (75%) corresponde a personal no especializado. Mientras la tasa de especialistas médicos de la OCDE es de 23,5 por cada 10 mil habitantes, en Colombia sólo tenemos 6 especialistas por cada 10 mil hab.

Tabla 5 Disponibilidad de médicos en Colombia

Item	Total 2021	Representación %	Proporción x cada 1000 habitantes
Médicos generales	94.892	75%	1,9
Médicos especialistas	31.387	25%	0,6
Total Médicos	126.279	100%	2,5

Fuente: Cubo ReTHUS, cálculos Gestarsalud

Colombia tiene una sobreoferta de profesionales en psicología (21 profesionales por cada 10 mil habitantes, correspondientes a 109.584 profesionales a mayo 2023), sin embargo, no se está aprovechando la disponibilidad de estos profesionales para la mejora de la salud mental y la atención de la demanda creciente de servicios en esta materia.

La calidad de la educación superior ha mejorado a la par con el crecimiento de las capacidades del sector salud.

EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DEL SISTEMA

La libre elección de asegurador. Los pacientes reconocen que pueden escoger su EPS dentro de abanico de posibilidades que existen. Este derecho garantiza que, si una aseguradora no les brinda satisfacción en relación con sus necesidades, tienen la posibilidad de cambiarse a otra, siendo un trámite sencillo y con la garantía de continuidad de la atención. Han manifestado temor frente a la pérdida de este derecho.

El asegurador EPS es el actual garante del derecho a la salud. Cuando el sistema falla, el usuario sabe quién es el sujeto pasivo en la acción de tutela o queja ante los entes de control y vigilancia.

Los colombianos ya están afiliados al Sistema de Salud. La mayoría de los líderes de pacientes y usuarios perciben como riesgoso en proceso de adscripción a un CAPS, desde el punto de vista de la continuidad de sus tratamientos, hay temor por tener que volver a empezar desde el diagnóstico, que les cambien sus médicos, entre otros.

Las aseguradoras actuales son interlocutoras y realizan gestión integral del riesgo en salud. A través de los años se han especializado en caracterizar epidemiológicamente a su población, conocen y gestionan sus riesgos, y con base en ellos organizan las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Las EPS acompañan al usuario en su trasegar por el sistema. Pese a las innegables oportunidades de mejora, el usuario sabe que tiene un asegurador que responde por todo y es esta entidad quien lo orienta, dirige, y vela por la atención continua e integral. Gracias a la organización de las EPS actuales, hoy existe claridad en relación con las rutas de atención desde los servicios menos complejos hasta los más especializados, la EPS responde por la gente desde la cita al médico general, hasta el trasplante más complejo.

GOBERNANZA DEL SISTEMA

Desde la Gobernanza, el sistema actual ha evolucionado de tal manera que existe claridad en las funciones y responsabilidades de los actores, los cuales actúan de manera articulada, con la figura del asegurador como garante durante todo el proceso de atención.

Las EPS han funcionado como administradores del riesgo financiero y del riesgo en salud, articulando las redes de prestadores y permitiendo una mejor utilización y gestión de los recursos.

ATENCIÓN PRIMARIA, EQUIPOS EXTRAMURALES Y REDES DE SERVICIOS

Las EPS han logrado desarrollar capacidades para el análisis de demanda de servicios, oferta disponible a nivel nacional y territorial, contratación y estructuración de redes de servicios, sistemas de información para la coordinación de la red y la oportuna referencia y contrarreferencia de personas que requieren servicios de mayor complejidad con equipos que operan 24/7 e implementación de planes de contingencia que respondan a variaciones no previstas en la oferta o la demanda, que garanticen la continuidad de la atención. Con la reforma todas estas responsabilidades se fragmentan en múltiples entidades que para su gestión deberán “articularse”.

El país cuenta con una oferta de servicios de alta calidad, que le ha permitido a muchas IPS del país (públicas y privadas) hacer parte de los rankings de mejores hospitales de la región.

9. SISTEMA DE SALUD RESILIENTE: Pandemia Covid-19

Como se puede observar a continuación, Colombia se ubica en el puesto 12 al nivel mundial del escalafón del manejo de la pandemia realizado por Bloomberg.

Escalafón de resiliencia ante el covid-19

En el manejo de la pandemia Colombia se destaca a nivel internacional. En el escalafón de resiliencia de Bloomberg se clasifica en el puesto 12.

Escalafón	Economía	Puntaje de resiliencia Bloomberg	Dosis de vacunas por 100	Gravedad de cierre	Capacidad de vuelo	Rutas de vacunación
1	Corea	80,9	244,0	14	-50,1%	438,5
2	EAU	80,7	268,5	30	-20,0%	438,5
3	Irlanda	80,5	223,4	11	-6,9%	438,5
4	Noruega	80,1	211,7	11	-2,4%	438,5
5	Emiratos Árabes Unidos	79,8	190,5	25	-12,6%	438,5
6	Dinamarca	79,0	227,2	11	-17,1%	438,5
7	Canadá	78,8	229,3	19	-15,5%	438,5
8	Países Bajos	78,6	203,0	16	-11,1%	438,5
9	Australia	78,1	234,2	14	-16,2%	438,5
10	Turquía	77,3	176,8	14	-8,2%	438,5
11	Suiza	77,2	183,0	11	-18,4%	438,5
12	Colombia	76,7	170,3	20	-15,5%	438,5
13	Chile	76,0	303,7	25	-19,9%	438,5
14	Singapur	75,6	249,7	32	-48,1%	439,0
15	Bélgica	75,2	222,6	21	-16,2%	438,5
16	Israel	74,8	197,3	15	-24,3%	438,5
17	Francia	74,7	227,4	19	-13,8%	438,5
18	Vietnam	74,6	235,7	26	3,0%	438,5
19	Italia	74,5	231,7	19	-6,4%	438,5
20	Suecia	74,4	218,0	11	-26,1%	438,5

Fuente: Bloomberg ("The covid-19 Resilience Ranking", en: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/>).

El primer caso de COVID-19 llegó a Colombia el 6 de marzo de 2020. Sin embargo, para febrero, el país ya había comenzado a fortalecer su sistema de vigilancia y red nacional de laboratorios. También duplicó su capacidad para brindar servicios de salud, incorporando más equipos a los hospitales y suficiente personal de salud calificado para atender las necesidades de la población (OPS, 2020).

Colombia demostró su compromiso nacional y con el apoyo de la cooperación internacional para la salud universal llegó a las personas de las comunidades más remotas y en situaciones de vulnerabilidad. A medida que la pandemia por COVID-19 se propaga por el país, el pueblo

wayú está aislado física y geográficamente del resto de Colombia, pero no se queda atrás en los esfuerzos por brindar salud para todos.

Fortalecimiento de capacidades para brindar cuidados intensivos: las cifras oficiales muestran que el país pasó de tener 5 000 camas UCI a contar con más de 11 000 en los momentos más álgidos de la pandemia, duplicando así la capacidad del país para atender problemas clínicos complejos y severos.

Fortalecimos la capacidad de hacer diagnóstico virológico para detectar el virus. También se gestionó un aumento de la capacidad de hacer diagnósticos moleculares para monitorear el avance del virus. Se pasó de procesar 100 pruebas diarias en marzo de 2020 a estudiar más de 100 000 en algunos momentos de 2021. Este aumento se logró, en gran parte, recurriendo a los centros de investigación de universidades públicas y privadas y, hasta cierto punto, fortaleciendo algunos laboratorios de salud pública.

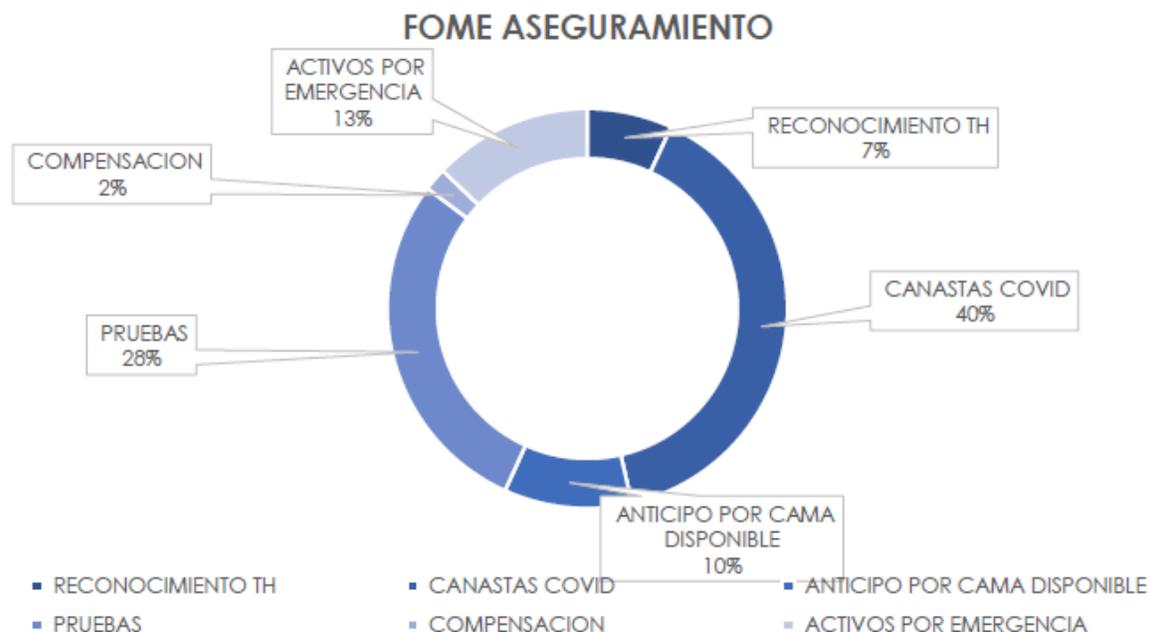
Plan de vacunación: el Ministerio de Salud inició gestiones para adquirir vacunas contra COVID-19 basado en el supuesto de lograr una protección poblacional si se lograba vacunar a 35 millones de personas con esquemas completos. Para lograr esta meta se afilió a la estrategia COVAX de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a su vez se apoyó en convenios privados con fabricantes individuales. Desde marzo hasta septiembre de 2021, el país logró aplicar 39 millones de dosis en poco tiempo, que representan un 65% de las dosis inicialmente presupuestadas.

En su momento, el país llegó a tener 4.700 puntos de vacunación en una acción articulada entre EPS e IPS, de igual manera llegó a contar con más de 128 PMU para conocer las necesidades en salud para la gente y las regiones.

Cumplimiento Ley de Benford: Hasta el 24 de abril hubo 4.881 casos de COVID-19 en Colombia. En la mayoría de los primeros 50 días se cumplió la ley de Benford, excepto en los primeros días de la epidemia. La diferencia entre los informes del Instituto Nacional de Salud y la OMS dependieron, en gran medida, de la diferencia en los horarios de cierre de la información (Manrique, Moren, Hurtado, 2020).

Financiamiento y aseguramiento: durante la pandemia el sistema utilizó recursos extraordinarios por más de \$ 15 billones, el sistema de salud pudo responder, y el aseguramiento garantizó que el gasto de las personas fuera mínimo. Para los pacientes que fueron a UCI el pago fue prácticamente de cero, en otros países la gente tuvo que pagar millones para estar a una UCI

Gráfico 32 recursos excepcionales con los que contó el sistema de salud



Fuente: Mesas Técnicas estudio Reforma a la Salud en Comisión Séptima, Datos MinSalud – ADRES

Contrasta que, al terminar la pandemia, las capacidades institucionales del sistema estaban fortalecidas, se planeaba sanear cuentas del acuerdo de punto final por cerca de 7,3 billones de pesos. Se expidió el Decreto 441 de 2022 para facilitar la logística de medicamento, se adelantaban estudios para ajustar el pago de la UPC de acuerdo con indicadores y resultados en salud. Hoy el sistema, sin una pandemia se encuentra a la mitad de una de sus mayores crisis.

10. RETOS DEL SISTEMA DE SALUD

No aumentar el gasto de bolsillo. Una reforma a la salud no puede ser regresiva en el sentido de poner en riesgo lo logrado en términos del bajo gasto de bolsillo en medicamentos, lo cual tendría un impacto negativo sobre la economía de las familias colombianas, especialmente de aquellas en donde hay presencia de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo.

Mantener la calidad del IETS independientemente a su naturaleza jurídica. La transformación del IETS en una entidad pública, en caso de que esto se decidiera, debe garantizar que esta entidad siga siendo un referente técnico en la evaluación de las tecnologías en salud para la mejor toma de decisiones en el Sistema de Salud. El IETS requiere un fortalecimiento institucional y mayor financiamiento para que pueda adelantar las evaluaciones sobre eficacia que permitan determinar el precio máximo de los medicamentos en función de su valor terapéutico.

Fortalecer y modernizar al Invima. Cómo autoridad sanitaria responsable de la evaluación y autorización de nuevos medicamentos, la vigilancia de la disponibilidad de medicamentos, el

liderazgo de la farmacovigilancia y la inspección, vigilancia y control de laboratorios y de diversos establecimientos en materia de alimentos y bebidas, se hace necesario su fortalecimiento y modernización, como factor estratégico para garantizar la soberanía sanitaria y la protección de la salud de la población. En este fortalecimiento se debe incluir el desarrollo de un sistema de información robusto, moderno y seguro que facilite el oportuno y adecuado cumplimiento de su objeto misional.

Mayores controles antifraudes. Se requieren mayores mecanismos de control y monitoreo para evitar fraudes relacionados con la prescripción y/o venta irregular de medicamentos en el país, en aras del mayor cuidado de los recursos del sistema y en protección de los pacientes. Es necesario llamar a prácticas de prescripción y uso adecuado de medicamentos.

Mayor regulación y control de los gestores farmacéuticos. Se requiere mayor regulación en relación con las funciones y obligaciones de los gestores farmacéuticos en el país, ya que el impacto de su gestión es alto y están vagamente normatizados.

Incentivar la producción, disponibilidad y financiamiento prioritario de los medicamentos esenciales definidos por la OMS. El mercado farmacéutico global tiende a concentrarse en un pequeño grupo de productos innovadores de alto costo, que en algunos casos no ofrece ventajas o eficacia superior a otras alternativas de manejo. En un contexto de recursos limitados como el colombiano, se debe discutir a la luz del derecho y su ejercicio progresivo, que se puede financiar y que no, priorizando en primer lugar la disponibilidad y suministro de medicamentos esenciales, además de crear mecanismos que incentiven la producción nacional o la importación de la cantidad suficiente de estos medicamentos.

Mejores acciones para evitar desabastecimiento y escasez. Se requieren mayores acciones gubernamentales para garantizar el suministro de medicamentos en el país, evitando el desabastecimiento y/ escasez. Se requiere un mejor sistema de alertamiento para identificar y gestionar oportunamente cualquier riesgo de desabastecimiento. Esto implica que, entre otras acciones, se haga obligatorio el reporte de disponibilidad de medicamentos por parte de los laboratorios y gestores farmacéuticos y la modernización del Sistema de monitoreo de medicamentos SIMED. “El problema de la ausencia del sistema de información integrado es de marca mayor” (Andrés Vecino)

Garantizar mantener una ruta fácil de acceso a medicamentos a los pacientes. Una reforma no puede poner en riesgo lo logrado en términos de acceso y claridad en las vías existentes para que un paciente pueda acceder a sus medicamentos. Si bien puede haber aspectos de mejora, no se puede perder el camino avanzado por el aseguramiento en términos de organización para el suministro de medicamentos, dándole tranquilidad a las personas de que van a poder acceder a ellos independientemente del nivel de atención en el que se encuentren.

Creación de un régimen especial laboral para los trabajadores de la salud. Este régimen deberá dar respuesta a las inequidades desde la contratación y el reconocimiento del carácter misional de la labor de los profesionales de la salud, tanto del ámbito hospitalario como de los que laboran en salud pública (especialmente en el sector público que es donde se contrata mayoritariamente por OPS). Adicionalmente, contemplar incentivos, equilibrio en sus

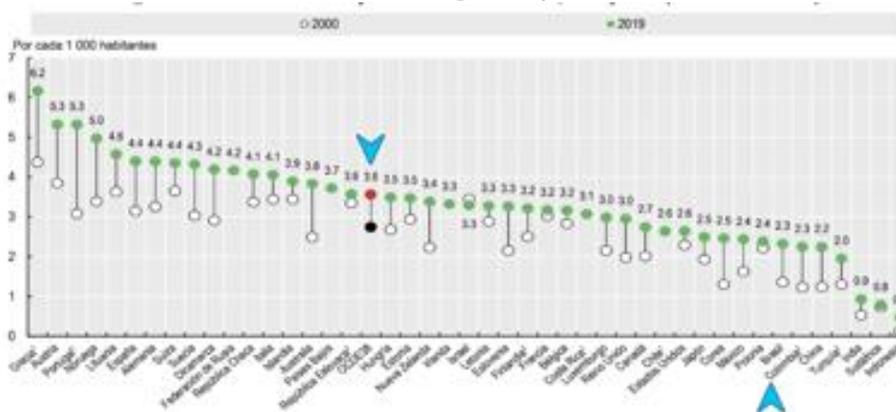
jornadas laborales, reconocimiento salarial de ejercicio especializado en las diferentes profesiones de la salud, entre otros.

Incentivos para la formación de pregrado. Esto implica desarrollar diferentes mecanismos o disposiciones que incentiven la formación de personal en las mismas regiones donde se presenta mayor déficit de personal de salud, tales como:

- La generación de becas para pregrado priorizando su asignación en las regiones con mayor déficit, o la condonación de créditos a quienes estudien y se queden trabajando determinado tiempo en sus regiones de origen o en zonas rurales o dispersas.
- Disponer que se genere un trámite prioritario y expedito para la aprobación de programas de formación
- Incentivar la formación en competencias digitales y la implantación de soluciones digitales y de telesalud a nivel hospitalario, con el fin de optimizar el escaso personal de salud disponible.
- Incentivar la redefinición de competencias de los profesionales de atención primaria con el fin de lograr la mayor resolutivez posible en el nivel primario de atención. Esto incluye asignar nuevas competencias a profesionales en psicología y enfermería.

Cada año en Colombia se gradúan 5.000 médicos generales y 1.800 médicos especialistas en 63 facultades de medicina. No se encuentran distribuidos uniformemente en el territorio nacional. El país cuenta con 1,9 médicos generales por cada 1.000 habitantes y tiene 2,5 incluyendo a los médicos especialistas, 0,4 puntos por debajo del promedio de la OCDE y de países como Chile, México y Costa Rica.

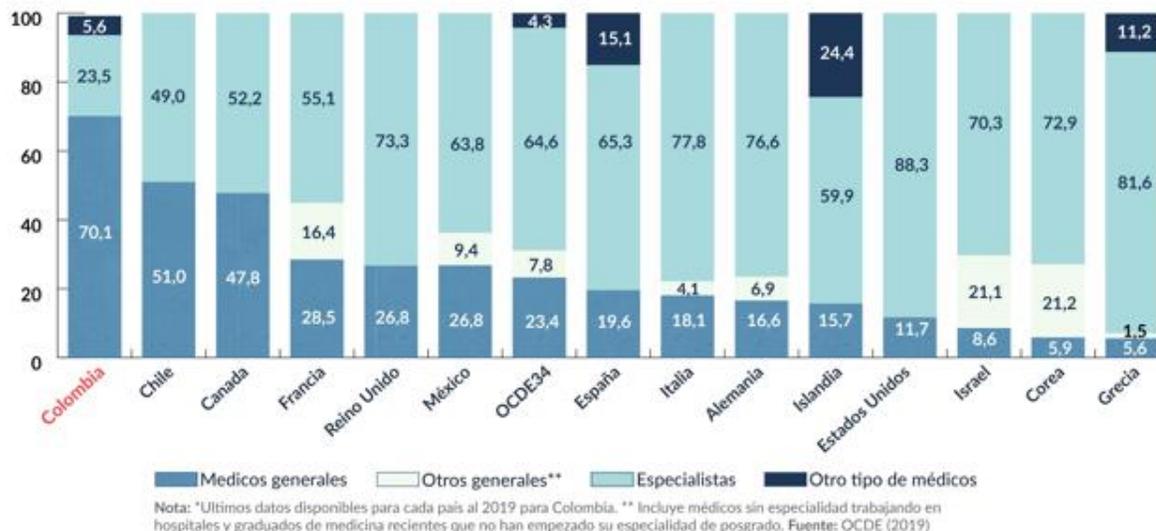
Gráfico 33 Médicos en servicio por cada 1.000 habitantes (incluye especialistas, administrativos, educados e investigadores)



Fuente: OCDE 2019

A pesar de lo anterior, Colombia tiene la proporción más alta de médicos generales, con un 70,1% superando significativamente el promedio de los países OCDE que es de apenas el 23,4%. Esto es en parte lo que explica por qué en Colombia las capacidades resolutivez del nivel primario son superiores al 70% en casi la totalidad de las EPS del sistema.

Gráfico 34



Fuente: Fedesarrollo, datos OCDE

Mayores incentivos para trabajar en las zonas rurales y dispersas y para la retención de personal de salud en el país. Este es un reto no sólo desde lo económico, sino también desde el punto de vista de la garantía de la seguridad del personal de salud. Implica que a la par de las disposiciones en materia laboral, se establezca un mecanismo de subsidio de la oferta de las zonas rurales y dispersas, que haga sostenible el mantenimiento de una nómina mínima en esas áreas geográficas.

Mayores oportunidades para formación en especialidades. Para resolver la grave situación de déficit en la oferta de especialistas (médicos y no médicos), se deben plantear soluciones que faciliten una mayor apertura de cupos en las universidades, la implantación de procesos equitativos y reglados para la asignación de cupos, incentivos financieros para que se puedan pagar sus estudios y en el caso de profesionales no médicos incentivar el reconocimiento salarial de un mayor nivel de formación.

Inversión en mayor equipamiento y tecnología para trabajar en la ruralidad.

Sistema de información sobre Talento Humano en Salud. Implica modificar el Registro de Talento humano en salud - ReTHUS el cual deberá ser interoperable con otros sistemas de información, de manera tal que dé cuenta, no solo de la cantidad de profesionales registrados, sino su lugar de residencia actualizado, las condiciones salariales, migración, ocupación (diferenciando por ejemplo, el personal que ejerce funciones asistenciales, administrativas y de salud pública), entre otros aspectos necesarios para la operación del Observatorio Nacional de Talento humano en salud. Para ello, la ley debe obligar al personal de salud a realizar la actualización y el reporte de las novedades en dicho registro, el cual deberá ser gratuito para el profesional.

Una reforma a la salud debe brindarle tranquilidad al paciente en relación con las rutas de atención y acceso. Este es un factor que ha generado mayor zozobra dentro de los pacientes, especialmente aquellos que tienen tratamientos en curso. Los pacientes tienen

claridad en relación con los pasos a seguir para su atención integral en el modelo actual, pero los cambios propuestos en la reforma a la salud, no les brindan certeza sobre lo que pasará con sus tratamientos, médicos tratantes, y en general perciben como caótico el modelo planteado desde el punto de vista práctico.

Una reforma debe brindar seguridad en relación con los mecanismos legales de garantía del derecho fundamental como lo es la tutela. Los pacientes requieren claridad en relación con el sujeto pasivo de la acción de tutela, dado que, muchas de las funciones y responsabilidades planteadas en la reforma se encuentran dispersas y atomizadas en diferentes actores y esto genera incertidumbre y angustia en la población. Una reforma debe brindar total precisión sobre la forma y sujeto pasivo responsable y en contra de quien se establecería una acción de tutela.

No volver regresivos procesos y actividades que funcionan bien para los pacientes. Los pacientes manifestaron sus preocupaciones en relación con procesos tales como la adscripción a un CAP que puede resultar regresivo en la medida que hoy ya toda la población está afiliada a una EPS y esta les asegura atención integral independientemente del lugar de Colombia en el cual se encuentren. La figura y alcance de funciones de los CAPS les genera zozobra e inseguridad.

Fortalecer la gobernanza del sistema es indispensable:

- En la gobernanza debe entenderse como una debida articulación de los actores. En la reforma algunas funciones se contraponen y se requiere mayor claridad en las responsabilidades.
- La Gobernanza también debe ser entendida como la toma de decisiones en territorio a través de las autoridades sanitarias.
- Desde el articulado de la reforma genera preocupación el alcance de las funciones de la ADRES, sus capacidades.
- Es necesario un sistema único de información, articulado con la historia clínica interoperable. Los costos que tengan deben ser previamente considerados, así como la posible complejidad de implementación en zonas rurales.
- Es necesario revisar la habilitación de servicios de salud virtuales para la atención de la población.
- En la reforma hay que considerar los riesgos de corrupción, máxime cuando de acuerdo con algunos estudios la desviación de recursos en un 40% ocurre en el sector público.
- No se deben tomar decisiones drásticas de cambios en el sistema sin tener la información y sustento suficiente.

Territorialización del aseguramiento en zonas dispersas. Se requiere repensar la organización del aseguramiento, de manera tal que se territorialicen EPS responsables de departamentos completos o incluso regiones más amplias, que permitan optimizar y coordinar de mejor manera los procesos de atención y gestión del riesgo en salud de la población ubicada en zonas dispersas.

Fortalecimiento de la red pública. En más de la mitad de los municipios del país, el hospital público es el único prestador, sin embargo, mucha de esta oferta carece de los servicios mínimos que requiere la población, mientras que, en muchas regiones, especialmente dispersas o rurales, el que cada hospital tenga una adscripción municipal encarece o hace ineficiente su operación o se presta al clientelismo a través de la contratación de personal que no logra sostener procesos debido a la alta rotación de estos. Se requiere una política de fortalecimiento de la red pública, que contemple, entre otros: el subsidio a la oferta de servicios de zonas dispersas, un régimen laboral especial que haga competitivo a los hospitales públicos, régimen especial basado en meritocracia que permita la continuidad de gerentes que demuestren excelente gestión y desempeño, el fortalecimiento en infraestructura, tecnología y dotación que permita entre otros la telesalud y el traslado oportuno de pacientes, simplificación del régimen presupuestal que facilite la incorporación y ejecución de recursos, etc.

Transformación del Servicio Social Obligatorio, de manera tal que sea mínimo de un año, una rotación de personal cada 6 meses más que generar valor obstaculiza el desarrollo de procesos sostenibles.

Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. Las atenciones de promoción de la salud, identificación del riesgo individual, familiar y comunitario deben tener un mecanismo de organización, financiamiento y prestación diferentes al resto de las atenciones en salud.

Se requiere una integración efectiva de intervenciones individuales a cargo de las EPS y las acciones colectivas y de salud pública a cargo de las entidades territoriales.

Responder al aumento del gasto en salud. La tendencia a nivel mundial es un gasto en salud creciente y a un ritmo mayor que las posibilidades de nuevos recursos, debido a factores tales como el envejecimiento de la población, el crecimiento tecnológico y la llegada de mejores tecnologías a costos más elevados. Los valores que aprueba el Ministerio de Salud y Protección Social por UPC y por Presupuestos máximos no parecen estar reconociendo esta tendencia.

Mayores fuentes de recursos. Una reforma a la salud debe buscar resolver los problemas actuales de insuficiencia. El problema de flujo de recursos es hoy un problema de insuficiencia, dado que estamos gastando más de lo que tenemos.

Mantener la gestión del riesgo financiero. Se debe dar continuidad con la gestión del riesgo financiero como una herramienta necesaria para que la plata alcance. La gestión del riesgo financiero es tan importante como la gestión del riesgo en salud. El reto es hacer financiable el derecho a la salud gestionando los recursos con mayor eficiencia, evitando desperdicios.

Sistema de información. Se requiere un sistema de información interoperable en temas financieros que brinde mayor seguridad a la hora de tomar decisiones.

UPC. Debe existir total transparencia en la forma y metodología que se utiliza para el cálculo de la UPC, al punto que debería ser reconstruible por cualquier actor. Se debe considerar los

mayores grados de siniestralidad por ciudades y grupos étnicos a la hora de fijar y calcular el valor de la UPC y se requieren mejoras y actualización en la metodología del cálculo de la UPC.

No fragmentación de los recursos para mayor eficiencia. Se debe procurar por la no fragmentación de los recursos en los diferentes niveles de atención, dado que puede generar problemas de continuidad del servicio.

Claridad metodológica en las inclusiones del Plan de Beneficios. Las inclusiones en el Plan de Beneficios requieren un estudio técnico que las respalde, el cual debe ser de público acceso garantizando mayor transparencia.

Reservas Técnicas. La suficiencia y oportunidad de la prima debería garantizar el adecuado calce de las reservas técnicas. Esto es, que de cada 100 pesos de pasivos ciertos y contingentes que tengan las EPS, existan 100 pesos de respaldo en inversiones de alta calidad.

Presupuestos Máximos. Este concepto requiere una mejora en la metodología del cálculo dado que en la mayoría de los casos ha resultado insuficiente y ha requerido ajustes posteriores. De igual manera, el país requiere revisar que muchos de los aspectos que se pagan con cargo a estos recursos catalogados como servicios socio sanitarios, tengan su propia fuente de financiamiento y sean suministrados por entidades gubernamentales encargadas de programas sociales.

Giro directo. A pesar del giro directo de los recursos desde ADRES a las IPS en el Régimen Subsidiado y en las EPS en vigilancia especial, la edad de la cartera ha seguido creciendo. En el Régimen Subsidiado el 60% de la UPC la gira ADRES por anticipado a la red pública. El giro directo desde el ADRES no necesariamente ha sido solución al problema del flujo y la implementación de esta medida, así como otras relacionadas con pagos de facturas sin auditorías previas, debe ser reconsiderado y analizado a profundidad.

11. ¿CÓMO USA LOS RECURSOS EL ACTUAL SISTEMA?

Uno de los elementos en los que el Gobierno Nacional centra la discusión de la reforma es el componente financiero, de manera recurrente, distintas entidades han presentado información que apunta a justificar la reforma desconociendo el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este apartado, presentamos información que presenta detalles respecto de las fuentes y usos de los recursos del sistema.

Por otra parte, en cuanto a la trazabilidad de los recursos del sistema de salud, para el año 2020, la Superintendencia de Salud contaba con una herramienta tecnología que permitía consultar con un gran nivel de detalle las estadísticas de pagos de las EPS a los prestadores del sistema. Esta herramienta, conocida como **SuperRadar**⁸³ no se encuentra disponible en la actualidad para consulta y tampoco es posible consultar el reporte de pagos para las vigencias 2022 y 2023.

⁸³ <https://www.youtube.com/watch?v=iSMik5qBRWU> en este enlace se puede identificar con claridad el alcance de la información provista por la Entidad.

La herramienta mencionada permitía ver en detalle el comportamiento de los pagos para cada EPS, mes, departamento y proveedor con un nivel de detalle y transparencia para la ciudadanía que es propio de las buenas prácticas de gobierno y las lógicas del gobierno abierto. El aplicativo mostraba de igual manera el flujo de pagos realizados por ADRES por concepto de giro directo, compra de cartera y las tecnologías no UPC, hoy financiadas con cargo a los recursos de los Presupuestos Máximos.

Pero a lo anterior, ante la Comisión durante las Mesas Técnicas de estudio de la reforma a la salud y ante la opinión pública, se ha repetido de manera reiterada que “no es posible saber en qué se gastan los recursos de la salud de los colombianos” una afirmación, que no es verás a la luz de la información mencionada.

Por otra parte, según los últimos datos disponibles que por supuesto cuentan con menor nivel de detalle respecto de la participación del sector salud en el PIB Colombia fue de 6,14% en el 2022 (entre 2013 y 2022, promedio 5,4% con un mínimo de 5,3% en 2013 y máximo 7,07% en 2021). De este total, 76,1% corresponde a gasto público⁸⁴. El resto, 24%, es gasto privado que incluye el gasto de bolsillo el cual se estima entre 14 y 15 de estos puntos porcentuales⁸⁵.

El gasto público corresponde principalmente al realizado en el Sistema General de Seguridad Social, SGSSS, a través del régimen contributivo y subsidiado, la atención de los servicios no incluidos en el plan de beneficios financiado con UPC (PBS NO UPC), la atención de migrantes, los gastos en salud pública, los subsidios a la oferta y otros programas institucionales del Ministerio y de las autoridades de salud de los entes territoriales. El 97% de estos recursos se transfieren a través de ADRES (equivale al 4,7% del PIB).

La tabla a continuación presenta los datos del presupuesto de ingresos de ADRES 2023 y 2024. La principal fuente de financiación es el presupuesto general de la nación (PGN) con el 40%, seguido de las cotizaciones y otros aportes provenientes de empleadores y trabajadores (38,4%) y los aportes de recursos de las entidades territoriales, dentro del cual se incluye los recursos del sistema general de participaciones, con el 19,9%.

⁸⁴ <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/colombia>

⁸⁵ Gerson Javier Pérez-Valbuena Alejandro Silva-Ureña, “Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia”, Banco de la República, abril 2015.

Tabla 6 Fuentes de recursos de la Unidad de recursos administrados de ADRES

MILES DE MILLONES DE PESOS	2023		2024		
	Inicial	Ejecución	Inicial	%	VAR % vs ejecutado
NACION (1)	32.786	33.229	35.336	40,3%	6%
PARAFISCALES (2)	32.060	33.272	33.674	38,4%	1%
RECURSOS DE ENTIDADES TERRITORIALES (3)	14.081	14.157	17.425	19,9%	23%
OTROS RECURSOS	2.675	3.448	1.145	1,3%	-67%
RECURSOS DE CAPITAL (4)	1.754	3.263	943		-71%
FOME (5)	565	145	13		-91%
CREDITO PUBLICO (6)	356	40	188		371%
	81.601	84.105	87.580	100,0%	4%

(1) Incluye: Aportes de la nación para cierre del aseguramiento, Imporrenta, otros relacionados con SOAT, impuesto armas y municiones y aportes para migrantes, personas privadas de la libertad. Estos recursos se incluyen en PGN

(2) Incluye: Cotizaciones, UPC adicional pagado por familias, contribución solidaria, aportes regímenes de excepción, apoartes cajas de compensación, reintegros de UPC, multas. Estos recursos NO hacen parte de la Ley del PGN

(3) Incluye: Recursos del Sistema general de participaciones (SGP) para aseguramiento y recursos propios de municipios y departamentos. Los recursos del SGP hacen parte de la ley del PGN. Se transfieren a ADRES sin perder la titularidad. Los recursos propios no hacen parte de la Ley del PGN, si de las decretos del ente territorial

(4) Incluye: Recuperación de créditos y los excedentes de caja del año anterior principalmente. Estos recursos NO hacen parte de la Ley del PGN

(5) Recursos del Fondo de emergencia dispuestos en la emergencia exoómica para atender el COVID 19. Estos NO hacen parte de Ley del PGN

(6) Recursos de crédito público para pago de recobros acuerdo de punto final del Gobierno Duque. Estos NO hacen parte del PGN 0,364752

Fuente: Informe de ejecución presupuestal del ADRES-URA y Resoluciones de presupuesto de la entidad.
Calculos autor

La tabla a continuación resume los usos de estos recursos. El 97% del presupuesto de ADRES se destina a pagar las coberturas de la seguridad social principalmente el pago de UPC en el régimen contributivo y subsidiado (93,1%, cerca de \$81,5 billones previstos en 2024).

Tabla 7 Usos de los recursos de la Unidad de recursos administrados de ADRES

MILES DE MILLONES DE PESOS	Ejecución 2023	2.024	
REGIMEN CONTRIBUTIVO	43.190	45.493	52%
UPC	37.323	41.793	
UPC Promocion y prevencion	529	562	
INCAPACIDADES	1.443	1.609	
Licencias de maternidad y paternidad	1.003	1.035	
Prestaciones REX	6	4	
RECOBROS	147	208	
PRESUPUESTOS MAXIMOS	2.680	219	
Rendimientos financieros SSF	60	62	
REGIMEN SUBSIDIADO	37.470	39.286	45%
UPC RS	36.421	39.189	
RECOBROS	7	0	
PRESUPUESTOS MAXIMOS	1.042	96	
Otros NoPBS ambos regímenes	129	235	0,3%
Compra centralizada	37	62	
Servicios y Tecnologías No Financiadas con Presupuestos Máximos R.C. y R.S.	92	172	
RC+RS	80.788	85.013	97%
ECAT	396	765	
Atenciones, transporte, indemnizac. Etc	392	761	
Red nacional de urgencias	5	5	
Programas prevención Minsalud	26	31	
Atencion COVID19	306	90	
Pago residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM)	237	303	
Contribucion a SNS	139	161	
Contribucion a ADRES	95	280	
Otros	418	937	
TOTAL	82.407	87.580	100%

Fuente: Informe de ejecución presupuestal del ADRES-URA y Resoluciones de presupuesto de la entidad. Cálculos autor

Ahora bien, las EPS, adicional a los recursos de UPC que les trasfiere ADRES, financian las prestaciones del PBS/UPC, que son su responsabilidad, con recursos de copagos y cuotas moderadoras. Estos recursos en promedio equivalen a 3% del recaudo de UPC que se estiman en \$2,5 billones y que ayudan a financiar el PBS/UPC especialmente en el régimen contributivo.

Para las prestaciones del PBS NO UPC, que son responsabilidad del Sistema y no de las EPS, y que se financian con el rubro de recobros y presupuestos máximos (PM), recibieron en el 2023 cerca de \$4 billones los dos regímenes y sólo está presupuestado en 2024, \$600 mil millones.

Los recursos transferidos a las EPS para que financien las coberturas de servicios de salud fueron en total cerca de \$78 billones en 2023 (sin contar lo destinado a prestaciones económicas) y se asignaron \$83 billones en el 2024 de los cuales hay que descontar cerca de \$5 billones (5% establecido en la resolución 2364 de 2023) que deberán destinar las EPS a financiar la operación de los equipos extramurales.

Así las cosas, los recursos que se destinarán a financiar los servicios de salud que requieran los afiliados (PBS/UPC y PBS/PM) serán \$78 billones en 2024, una suma igual a la del 2023. Esto significa una reducción en términos reales del 9,2% que será mayor en la medida que se aumentaron los servicios que se deben financiar con estos recursos los cuales fueron estimados por el Ministerio de Salud en el equivalente a 2,28 puntos de los 12% que aumentó la UPC para el 2024.

Es importante mencionar que el presupuesto inicial siempre es adicionado a lo largo de la vigencia en la medida que se arbitren nuevos recursos. El año 2023 el presupuesto de ADRES fue adicionado en un poco más de \$2,5 billones a lo largo del año. Y así ocurre todos los años. La magnitud del desfinanciamiento del presupuesto en el 2024 es tal que parece poco viable que se corrija dadas las condiciones de la economía y de las finanzas públicas. Se requeriría una adición de por lo menos \$10 billones para mantener en términos reales el presupuesto 2023 y financiar las inclusiones (un aumento de 9,2% de inflación y 2.28 adicionales para financiar las inclusiones).

El monto anual de la UPC y del PM lo fija el Gobierno Nacional a final de cada año⁸⁶ y ADRES transfiere, en fechas establecidas, los valores mensuales aprobados. Salvo demoras de dos o tres meses que se han presentado en PM en 2023, ADRES transfiere regularmente lo aprobado. El ADRES paga lo que el Ministerio de Salud aprueba como UPC y PM.

Estos recursos son cuantiosos. Es cierto. No obstante, tanto las EPS como los demás actores del sistema se quejan de que el Gobierno les debe recursos y que lo que transfiere no es suficiente para financiar debidamente las prestaciones que se atienden a los afiliados.

Las EPS aseguran que la UPC y los PM no son suficientes y que el cálculo que usa el Gobierno en la definición de estos valores no está considerando el comportamiento real del gasto. Por su parte, las IPS y los proveedores de tecnologías de salud manifiestan que las EPS tienen una deuda enorme que está afectando su sostenibilidad. El Superintendente Nacional de Salud mencionó que la deuda de las EPS asciende a cerca de \$11 billones⁸⁷.

⁸⁶ A marzo de 2024 aún no se ha definido el valor de presupuesto máximo que recibirán las EPS para el PBS/NOUPC.

⁸⁷ Dato suministrado en la sesión de la Comisión VII realizada el 6 de marzo de 2024

A pesar de que el Ministerio de salud se empeñe en asegurar que los recursos son suficientes, la existencia real de cuentas por pagar de las EPS a las IPS y demás proveedores de servicios de salud, lo desvirtúa. El gasto en salud sobre los ingresos por UPC de las EPS supera el 100% como lo reflejan los estados financieros auditados que las EPS reportan a la SNS.

Las EPS deberían tener unas reservas técnicas para respaldar los servicios de salud que autorizan pero que no se han prestado, no se han facturado o que están facturados pero glosados. Pero, dado los recursos que les transfiere ADRES por UPC y PM mensualmente no son suficientes, estas entidades han tenido que usar las reservas para pagar los servicios ya facturados y aprobados reduciendo el “ahorro” para el pago de los servicios reservados. Los nuevos servicios que se vayan facturando y aprobando tendrán que financiarse con los recursos corrientes porque ya no están en la reserva.

Régimen subsidiado

El observar el detalle de los recursos totales que recibieron las EPS del régimen subsidiado, las cifras aportadas por GestarSalud en Mesas Técnicas de estudio de la reforma a la salud reflejan que, con corte al mes de septiembre de 2023, las EPS agremiadas recibieron por concepto de UPC un total de \$16,3 billones de los cuales el 95,1% fueron pagados a IPS, Hospitales, proveedores, operadores logísticos y gestores farmacéuticos.

Desde 2011, las primas de aseguramiento de los regímenes se han equiparado progresivamente, aún persisten retos para que puedan ser similares, la UPC requiere ajustes a su cálculo en función del riesgo más que por el tipo de vinculación.

Tabla 8 Valor de la UPC para régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS)

	AÑO	PRIMA PURA RC	PRIMA PURA RS	% ENTRE RÉGIMEN SUBSIDIADO VS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
2011	455.064	455.064	277.877	61,06%
2012	492.875	492.875	324.152	65,77%
2013	512.050	512.050	468.274	91,45%
2014	534.580	534.580	488.878	91,45%
2015	566.977	566.977	518.504	91,45%
2016	620.557	620.557	567.501	91,45%
2017	671.441	671.441	614.035	91,45%
2018	724.017	724.017	662.115	91,45%
2019	762.463	762.463	724.341	95,00%
2020	803.332	803.332	763.164	95,00%
2021	844.943	844.943	802.696	95,00%
2022	998.299	998.299	887.623	88,91%
2023	1.160.322	1.160.322	1.031.685	88,91%
2024	1.299.677	1.299.677	1.155.590	88,91%

Fuente: actos administrativos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CRES y MinSalud

La situación financiera de las EPS se ve afectada por la suficiencia de la UPC, distintos académicos y expertos han evidenciado que la siniestralidad o el gasto en salud es superior al

valor asignado a la UPC, siendo superior en al menos un 1,04% cada año, sin contar los gastos administrativos que para las EPS suele ser en promedio del 5,9% del valor total de la UPC.

Tabla 9 desglose del gasto de las EPS del régimen subsidiado

Nombre de la EPS	Suficiencia			Estados Financieros
	Costo total atenciones procedimientos + medicamentos	UPC percibida (Fuente ADRES GFLMA)	% Ejecución	
EPS001	\$ 1.918.947.506.715,00	\$ 1.470.340.660.569,58	131 %	114%
EPS002	\$ 224.323.967.370,00	\$ 185.280.571.351,70	121 %	110%
EPS003	\$ 3.562.646.319.095,00	\$ 3.476.101.658.273,18	102 %	93%
EPS004	\$ 92.819.943.362,00	\$ 107.120.884.747,22	87 %	92%
EPS005	\$ 2.716.665.405.866,00	\$ 2.630.926.807.573,38	103 %	100%
Total General	\$ 8.515.403.142.408	\$ 7.869.770.582.515	109 %	102%

Fuente: Gestarsalud

Las agremiadas del régimen subsidiado indican que sus pasivos se deben a que los ingresos que reciben para la financiación del PBS son inferiores a los costos en que incurren para atender a la población. En ese mismo sentido, reportaron que la siniestralidad de la UPC para las agremiadas fue del 101,78% para el año 2022 y del 101,04% con corte al mes de septiembre de 2023. Al ser mayor a 100 la siniestralidad de la UPC, registran con preocupación el incremento de sus indicadores de endeudamiento pasando del 85,6% al 89,3% como proporción de los pasivos respecto de los activos de las EPS.

Pero ¿Qué se logra con esos recursos?, solamente durante el año 2023, las EPS del régimen subsidiado brindaron más de 127 millones de atenciones, dispensaron más de 918 millones de fórmulas médicas y brindaron 15 millones de atenciones a pacientes crónicos.

Mientras tanto, el Estado debe más de 2,6 billones de pesos en cuantas por cobrar a las EPS de GestarSalud y en cuanto a reservas técnicas, las EPS de GestarSalud ascienden a \$3,4 billones de pesos distribuidas en reservas para el pago de servicios de salud, obligaciones pendientes conocidas y reservas técnicas para presupuestos máximos.

En caso de aprobarse la reforma, el mayor gasto, ahora no tenido en cuenta en los datos del Ministerio deberá ser financiado por el ADRES. Por las condiciones de la operación propuesta centrada en lo que los técnicos denominan “pago por evento” y un “tercer pagador” lejano, el gasto tenderá a crecer a una tasa mayor a la observada. Le correspondería al nuevo sistema financiar ese gasto real (no necesariamente la deuda que se haya acumulado) que hoy no quiere reconocer.

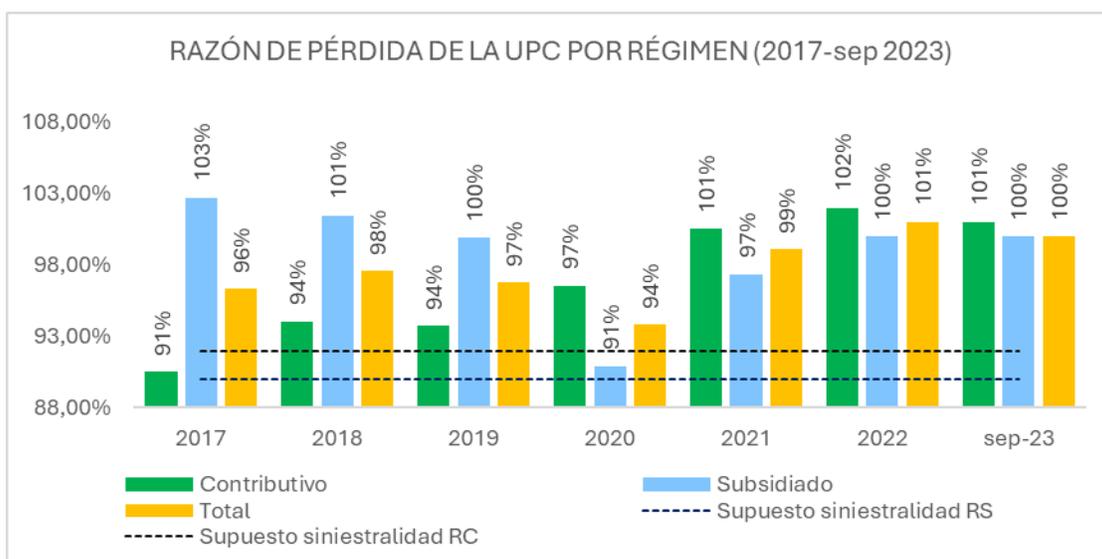
Implicaciones de la insuficiencia de la UPC y el retraso del pago de los presupuestos máximos en el sistema de salud

Con la información a la que han tenido acceso los ponentes, se identifican en primera medida cuatro (4) estudios que soportan la evidencia de esta situación y explican con mucha claridad la situación de endeudamiento del sistema de salud con los prestadores de servicios de salud y operadores logísticos de medicamentos, los estudios a saber son los siguientes:

1. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. PubMed Central. National Library of Medicine. Oscar Espinosa, Piedad Urdinola, Alejandra Sánchez Martha-Liliana Arias, Emiliano A. Valdez, Terence Cheng and Sara-Ellison Fisher. Proyecciones 2022/2023. ACEMI con Código R.
2. Predictability and Financial Sufficiency of Health Insurance in Colombia: An Actuarial Analysis with a Bayesian Approach. [North American Actuarial Journal](#) . Oscar Espinosa, Valeria Bejarano, Jeferson Ramos
3. Sectorial. Actualidad y Perspectiva Financiera de Colombia y el Sector Salud noviembre 2023
4. Numeris. Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud

Los cuatro estudios coinciden en presentar evidencia de la insuficiencia de la UPC, arrojando los siguientes resultados:

Primer estudio:



Fuente: Espinosa, Urdinola, Sánchez, Arias, Valdez, 2023

El segundo estudio presenta las estimaciones de la siniestralidad de la UPC en ciudades:

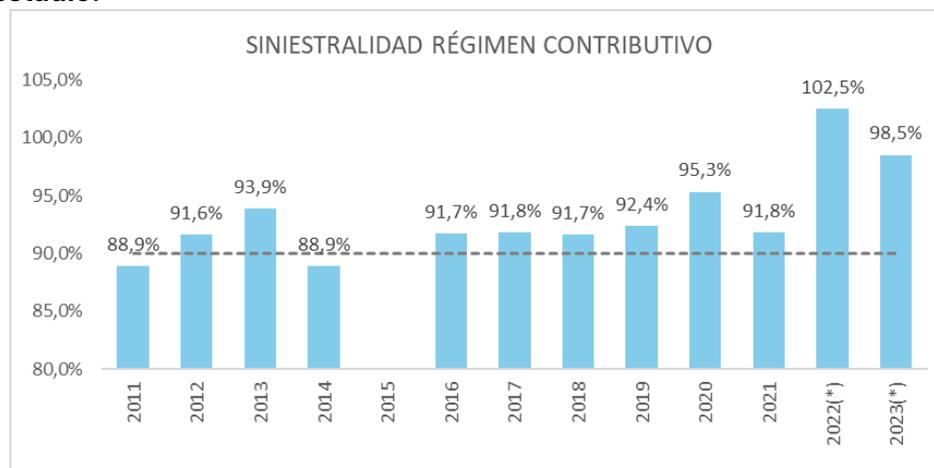
Evolución Siniestralidad de UPC en Ciudades					
Categoría	2016	2017	2018	2019	2020
Menos de un año	0,87	0,86	0,76	0,69	0,57
1 a 4 años	1,10	1,02	0,97	0,94	0,66
5 a 14 años	1,53	1,49	1,40	1,45	1,16
15-18 años hombre	1,63	1,59	1,48	1,48	1,36
15-18 años mujer	1,18	1,14	1,03	1,06	0,95
19-44 años hombre	1,11	1,08	1,04	1,04	1,07
19-44 años mujer	0,94	0,89	0,82	0,87	0,83
45 a 49 años	1,07	1,02	0,98	1,03	1,01
50-54 años	1,03	1,00	0,97	1,04	1,00
55-59 años	1,09	1,04	1,02	1,07	1,03
60 a 64 años	1,06	1,02	1,00	1,09	1,03
65 a 69 años	1,07	1,03	1,03	1,10	1,04
70 a 74 años	1,09	1,06	1,06	1,13	1,04
75 o +	1,16	1,14	1,16	1,21	1,07

Fuente: Espinosa, Bejarano y Ramos

Tercer estudio



Cuarto estudio:



Fuente: Numeris

Ahora bien, para comprender la situación de desfinanciamiento estructural de las EPS en el sistema de salud, es importante tener en cuenta que, ante la insuficiencia de recursos, una organización de derecho privado tiene las siguientes alternativas para salir adelante:

1. Acceder a financiación externa a través de operaciones de crédito
2. Impulsar financiación interna a través de nuevos aportes de asociados, mediante esfuerzos de capitalización
3. Lograr apalancamiento operativo renegociando plazos de pago con los proveedores para mantener liquidez
4. Hacer uso de alternativas regulatorias que le permitan acceder a recursos que brinden liquidez y garanticen capital de trabajo para continuar operaciones.

En el caso de las aseguradoras, no resulta sencillo acceder a financiación externa mediante la alternativa 1, la alternativa 2 ha sido utilizada por distintas aseguradoras pero los recursos se consumen rápidamente como reflejan sus estados financieros llegando incluso a tener cuentas patrimoniales con saldos negativos, la estrategia 3, que de mutuo acuerdo con los proveedores se refleja en el incremento de los plazos de pago y finalmente, la alternativa 4, fue habilitada en gobiernos anteriores como alternativa que de mutuo acuerdo permitió solventar transitoriamente los problemas de liquidez del sistema de salud.

Ahora bien, otro elemento para considerar en el análisis realizado por los ponentes con la información disponible tiene que ver con los parámetros de restricción de uso de los recursos de la UPC para el pago de gastos de administración:

- Régimen contributivo: máximo 10% de los recursos para gastos administrativos
- Régimen subsidiado: máximo 8% de los recursos destinados a solventar gastos administrativos

De acuerdo con los datos reportados por las aseguradoras han logrado eficiencias administrativas que les permiten tener una participación de los gastos administrativos en promedio, de entre 4 y el 5%, de acuerdo con datos de la Contraloría General de la República.

Tabla 10 Cálculos del déficit del sistema de salud colombiano, cifras en miles de millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	sep-23
UPC	28.059	33.998	40.580	51.972	49.125
Administración (5%)	1.403	1.700	2.029	2.599	2.456
Siniestralidad (Promedio ponderado RC y RS)	97,5%	94,5%	99,5%	101,5%	101,0%
UPC siniestrada	27.358	32.128	40.377	52.751	49.616
Déficit	-2.104	-3.570	-2.232	-1.819	-1.965

Fuente: cálculos propios, ponentes, Datos ADRES y aseguradoras

Para el periodo observado se puede identificar con toda claridad que la insuficiencia de la UPC le ha ocasionado a las aseguradoras un déficit estimado solamente para el periodo enero 2019 a septiembre de 2023 por un valor de **ONCE BILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS**

mcte. (\$11,690 billones). Si tomamos en cuenta que el patrimonio acumulado es de -3,2 billones de pesos y el consumo de reservas ha sido cercano a \$5 billones de pesos, tenemos una clara aproximación a la explicación de porqué existen deudas del sistema de salud con prestadores y proveedores de medicamentos. La solución, está en el ajuste del cálculo de la UPC y una mejor distribución de los recursos considerando debidamente los factores de riesgo de la población afiliada a cada EPS. Claramente la Corte Constitucional ha señalado un paso hacia adelante en esta dirección: el Estado debe saldar las deudas pendientes con las aseguradoras.

12. LO QUE SE DEBE HACER Y ESTA REFORMA NO RESUELVE

Como se mencionó anteriormente, existen varios temas de mejora que requiere el sistema de salud:

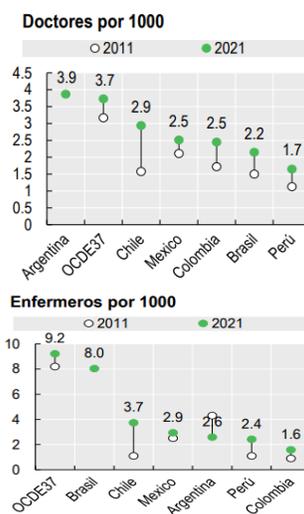
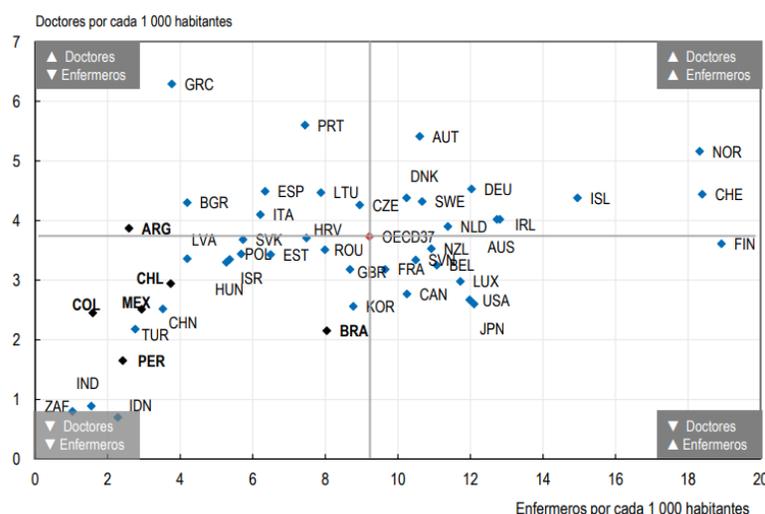
- Mejorar al personal de salud, en contratación, pagos y condiciones laborales. Establecer escala de salarios del talento humano en salud pública, fechas y porcentajes de aumentos, incentivos por prestación de servicios en zonas apartadas.
- Agilidad en la entrega de medicamentos y autorizaciones de exámenes y atenciones médicas con especialistas. Establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, fomentar la telemedicina y sanciones para EPS que no cumplan.
- Promoción, prevención y atención en el sector rural. Asignarle a una sola EPS, la atención rural con UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, fomentar la telemedicina, establecer tope de contratación con ESE en mínimo 80%, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo.
- Creación del CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud.
- El sistema único de información, tomando como base lo que ya hay, SISPRO, RUAFA, LUPA AL GIRO, mejorarlo y fortalecerlo, no hay necesidad de crear otro, hacerlo compatible con la historia clínica interoperable, actualizar lo que ya existe.
- Exigirles óptima Acreditación en Salud a las EPS y garantía de pago a acreedores en caso de liquidación, para que cumplan de manera eficiente y oportuna con la garantía de la salud de los colombianos. Creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones.

Abordaremos algunos de ellos, que en nuestro concepto la reforma propuesta no los soluciona i) déficit de profesionales en salud, ii) acceso a servicios de salud en territorios apartados, distribución de medicamentos y, atención primaria, iv) sostenibilidad financiera y, v) enfoque preventivo,

12.1. DÉFICIT DE PROFESIONALES EN SALUD

Si bien el texto aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes contempla como incentivo la creación de becas para posgrados en materia de salud pública y, se otorgan incentivos para que las personas puedan acceder a las carreras relacionadas con el área de la salud, no se abordan de una forma eficaz y efectiva los aspectos que generan el déficit de especialistas; ni tampoco, la migración de profesionales en enfermería o el personal médico. Tampoco se establece un régimen laboral especial para el personal de la salud ni se establecen condiciones justas de empleo y trabajo.

A continuación, se muestran cifras de la OCDE que evidencian la falta de personal médico y de enfermería en Colombia:



En ninguno de los artículos propuestos ni aprobados se soluciona el tema la falta de personal médico en Colombia, de hecho, el Grupo de Acuerdos Fundamentales, en su comunicado sobre Proyecto de Ley para Reformar el Sistema de Salud radicado en el Congreso de la República por el Gobierno Nacional, en febrero de 2023 afirmaron: “Los médicos y las demás profesiones de la salud en servicio social obligatorio son insuficientes para cubrir las necesidades de los EMIT propuestos. Además, para quienes están en proceso de formación como especialistas, su desplazamiento a zonas periféricas con este fin no consulta los objetivos del sistema nacional de residencias médicas y la autonomía universitaria, dado que las prácticas formativas en lugares sin infraestructura, ni supervisión docente, no son convenientes; tampoco se explican las condiciones académicas, de remuneración, bienestar y de seguridad. Si bien se propone formalizar a los trabajadores de las categorías operativas (42.784) y apoyó (85.859), iniciando por niveles de atención, a un costo estimado de \$9 billones para los primeros 4 años, no se precisan las fuentes para la sostenibilidad de tal incorporación en el largo plazo.” Nadie con más autoridad que nuestros galenos para emitir comentarios, en este caso desfavorables de lo que propone la reforma en términos de talento humano en salud.

Compartimos los comentarios que respecto del texto aprobado en la Cámara de Representantes emitió ACEMI, en lo relacionado con el talento humano en salud, tema sobre el cual se afirma que lejos de avanzar, la reforma no supera la visión medicalizada y prestacional y genera fragmentación e incertidumbre en los individuos sobre el ejercicio del derecho. Se reconoce la necesidad de cambios estructurales en los currículos universitarios para volcar la profesión hacia aspectos preventivos y volcar la mirada no solo sobre los profesionales de la medicina sino sobre otros profesionales de la salud, como enfermería, pero este aspecto no es de suyo, competencia exclusiva del sistema de salud, de ahí que se note la ausencia de una política de talento humano en salud, que incentive la formación del mismo y su redistribución regional para responder a las necesidades de la población con énfasis en atención primaria en salud.

En el texto aprobado en la Cámara, a los CAP se le otorgan funciones de gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en coordinación con las gestoras de salud y vida propuestas, la coordinación intersectorial, la ejecución de intervenciones colectivas, procesos de coordinación y articulación de diferentes atenciones en las redes integrales de salud, lo cual exige un incremento de talento humano al interior de cada CAPS para gestionar su cumplimiento y el proyecto de ley en estudio no indica de manera clara, precisa y concreta de dónde surge ese nuevo personal.

Adicionalmente, genera confusión la redacción propuesta en el artículo 14 parágrafo 3 del texto aprobado en Cámara, toda vez que no deja clara la responsabilidad y alcance de la participación de usuarios, comunidad y talento humano en salud, dentro de los procesos de conformación, operación e integración de los CAPS a las redes integrales de salud, y se genera una situación aún más confusa para el caso de CAPS de naturaleza privada, afectando en nuestro concepto por doble vía los derechos del personal de la salud en Colombia, desde la óptica del derecho al trabajo que recordemos que es un derecho y obligación social por mandato constitucional:

Artículo 25 El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Precepto constitucional que la reforma propuesta no resuelve, en lo que se refiere al talento humano en salud de Colombia, nuestros héroes de la salud.

12.2. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN TERRITORIOS APARTADOS, DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y, ATENCIÓN PRIMARIA

Hoy en día, gracias a que el 99% de la población colombiana se encuentra asegurada en el sistema de salud, ya sea al régimen contributivo o, al régimen subsidiado, se garantiza que cuando el ciudadano requiera de un servicio de salud cuente con la prestación del mismo. Sin embargo, en los territorios apartados o, en la ruralidad de nuestro país, no se cuenta con la infraestructura adecuada para tratar enfermedades de alta complejidad, motivo por el que, en lugar de acercar la oferta institucional a las poblaciones lo que el actual sistema realiza es

acercar la persona al prestador de salud más adecuado según su patología. Los determinantes sociales, que no pueden ser responsabilidad del sistema de salud, juegan un rol importante en el acceso a los servicios de salud en los territorios más apartados, sobre ese tema ya nos referimos, pero es necesario recordar, que ellos no son tema que competa exclusivamente al sistema de salud colombiano.

Además de lo anterior y respecto a la distribución de medicamentos, es importante señalar que, como se indicó en el punto anterior en lo que atañe a la falta de infraestructura en los municipios para la prestación de los servicios de alta complejidad, es válido señalar que, no se cuenta con la infraestructura suficiente para contar con medicamentos por ejemplo, para tratamientos de enfermedades de alto costo en las regiones apartadas del país, situación que genera demoras en las entregas y posibles afecciones de salud.

Finalmente, es de gran importancia fortalecer la atención primaria, misma que busca garantizar la prestación de una atención integral en salud según las necesidades de cada persona; sin embargo, el texto propuesto no contempla evidencia de que al realizar los cambios propuestos el usuario obtenga una atención más eficiente, una reducción de la siniestralidad o ausencia de la enfermedad, además de que, como lo expondremos en el acápite de sostenibilidad financiera, no hay evidencia de que con la reforma propuesta se aborde en términos de solución efectiva la problemática de la atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este tema, la reforma propuesta pasa de un aseguramiento del riesgo, el derecho a la seguridad social en los términos señalados en el artículo 48 de la Constitución Política a un sistema de salud de aseguramiento social, en el cual las responsabilidades de todos y cada uno de los actores tal y como están contempladas en estos momentos sobre todo en lo que, al riesgo en salud, aseguramiento financiero, desaparecen por completo.

Las transformaciones del sistema actual, postuladas en la reforma aprobada en segundo debate, desintegran el modelo actual de aseguramiento, de ahí que se debe ser exhaustivamente claro y concreto en la forma en cómo se propone la implementación de la atención primaria propuesto en este modelo, las herramientas, responsables para lograrlo y plazos, que, a lo largo del texto aprobado, están ausentes en este proyecto de ley.

El hecho de cambiar el énfasis del modelo actual y pasar de un enfoque poblacional a un enfoque territorial, con Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), encargados de la atención primaria en salud, que harán las veces de puerta de entrada al sistema de salud, implica un cambio de paradigma en el ciudadano, el cual dados los altos niveles siniestralidad en materia de salud, la influencia de los determinantes en la salud y la cultura e idiosincrasia colombiana, necesitan más que reforma del sistema de salud actual pedagogía y sensibilización, que de nuevo no son responsabilidad del sistema actual, influyen sí, pero no es dable endilgarle por ejemplo a un tipo de cultura el no consumo de alimentos sin cocción, como sucede en algunas comunidades indígenas.

El sistema de salud actual contempla que las EPS deben realizar prevención respecto de sus usuarios, no es un aspecto novedoso que incluya el texto propuesto, sin embargo, para fortalecer éste aspecto el Estado colombiano tiene la capacidad de realizar inspección,

vigilancia y control y, exigir el cumplimiento de dicho aspecto, partiendo del aumento de los recursos destinados para tal fin y no el recorte de los mismos, dibujados en aparente implementación de infraestructura que debe ser con cargo al Presupuesto General de la Nación. Ello en procura de contar con un sistema que no solo se centre en el tratamiento de la enfermedad sino también, en la prevención de ella, para ello no se requiere un cambio de diseño institucional, de hecho, la ley 1438 de 2011 en los siguientes artículos ya tiene el mandato pertinente para ello:

*Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que **en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable**, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.*

Artículo 11. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13 de la Ley 1122 del 2007. Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

*Las redes articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social. La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). El Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de autocuidado en toda la población. **Parágrafo transitorio.** Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de salud pública y las de promoción y prevención, continuará ejecutándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.*

Artículo 12. De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los

servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

Artículo 13. Implementación de la atención primaria en salud. Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos: 13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. 13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud. 13.4 Cultura del autocuidado. 13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria. 13.6 Atención integral, integrada y continua. 13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. 13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado. 13.9 Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez. 13.10 Participación activa de la comunidad. 13.11 Enfoque territorial.

La reforma busca crear equipos básicos para ubicar a la persona para disminuir el riesgo en salud, pero, estos equipos no van a actuar si se identifica una enfermedad compleja o se requiere una mayor complejidad; además, es pertinente señalar que las enfermedades raras no pueden ser prevenibles ya que son de origen genético y, en más del 50% de los casos se manifiestan en edades adultas, además de que en la mayoría de los casos son inevitables.

Un enfoque preventivo real al interior del sistema de salud no requiere un cambio de modelo, o reforma del sistema, basta con que el Estado exija a las EPS el cumplimiento en razón de su función de inspección, vigilancia y control, posterior al suministro de los recursos económicos necesarios para ello.

12.3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

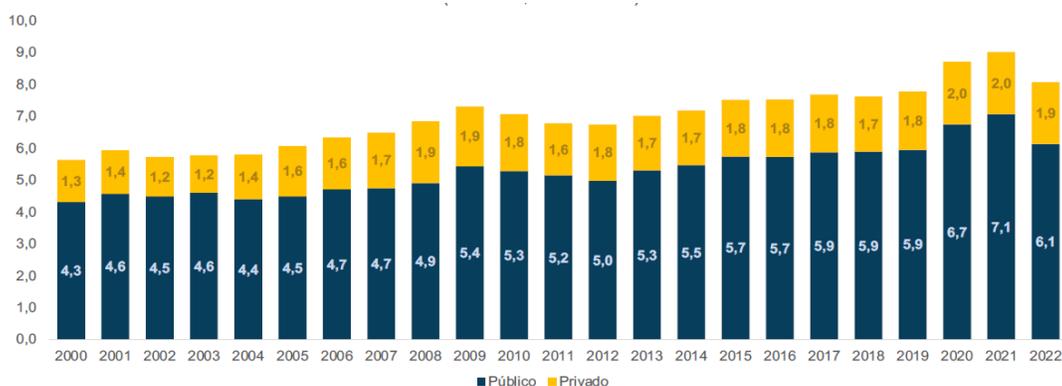
El sistema actual se financia con aportes de quienes hacen parte del régimen contributivo, impuestos y, el aporte que realiza el Estado a través de la UPC; sin embargo, en la reforma propuesta, no se abordan mejoras respecto a la forma en la que se calcula la UPC ni tampoco su suficiencia. Tampoco se establecen pautas sobre el pago de presupuestos máximos y como lo expondremos más adelante, la reforma no tiene un aval en términos legislativos ni un concepto por parte de la autoridad encargada, Ministerio de Hacienda, que permita afirmar de

manera clara y exegética que la iniciativa se acompasa a los presupuestos del marco de mediano y largo plazo.

En la actualidad, el Plan de Beneficios en Salud, que es pagado con la UPC, contiene gran cantidad de servicios y medicamentos, sin embargo, los que no se encuentran allí establecidos son cubiertos por los presupuestos máximos, situación que genera altos costos a las EPS, sin mencionar que dichos presupuestos no son pagados a tiempo por el Gobierno Nacional y es lo que ha generado crisis en el sector y no debido al funcionamiento del sistema, que más que bien ha desarrollado los postulados impuestos para la prestación del servicio de salud en favor de los colombianos desde 1994.

Los logros que líneas atrás hemos enunciado como propios del sistema de salud actual, no hubieran sido posibles si el Estado colombiano, no hubiera aumentado los recursos que en materia de salud exige el dinamismo y los cambios que a lo largo del tiempo ha sufrido la población.

Gráfico 35 Gasto en Salud en Colombia (% del PIB, 2000 – 2022)⁸⁸



En la gráfica se evidencia el gran esfuerzo económico que ha hecho el Estado, gracias al crecimiento de la economía que ha mostrado desde 2002 nuestro país, exceptuando la crisis mundial del 2008, recordemos que entre 2002 y 2010 la economía colombiana creció a una tasa anual del 4,4% en promedio, con un pico del 6,9% en 2007, el mayor registro en 20 años, en el 2009 como consecuencia de la crisis financiera internacional el PIB solo crece 1,2 %, pero en el año 2010 como la economía creció 4,3 %. Evidentemente, la política de la época surtió resultados económicos que permitió que los gobiernos posteriores hasta 2018, lograran aumentar en términos de presupuesto las inversiones en la salud de los colombianos.

En la gráfica expuesta por ACEMI en la mesa de trabajo convocada alrededor de la reforma a la salud que nos ocupa se intenta graficar los elementos financieros o económicos constitutivos del aseguramiento propio del sistema de salud actual:

⁸⁸ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

Gráfico 36 Elementos constitutivos del aseguramiento⁸⁹



Esta misma dinámica brilla por su ausencia en el proyecto de ley del cual disentimos, razón adicional para justificar y fundamentar esta ponencia negativa, en el actual sistema es claro, en el sistema propuesto, se deja mucho a la confusión y razonamientos abstractos del ejecutor, lo cual aumenta la inseguridad jurídica y financiera del sector, de hecho, el concepto de la prima que es la UCP desaparece. No obstante, se asume que los recursos que hoy financian el derecho individual y el subsidio a la demanda (a las personas) van a pasar en su totalidad a los fondos pagadores y sus subcuentas. Con estos recursos se van a subsidiar parcialmente a los hospitales y se van a dar presupuestos a los CAPS lo cual es de difícil materialización.

La reforma propuesta, establece un pagador único en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que asume la totalidad del riesgo financiero del sistema, divide la prima de riesgo (UPC) entre la atención primaria y la de mediana y alta complejidad disminuyendo los recursos de estas últimas y le edila superpoderes a la ADRES quien asumirá el giro directo de todos los pagos de las prestaciones de los servicios de salud del sistema. También realizará auditoría y contratación. Se propone un giro mínimo del 85 % con la radicación del valor de las facturas y el 15 % restante sujeto a la auditoría.

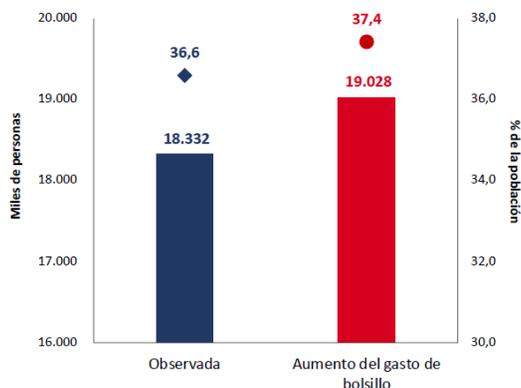
Recordemos que hoy en día el giro directo está autorizado e implementado en un 100% en las EPS del régimen subsidiado que son las que más retrasos en los pagos a proveedores y otros actores generan, permitiendo deducir que no es por la moderación del giro directo que se pueda presentar barreras en términos de eficiencia y flujo de recursos en el sistema.

Con la propuesta se corre el riesgo de que los recursos no alcancen y los colombianos se vean obligados a destinar mayores recursos de su bolsillo para afrontar la problemática que se

⁸⁹ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

derive del nuevo sistema de salud, aumentando de esta manera los índices de pobreza de la población colombiana.

Gráfico 37 Pobreza monetaria (Total nacional, 2022) con aumento del gasto de bolsillo en salud.⁹⁰



Cuando se habla de derechos fundamentales, es necesario tener claro el presente y el futuro además del deber ser de las cosas, y una exhaustiva y minuciosa revisión de las capacidades y fortalezas actuales en el país, los recursos disponibles en materia de infraestructura, financieros y de talento humano disponibles y cómo se garantiza una adecuada implementación con la nueva institucionalidad propuesta, garantizando la efectividad del derecho, la continuidad real en materia de atención y su ampliación progresiva análisis que brilla por su ausencia en la reforma contrariada, abriendo la posibilidad de que se presente un aumento en el riesgo fiscal para el país, toda vez que, el sistema actual cuenta con varios recursos de financiación y aun así los recursos son escasos, cuanto más lo será para las finanzas públicas si los costos los asumirá en su totalidad el Estado colombiano sin dejar de manera clara y preestablecida la figura del aseguramiento del riesgo.

13. ARCHIVO A UNA REFORMA MAL CONCEBIDA

A continuación, se presentan elementos de fondo en la construcción de la reforma que justifican la necesidad de dar archivo al proyecto de ley en la Comisión Séptima del Senado de la República.

13.1. REFORMA CON ERRORES EN SU CONSTRUCCIÓN

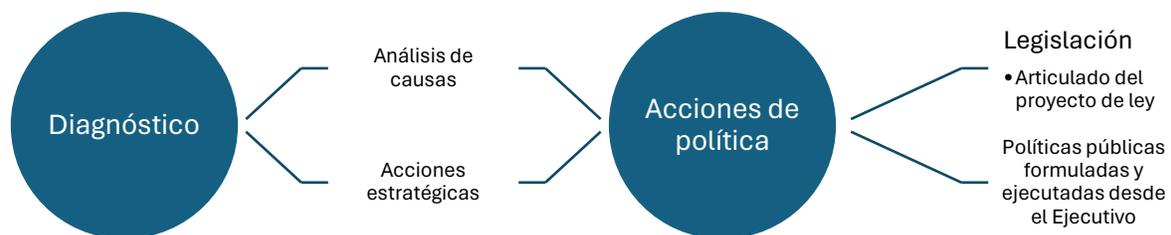
Como consta en el texto radicado y las distintas ponencias presentadas para la discusión, incluida la ponencia de la bancada de gobierno para primer debate en el Senado. La reforma no es clara en cuanto a la conexión entre el diagnóstico con los objetivos y acciones estratégicas que son susceptibles de implementarse vía política pública a través de una ley, por el contrario, la **desconexión entre el diagnóstico y el articulado es evidente que no existe un proceso adecuado de planeación.**

⁹⁰ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

El diagnóstico recurrente de los aspectos financieros relacionados con endeudamiento del sistema y las barreras de acceso que persisten en algunas poblaciones y territorios, no están claramente conectados con el articulado. Porque si se quiere justificar la administración de los recursos económicos del sistema, es claramente inconveniente el esquema que plantea la reforma para gestionar el riesgo financiero del sistema de salud y si lo que quisiera es a partir del diagnóstico justificar una mejor gestión del riesgo en salud, dado que de manera insistente la exposición de motivos presenta los retos persistentes en materia de salud pública, no se entiende por qué la propuesta es fragmentar a un más la atención restando al sistema capacidad para gestionarlo.

Uno de los elementos que pone en evidencia esta situación, es que cuando se cita los altos funcionarios y funcionarios técnicos de las entidades del sistema de salud, estos rinden cuentas de acciones fraccionadas que se supone deberían ser habilitadas legal y presupuestalmente por la reforma, pero que, por el contrario, ya se encuentran en marcha, algunos ejemplos:

1. Cuando se habló de talento humano en salud, presentaron la política de talento humano en salud cuyo presupuesto de implementación no está claramente definido y tampoco se identifica en el impacto fiscal o la exposición de motivos de la reforma.
2. Cuando se preguntó a los funcionarios por la garantía de continuidad en la atención de los pacientes, unos funcionarios respondieron que serían los CAPS, otros que los mismos prestadores actuales y otros que serían los EMIT quienes directamente garantizarían la continuidad en el cuidado de los pacientes.
3. Esquemas de contratación y configuración de redes reproducen las lógicas de funcionamiento actual del Sistema de Salud del Magisterio cuyo enfoque territorial y dinámicas de contratación se traducen en menores resultados de salud pública.



4. Otra prueba de esta situación es que el Ministerio de Salud, ha indicado que en el Plan de Desarrollo se incluyeron elementos en las bases que para materializarse quiere usarse la reforma, poniendo una vez más en duda el objetivo que realmente se persigue. El respeto a la unidad de materia y la capacidad de planeación en salud que fue desplegada en la construcción del PND. Lo anterior, se confirma también a partir de derecho de petición con radicado No. 202311000530841 del 17 de marzo de 2023, allegado a la Comisión Séptima durante el desarrollo de las Mesas Técnicas que tuvieron lugar entre el 26 de febrero y el 6 de marzo de 2024.

Bases del PND	Incluido en proyecto de reforma	Se está ejecutando
Colombia como territorio saludable con Atención Primaria en Salud a partir de un modelo preventivo y predictivo	Sí	Sí
Equipos territoriales interdisciplinarios	Sí	Sí
Conformar redes integrales e integradas de salud	Sí	Sin información
Nueva política de Talento Humano en Salud	Sí	Sí
Acciones de hábitos saludables con enfoque de curso de vida	Sí	Sin información
Acciones de interés en salud pública en el marco de APC	Sí	Sin información
Desconcentración de sistema de inspección, vigilancia y control	Sí	Sin información
Desarrollo de un sistema de información único e interoperable	Sí	Sí

5. En la misma respuesta emitida por el Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección social que, en diferentes partes de la respuesta, establece que temas como las **metas, plazos de avance y progresos que se pretenden con la Reforma a la Salud en el corto, mediano y largo plazo, serán definidos una vez el órgano legislativo apruebe el proyecto**. Con lo que se puede concluir que se presentó una iniciativa sin horizonte, objetivos y plan de seguimiento claros, que permitan analizar si las medidas teóricas propuestas se van a concretar en resultados prácticos. Dichos elementos, a la fecha no han sido aclarados por el Ministerio de Salud.

13.2. REFORMA INCONSTITUCIONAL

Alto riesgo de afectación de los principios de progresividad y no regresividad así como de continuidad de la atención

Sin duda uno de los objetivos de una reforma a la salud debe ser el de mejorar el sistema para permitir la garantía progresiva de los derechos y su goce efectivo. No obstante, del proyecto de ley se identifican riesgos frente al cumplimiento del **principio de progresividad**, inclusive en el sentido estricto de la prohibición de la **no regresividad** en materia de garantías al derecho.

El proyecto de ley, en ninguna parte, brinda claridad respecto al cómo garantizará que superará los resultados que el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país ha tenido en materia de:

- Cobertura de afiliación,
- Incremento del acceso efectivo a servicios de salud tanto en áreas urbanas como en rurales,

- Protección financiera de los hogares,
- Reducción de brechas de acceso a los servicios de salud en las personas con menores recursos frente a las de mayores ingresos,
- Acceso a servicios de mediana y alta complejidad donde el riesgo en salud es mayor
- Programas especializados para pacientes crónicos

Los siguientes gráficos muestran cómo el sistema actual continúa avanzando hacia la progresividad del derecho a la salud de los colombianos, sin desconocer que aún tiene, por supuesto muchos retos que debe superar para mejorar las condiciones de vida de la población. Pero que definitivamente, la reforma no prueba ser una iniciativa superadora.



Fuente: Fedesarrollo con base en los resultados de la Encuesta de calidad de vida

Adicionalmente, en ausencia del concepto de impacto fiscal, la armonía de las disposiciones con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y la no especificación de las fuentes de financiamiento que requieren los nuevos gastos planteados por el proyecto de ley, representan una vulneración al principio de **sostenibilidad financiera** definido en la Constitución para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El modelo propuesto en la reforma plantea un cambio fundamental en la estructura financiera del sistema; aunque conserva las fuentes actuales de financiamiento (cotizaciones y aportes fiscales de la Nación y de las entidades territoriales), se plantean nuevos usos de los recursos lo cual inminentemente dejaría desfinanciada la atención de los individuos y sus familias que hoy están garantizadas por el sistema.

De igual manera, la reforma propuesta involucra una serie de ajustes y cargas adicionales a las entidades territoriales que constituyen una vulneración al principio constitucional de **autonomía territorial**. Las nuevas competencias y funciones previstas para las Entidades Territoriales no incluyen lineamientos o estimaciones de los costos en los que incurrirán para su cumplimiento.

Dado que los ajustes y disposiciones mencionados suscriben al ámbito de la reserva de ley orgánica, también es esperable que se contemplen los recursos necesarios, que se reitera no

forman parte del estudio de impacto fiscal o las disposiciones contenidas en el proyecto de ley.

Adicionalmente, la ausencia de sustentos técnicos confiables sobre la conveniencia de la iniciativa legislativa y sus impactos esperados en la atención en salud que recibirá la población representa claramente una vulneración de la **buena fe** y en consecuencia crea **falsas expectativas** en la población desconociendo mandatos constitucionales claros en la materia.

La invocación del bloque de constitucionalidad para justificar la iniciativa desconoce que en buena medida los desarrollos jurisprudenciales y la ruta de fortalecimiento del sistema, sus capacidades y la garantía que brinda a los derechos constitucionales que asisten a la población han sido claramente superadores de las disposiciones contenidas en los instrumentos de derecho internacional.

En consecuencia, la propuesta de reforma está vulnerando también el principio de **eficacia**. La sentencia C-313 de 2014, al revisar el artículo 4º del entonces proyecto de ley estatutaria, señaló que: *"para la corte, en el caso del artículo cuarto del proyecto, se impone una lectura en pro de la eficacia del derecho fundamental que la ley regula. Por ende, cuando en el enunciado se manifiesta que el sistema está conformado por un conjunto de factores que el estado disponga, se entiende que dicha facultad dispositiva encuentra límites no solo en las finalidades de garantizar y realizar efectivamente el Derecho, sino en el principio de no regresividad, a partir del cual, la prerrogativa y, a su vez, deber de disponer los diversos elementos que conforman el sistema de salud, tiene como punto de partida los hoy existentes para el logro y realización del derecho. Así, por ejemplo, en materia de recursos destinados al financiamiento del derecho a la salud, la facultad dispositiva se relaciona al incremento de los existentes y no a la reducción de los mismos"*

Y agrega, *"Por ende, se concluye, la constitucionalidad del precepto en consideración implica que la expresión el estado disponga, no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud y que el conjunto de estos es el irreductible punto de partida para la consecución del derecho."*

En el estado actual del trámite la iniciativa propuesta no ha identificado esos logros adquiridos en el actual sistema cuya disminución o pérdida total con la reforma constituirán un escenario regresividad y vulneración de la prohibición de no regresividad.

13.3. REFORMA CON VICIOS EN SU TRÁMITE

Durante el trámite del proyecto de ley se evidencian vicios en su trámite que refuerzan el riesgo de inconstitucionalidad del proyecto de ley, ante la imposibilidad de garantizar el derecho a la salud de los colombianos. Se han identificado las siguientes:

1. Falta de consulta previa de la iniciativa,
2. Ausencia de un concepto de aval fiscal sobre el impacto de la iniciativa,
3. Yerrores en las ponencias que imposibilitaron la ilustración de los miembros de la Cámara para la discusión y votación,
4. Indevida convocatoria para en las sesiones en las que se votó el mismo,

5. Falta de mayorías calificadas para los artículos que por su contenido lo requería por disposición constitucional.

Dado que estos elementos no fueron subsanados durante el trámite de la Reforma a la Salud en la Cámara de Representantes, el riesgo de dar trámite a esta reforma y eventualmente aprobarlas implica un riesgo de inseguridad jurídica para el país que quedaría sumido en la ausencia de una Ley que regule el sistema de salud, dada la fórmula derogatoria propuesta por el articulado aprobado en segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes.

13.4. REFORMA INCONVENIENTE

Argumentación basada en las fallas y desafíos que persisten: como se evidencia en la ponencia para segundo debate, se apela de manera recurrente a justificar la transformación del sistema sobre la base de sus retos de financiamiento, los cambios propuestos no responden a un balance adecuado de logros y la construcción de una ruta para superarlos preservando las capacidades del sistema de salud colombiano.

Reforma planteada desconociendo los logros alcanzados por el sistema de salud: en ninguna parte de los documentos producidos por las entidades en el contexto de la discusión de la reforma se menciona un diagnóstico de los avances o las capacidades consolidadas por el sistema de salud colombiano.

Reforma sin datos e información suficiente para justificar acciones de política pública: la envergadura de los cambios propuestos, demandan de estudios responsables que justifiquen el curso de acción y las disposiciones de política pública contenidos en el proyecto de ley, no es razonable que se considere abordar estas materias después de la aprobación dadas las implicaciones que tiene modificar el sistema de salud de todos los colombianos.

Reforma que no plantea resultados esperados en materia de salud pública: afirmar que con los cambios propuestos se mantendrán y se incrementarán los niveles de salud de la población, requiere de análisis rigurosos y técnicos que no se evidencian en la construcción de la iniciativa legislativa, restando la confiabilidad de la ciudadanía respecto a cuáles son los resultados esperados.

No hay diagnóstico de capacidades institucionales: la reforma propuesta no contiene en ninguno de sus apartados un diagnóstico de capacidades institucionales y de estimaciones de las nuevas capacidades de las entidades para realizar tanto estimaciones de costos como tiempos de implementación del proyecto de ley si eventualmente fuera aprobado.

Concentración de funciones en MinSalud: otro elemento que es altamente inconveniente es el de concentración de funciones y competencias en el Ministerio de Salud, por ejemplo, la habilitación de redes y CAPS⁹¹, la coordinación sectorial e intersectorial, el seguimiento a los contratos realizados entre los CAPS y los prestadores de mediana y alta complejidad, la asesoría y apoyo a las ISE universitarias, el desarrollo de planes y proyectos para fortalecer el nivel primario, entre otras. Todas ellas funciones que requieren de ajustes a la estructura orgánica de la entidad y al respecto de las cuales no existen documentos técnicos que las

⁹¹ Se estima podrían llegar a ser más de 16.000

pongan en evidencia, estimen sus gastos y de esta manera comprometan la viabilidad de la implementación del proyecto de ley, configurando un riesgo de regresividad en las garantías y el desempeño actual del sistema de salud.

Introduce barreras para el acceso del individuo y las familias a los servicios de salud: los vacíos regulatorios que se observan en el texto propuesto del proyecto de ley, la duplicidad de funciones entre los distintos actores, introducen riesgos para la garantía del derecho a la salud, la existencia de múltiples responsables en los servicios de baja, mediana y alta complejidad harán virtualmente imposible gestionar la atención integral en salud dada la dependencia de múltiples actores. Como lo han mencionado distintas voces de la sociedad civil, en efecto, el ejercicio de la tutela como medio para superar barreras en el acceso al derecho se verá menoscabado.

Menoscaba la agencia del individuo y la familia frente al sistema: lo cual se ve materializado en la ausencia de responsables directos de la gestión integral de riesgo en salud, pero adicionalmente, también se introducen operacionalmente restricciones a la libertad de elección de los individuos quienes encontrarán nuevas barreras para acceder al servicio de salud en los distintos territorios. Esto será consecuencia directa de la fragmentación y la multiplicidad de nuevos actores e instancias de coordinación en la prestación de los servicios esenciales de salud.

El sistema propuesto inevitablemente ocasionará incrementos en tiempos de espera: sumado al reto de configuración de las nuevas redes en su componente jurídico – administrativo en el ámbito operacional, los procesos de coordinación entre 10 entidades diferentes conducirán a que surjan nuevas barreras de tiempos para el acceso a consultas especializadas y servicios de mayor complejidad.

Se siguen identificando acciones para implementar la reforma con los errores conceptuales en otras instancias: otro elemento que sorprende respecto del arreglo institucional planteado en la reforma, en buena medida, sigue la ruta del FOMAG que para el año 2022 contaba con 820.095 afiliados, 401.603 son población que vive en zonas geográficas de difícil acceso, son mayores de 75 años y están identificados con enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, Enfermedad Renal Crónica (ERC), artritis, cáncer, hemofilia y VIH.

Alarmante situación para los pacientes que pone sus vidas en riesgo: en ausencia de fuentes nuevas de financiamiento y estudios serios del costo de implementación de la reforma tanto en dinero, tiempo y personal requerido. De acuerdo con las declaraciones dadas por altos funcionarios del gobierno nacional en las mesas técnicas se considera “modificar las prioridades presupuestales” esto supone el desfinanciamiento de los servicios de mediana y alta complejidad que hoy requieren una cantidad importante de recursos del sistema y donde se encuentran los pacientes con mayor riesgo en salud, adicionalmente, se mencionó la posibilidad de acotar el plan de beneficios, lo que creará barreras de acceso, pondrá vidas en peligro e incrementará el gasto de los colombianos para acceder a tecnologías en salud.

Fraccionamiento de la gestión financiera de recursos del sistema pone en riesgo la vida de los pacientes: Aunque la pertinencia y eficiencia del gasto (b, 5, Art. 14) debe ser

garantizada por la GSV en conjunto con el CAPS; la contratación, supervisión y evaluación de los CAPS estará a cargo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, esto hará que los procesos de auditoría de cuentas, flujo de pagos y otros componentes relacionados con la prestación de servicios se vean comprometidos. Además, no hay claridad respecto a quién es el responsable de la ejecución de procesos clave con la referencia y contrarreferencia y el traslado no asistencial (art. 14). Aunque la GSV y el CAPS “establece y coordina” el sistema de referencia y contrarreferencia, no clarifica el responsable de su operación y financiamiento. En el art. 18 se señala que los mecanismos para resolver las solicitudes serán establecidos por las IPS del nivel primario y complementario de la red y por otro lado señala que la GSV contará con la plataforma de información que permita resolver en línea las solicitudes.

El periodo de transición involucra muchos riesgos: en presencia de los elementos mencionados de falla en la planeación de la reforma, es previsible que la implementación de la reforma no es posible en el plazo de dos años que menciona el proyecto de ley, toda vez que hay entidades que deben ser reestructuradas y un volumen de contratos y acuerdos de voluntades

Una reforma que se está poniendo en marcha reproduciendo los vacíos técnicos evidenciados: de acuerdo con las directrices contenidas por la Supersalud en la Circular 202215100000050-5 de 2022, se introducen en el modelo del FOMAG y los demás Regímenes Especiales, elementos propuestos en la reforma para el Sistema General de Seguridad Social en Salud como lo son:

- Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio (MAISFPSM)
- Centros de Atención Primaria Integral de Salud del Magisterio – CAPISM
- Unidades móviles intramural y extramural
- Rutas de Atención Integral – RIAS
- UPC del Magisterio conforme a lo definido en el Acuerdo 05 de 2022 del Consejo Directivo del FOMAG.

En consecuencia, dado que se advierte una ruta de implementación sin los elementos necesarios, se advierten riesgos para la vida y la salud de las siguientes poblaciones que son principalmente adultos mayores con un riesgo alto en salud.

Tabla 11 Afiliados al FOMAG por departamento (Julio 2023)

Departamento	Población	%	Departamento	Población	%	Departamento	Población	%
Amazonas	1905	0,23	Chocó	11669	1,42	Norte de Santander	28210	3,44
Antioquia	95704	11,67	Córdoba	40921	4,99	Putumayo	8431	1,03
Arauca	5736	0,7	Cundinamarca	32719	3,99	Quindío	11537	1,41
Atlántico	40824	4,98	Bogotá D.C	97802	11,93	Risaralda	18077	2,2
Bolívar	35504	4,33	Guainía	902	0,11	San Andres	878	0,11
Boyacá	28676	3,5	Guajira	18668	2,28	Santander	44508	5,43
Caldas	19545	2,38	Guaviare	1842	0,22	Sucre	21893	2,67
Caquetá	10772	1,31	Huila	24906	3,04	Tolima	26029	3,17
Casanare	8903	1,09	Magdalena	30380	3,7	Valle del cauca	52456	6,4
Cauca	25591	3,12	Meta	16597	2,02	Vaupés	1010	0,12
Cesar	23748	2,9	Nariño	32448	3,96	Vichada	1304	0,16

Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital Julio 2023

Implicaciones de la fragmentación en la atención a los usuarios: los diagramas a continuación ponen en evidencia la inconveniencia de esta reforma para la coordinación y funcionamiento del sistema.

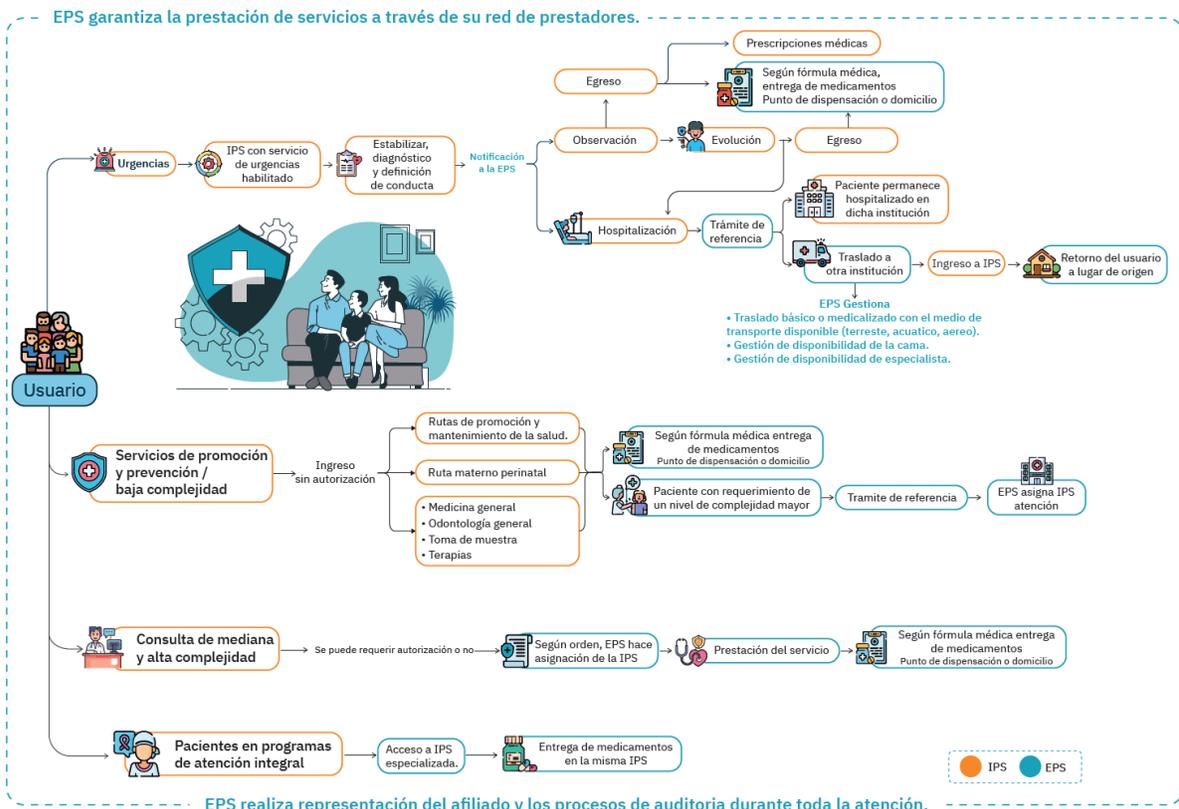
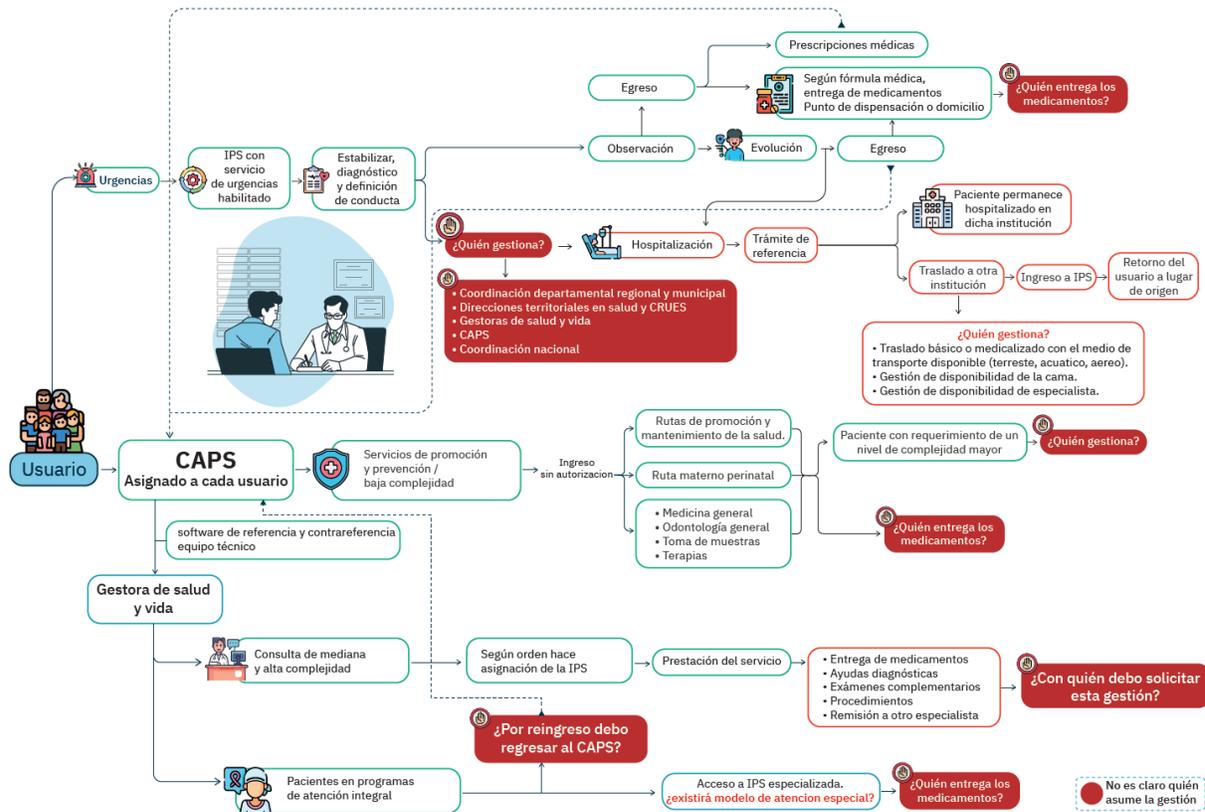


Ilustración 3 Ruta de atención fragmenta y riesgo detectados con reforma



13.5. REFORMA NO CONCERTADA

En efecto, distintos actores clave del sistema de salud, incluidos los pacientes y usuarios, indicaron a la Comisión Séptima que no fueron invitados al proceso de construcción de la reforma a la salud, lo cual constituye una vulneración al principio de participación ciudadana contenido en la Ley Estatutaria.

Aunque posteriormente, se han dado encuentros bilaterales y multiactor, incluidas las audiencias públicas impulsadas por Senadores integrantes de la Comisión Séptima, en las que participaron académicos, expertos salubristas, gremios, prestadores y otros actores. Las observaciones y preocupaciones manifestadas no han sido superadas en el curso del debate y la construcción de los articulados propuestos.

Por otra parte, examinando las jornadas de participación, resultó evidente que la razón de uso de tiempo por parte de los actores en suma fue en la mayoría de los casos inferior a 1, respecto del tiempo utilizado por altos funcionarios del sector salud. Esto pone en evidencia también la falta de garantías para la deliberación democrática propia de los espacios de participación, con inclusive episodios recurrentes de violencia en el uso de lenguaje durante las intervenciones, impropias del ejercicio de la función pública o también la modificación de la intención de las declaraciones realizadas como se puede constatar en las relatorías que

forman parte de la ponencia presentada por la bancada de gobierno al primer debate en el Senado de la República.

14. MESAS TÉCNICAS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

Las mesas técnicas tuvieron como finalidad establecer a través del dialogo informado un balance de las opiniones de los distintos actores y grupos de interés invitados a la discusión del proyecto de ley. Se convoca a que las opiniones expresadas estén basadas en datos con su respectiva fuente citada, evidencias y experiencias relacionadas con las temáticas a tratar, expresadas desde el respeto y destacando los elementos técnicos y científicos que deban ser considerados en el debate:

Se desarrolló la conversación a través de los siguientes siete (7) bloques temáticos:

Segmento	Encargado
Instalación y presentación de asistentes	Asistentes
Breve explicación del funcionamiento del sistema de salud en la temática de la mesa de trabajo	Experto invitado
Presentación técnica de las propuestas de la reforma a la salud en el componente temático relacionado	Vocero Gobierno Nacional
Diagnóstico de la situación actual del sistema de salud en la temática de la mesa de trabajo: Principales logros, retos y propuestas.	Diálogo abierto
Comentarios a las disposiciones contenidas en el proyecto de ley reforma a la salud en la temática de la mesa de trabajo: impactos esperados, oportunidades de mejora, riesgos y propuestas.	Diálogo abierto
Conclusiones, perspectivas y peticiones finales de los pacientes	Voceros enlistados
Conclusiones y recomendaciones finales de los expertos asistentes	Voceros enlistados

Mesa temática	Fecha
Mesa 1: Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos	Lunes 26 de febrero de 2024
Mesa 2: Condiciones laborales del Talento Humano en Salud	Martes 27 de febrero de 2024
Mesa 3: Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano	Miércoles 28 de febrero de 2024
Mesa 4: Fortalecimiento de la Gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información en el sector salud.	Jueves 29 de febrero de 2024
Mesa 5: Experiencias y perspectivas: Atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud	Lunes 4 de marzo de 2024
Mesa 6: Aspectos financieros del sistema de salud (Flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud)	Martes 5 de marzo de 2024
Mesa 7: Aspectos financieros del sistema de salud (Endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema)	Miércoles 6 de marzo de 2024

En los distintos espacios de diálogo la conducción estuvo a cargo de la Mesa Directiva de la Comisión integrada por las Senadoras **Martha Peralta** y **Lorena Ríos**. Los diálogos contaron con la destacada participación presencial de los honorables senadores ponentes **Miguel Ángel Pinto**, **Nadia Blel**, **Norma Hurtado** y **Ferney Silva**. De manera virtual participaron los demás senadores ponentes e integrantes de la comisión, así como sus equipos de trabajo.

Por otra parte, entre los delegados del Gobierno Nacional, se contó con la participación de **Francisco Rossi**, director del INVIMA **José Félix Martínez**, director del ADRES y el Superintendente de Salud, **Luis Carlos Leal**. Funcionarios líderes de áreas técnicas del Ministerio de Salud hicieron presencia en los espacios de diálogo.

Los distintos espacios también contaron con la presencia de delegados de la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

De igual manera, se registró la asistencia de los presentes de acuerdo con el grupo de interés. En total 311 representantes de las organizaciones invitadas hicieron presencia en el recinto de la comisión para compartir sus experiencias y perspectivas con respecto al sistema de salud y la reforma propuesta por el proyecto de ley.

De acuerdo con el grupo de interés al que pertenecían, la participación de voceros de la academia y centros de pensamiento tuvo un total de 73 registros, representando al 23% de los asistentes; voceros de los gremios, dentro de los cuales fueron incluidos quienes representan a promotoras de salud se registraron en total 88 registros; los pacientes usuarios representaron el 21% del total de asistentes y los expertos independientes un 16%.

Algunas de las organizaciones participantes en los espacios son las siguientes: **Federación Colombiana de Enfermedades Raras (FECOER)**, **Pacientes Colombia**, **Asociación de Usuarios de Sanitas**, **Asociación de Usuarios de Compensar**, **Asociación de Usuarios Nueva EPS**, **Asociación de Usuarios Sura**, **Asociación de Usuarios Salud Total**, **Asociación de Usuarios Aliansalud**, **Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida**, **ACPEIM**, **Fundación Voces Diabetes Colombia**, **ACEHR**, **ACOPEL**, **Fundación MADI**, **Transparencia por Colombia**, **Así Vamos en Salud**, **INNOS**, **Universidad del Bosque**, **Universidad del Rosario**, **Universidad Jorge Tadeo Lozano**, **Universidad Externado**, **Universidad de la Sabana**, **Proesa**, **Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas**, **Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma**, **Universidad de Antioquia**, **Colegio Colombiano de Sicólogos**, **Asociación Colombiana de Sociedades Científicas**, **Asociación Colombia de Facultades de Medicina (ASCOFAME)**, **Colegio Médico Cundinamarca**, **Academia Nacional de Medicina**, **ANDI**, **AFIDRO**, **AmCham Colombia**, **ACEMI**, **GESTARSALUD**, **Sanitas**, **SIES Salud**, entre otros.

Para facilitar la conexión al espacio de diálogo de funcionarios del gobierno se dispuso de una sala virtual en la que se contó con la participación de congresistas, asesores y funcionarios del Gobierno Nacional. Estos registros se encuentran en proceso de consolidación y no han sido contabilizados en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 12 Total de asistentes registrados según grupo de interés

Grupo de interés	Mesa 1	Mesa 2	Mesa 3	Mesa 4	Mesa 5	Mesa 6	Mesa 7	Total	Part.
Academia y Centros de Pensamiento	9	9	10	12	13	11	9	73	23%
Gremios	14	6	7	10	7	11	13	68	22%
Asociaciones de pacientes y usuarios	6	5	22	11	8	7	7	66	21%
Expertos independientes	8	3	4	7	7	12	9	50	16%
Entidad del Gobierno	2	2	1	1	3	5	6	20	6%
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2	3	2	6	2	2	1	18	6%
Organizaciones de profesionales y talento humano en salud	1	4	1	0	1	2	1	10	3%
Asociación de Departamentos o Municipios	0	1	1	1	1	1	1	6	2%
Total general	42	33	48	48	42	51	47	311	100%
Part.	14%	11%	15%	15%	14%	16%	15%		

Fuente: Senadora Lorena Ríos



Memorias mesas técnicas: Reforma a la Salud (Febrero 26 – Marzo 6)

PONENCIA NEGATIVA REFORMA A LA SALUD
SENADORES LORENA RÍOS, NADIA BLEL SCAFF, ALIRIO BARRERA y MIGUEL ÁNGEL PINTO

Reiterando nuestra preocupación y descontento porque las mesas técnicas y audiencias públicas aprobadas por unanimidad en la Comisión VII de Senado, no se surtieron en su totalidad en los términos comunicados inicialmente, menoscabando las garantías para la intervención de actores del sistema y académicos con el interés de aportar a la discusión.

Por otra parte, a la fecha de radicación de esta ponencia las audiencias públicas en las ciudades de Leticia y Bogotá no se han realizado, dejando por fuera los aportes y visiones de estas regiones del país. En ese sentido, es de consideración de los ponentes que adicional al resultado de las Mesas Técnicas publicado el pasado 8 de marzo, los siguientes aspectos deben ser resaltados dados los vacíos que deja la reforma planteada y que quedaron en evidencia en algunas mesas técnicas:

- El supuesto régimen especial para los trabajadores de los trabajadores del sector salud, no solo debe ser para personal médico. Es correcto decir personal sanitario o trabajadores del sector salud e incluir más beneficiarios de los mismos.
- En lo que se refiere a ¿Financiación de pregrado – posgrado? ¿Las medidas solo se toman para médicos especialistas y enfermeras? ¿Están garantizados los recursos?
- La reforma debe garantizar la creación de plazas nacionales con recursos del estado – para zonas rurales dispersas.
- Los recursos que se requieren deben ser suficientes y de calidad, ¿Si existen los recursos para formalizar al talento humano en salud? y sobre los incentivos para el personal de salud, ¿de dónde van a salir los recursos?
- Para la aplicación del artículo 24 del texto aprobado en Cámara, las coordinaciones de redes se deben revisar de dónde van a salir los profesionales por la escasez que presenta en nuestro país.
- Sin una transición clara, los profesionales que trabajaban en EPS pueden verse afectados por desempleo, eso no lo contempla la reforma.
- Son los mismos problemas. Sector sobre diagnosticado. Abundan normativa y jurisprudencia sobre la intermediación. No se resuelve de fondo los problemas en la reforma a la salud.
- El aval del ministerio de hacienda es indispensable, ese es marco de toda la reforma, de lo contrario será Ley muerta, el costo de la salud no baja por el contrario tiende a aumentar, si existen los recursos para implementar ese modelo y para generar estímulos salariales y no salariales del personal médico en las zonas dispersas, en esas zonas es indispensable dotar de buena infraestructura y tecnología, la reforma no es clara en esas dotaciones, a cargo de quien cual es el origen o fuente de financiación, la reforma no soluciona las deudas que hoy se tienen con el recurso humano.

- Preocupa lo de la formación de talento humano, el Estado, el sistema si está en capacidad de absorber y remunerar dignamente al talento humano en salud, para mayor seguridad, se deben identificar y garantizar los recursos, y ello no figura en la propuesta, tampoco es claro quién toma las decisiones sobre talento humano en salud, la reforma no trae un estudio de prospectiva del talento humano en salud por regiones que soluciones las verdaderas necesidades.
- La reforma debería traer la diferenciación entre el personal de salud del sector público y el privado. En el público, es necesario aumentar las plantas de personal de base y especializado mientras que en el sector privado se reproduce lo que dice el código Laboral en lo que refiere a regulación de jornadas, cotizaciones, prestaciones del talento humano en salud etc.
- Hay un gran vacío en la reforma y es lo que concierne a las enfermedades laborales, no se aborda esa problemática, afectando pacientes y trabajadores.
- Se debe fortalecer y dar capacitación a las entidades territoriales, las secretarías de salud son las que tienen mayor informalidad en la vinculación del personal a través de OPS o contratos temporales, además de las limitaciones legales del rubro de gastos de funcionamiento es evidente la debilidad en personal que defina políticas locales. Asumir de manera adecuada las funciones y competencias impuestas en la reforma.
- La Referencia y contrarreferencia del paciente no está clara, quien asumirá responsabilidades, representación, como se garantizará la continuidad de los tratamientos, persisten los vacíos en la coordinación de la red y los Recursos, fuentes de financiamiento, no hay una clara distribución de competencias entre CAPS Y GESTORAS y eso termina afectando al paciente.
- Se requieren aproximadamente 10 años para que todas las plantas de hospitales públicos se actualicen a las necesidades del sector, mientras tanto quien asumirá la salud, el aseguramiento, quien velará por el paciente.

De la mesa técnica con los pacientes y representantes de los mismos queremos destacar:

- La promoción y la prevención no reducen los costos de las atenciones en salud, la evidencia demuestra que todos los Sistemas de salud, siempre van a requerir costos adicionales, la promoción y prevención de la enfermedad mejora la calidad de vida de los ciudadanos no existe evidencia científica que permita garantizar la reducción de costos o reducción de recursos económicos.
- Es muy buena la propuesta de atención en poblaciones dispersas. ¿Pero realmente podemos garantizar un médico en cada población? ¿Especialistas? Cuáles son los incentivos, no se puede confundir unidades médicas, con atención médica profesional y especializada.

- Hoy las EPS reciben las tutelas. ¿En el nuevo modelo a quien se va a dirigir la tutela en casa de vulneración del derecho? No hay responsable del aseguramiento.
- Se infiere una asfixia financiera del Sistema de Salud actual como una inminente realidad intencional que lo único que está provocando es déficit en atenciones o repercusiones negativas en los usuarios, los pacientes.
- Hoy con el modelo de salud actual los pacientes diabéticos, los usuarios tienen una ruta de atención integral establecida y clara, saben cómo navegar en el sistema si sus derechos son vulnerados, con la propuesta de reforma no está claro.
- Quién hará el seguimiento al tratamiento de los pacientes de alto costo, el cálculo de la UPC de estos debe ser diferencial y la reforma no lo plantea.
- Quejas – tutelas: medicamentos y demoras en las citas con especialistas. En la reforma no se da soluciones a estos problemas
- Existe escasez de médicos especialistas – particularmente en unas especialidades y no está reflejado en el proyecto la solución al tema, la asignación de cupos no es el problema.
- Los pacientes tienen miedo de que se les cambien las rutas de atención, el texto no se entiende, no es claro, los pacientes no sabemos cómo será el tránsito, no hay claridad frente a la gestión del riesgo en salud ni cómo se articulará APS y atención complementaria.
- El hecho de cambiarles el rol a las EPS hace que se pierda curva de experiencia, se está postulando un modelo fragmentado, de compleja operación y hay una falta de claridad en competencia de entidades frente a tutela

Por otra parte, reviste de importancia incorporar a esta ponencia los resultados contenidos en el documento **“Informe de Resultados: Mesas Técnicas Reforma a la Salud”** que fueron sistematizados por la secretaría técnica de estas que estuvo a cargo de la Senadora Lorena Ríos, Vicepresidente de la Comisión y ponente del proyecto de ley:

14.1.MESA 1: ASPECTOS RELACIONADOS CON LICENCIAS, PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

1. En la actualidad, de acuerdo con su valor, los medicamentos son principalmente importados (60% del total de recursos destinados), esto implica retos para la distribución y financiación que pueden ocasionar fallas en el acceso oportuno por parte de los pacientes, dado que la cadena de valor está expuesta a distintos riesgos en sus distintos eslabones. Las compras de medicamentos en el país en cuanto al volumen son

principalmente producción local (con moléculas e insumos importados) y los retos, en consecuencia, están asociados a las cadenas de distribución.

2. La propuesta de la reforma, señalaron expertos asistentes, incrementaría el gasto de bolsillo para medicamentos de los colombianos y ante la ausencia de claridades en los procesos de articulación de los actores en función de sus competencias se identifican riesgos de seguridad jurídica en el sistema.
3. Las capacidades para la producción local de medicamentos continúan siendo escasas y requieren ser fortalecidas, consolidar la producción local representa un reto por los altos costos asociados a la innovación en medicamentos y la apropiación de estas tecnologías. Para ilustrar esta situación, expertos indicaron que “solamente una de cada 10.000 moléculas estudiadas logra entrar en fase de comercialización y el costo promedio de cada investigación es de alrededor de 2.000 millones de dólares”.
4. Se resaltaron los logros en acceso y cobertura de los medicamentos incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS), que son dispensados sin discriminación por razones de ingresos económicos y con un bajo gasto de bolsillo. En cuanto al acceso a medicamentos vía tutela, un hecho establecido en el encuentro señala que, por una parte, no existe información estadística suficiente en la materia y por otra, la tutela es un mecanismo utilizado mínimamente por los pacientes y usuarios del sistema a los medicamentos prescritos.
5. Representantes de Minsalud e INVIMA indicaron que se han tomado medidas para contrarrestar el desabastecimiento de medicamentos a través de un sistema de alertas tempranas y coordinación de los distintos actores en la cadena, estas medidas se encuentran en proceso de desarrollo y requieren de avances en tecnologías de la información.
6. Los participantes coinciden en la necesidad de fortalecer las capacidades el INVIMA y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).
7. Una preocupación generalizada entre los participantes es el componente de financiación asociado a los medicamentos. En ese sentido, las afirmaciones del director de INVIMA ocasionaron preocupación al mencionar que “es necesario pasar de un PSB implícito a uno explícito” en el que se vuelva a definir cuáles serán los medicamentos financiados por el sistema.
8. De igual manera, los expertos indicaron que se requieren claridades en la asignación de funciones y de coordinación de los actores para garantizar continuidad en la prestación de servicios y acceso oportuno a medicamentos.
9. En cuanto al proceso de transición, la duración prevista de dos (2) años no sería suficiente para adaptar y apropiar las dinámicas de un posible nuevo sistema.

10. Algunos expertos ven en la reforma la posibilidad de ajustar los procesos de compras de medicamentos, sin embargo, esta sigue siendo una oportunidad de mejora del texto aprobado por la Cámara de Representantes. La fragmentación en la administración y articulación del proceso de compra y distribución de medicamentos es problemática, especialmente para aquellos que sean prescritos desde los CAPS y los prestadores que integran las RIIS.
11. La articulación interinstitucional es también un determinante para tener éxito en la continuidad del abastecimiento, se mencionó puntualmente la necesidad de articula los procesos vigilados por INVIMA, Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia de Salud.
12. Los asistentes plantearon distintas preguntas a las entidades del gobierno nacional relacionadas con el financiamiento de las nuevas instancias de coordinación, la responsabilidad sobre la atención integral del usuario, claridad en los procesos de toma de decisiones para mitigar riesgos de corrupción, entre otros. Estas preguntas no tuvieron respuesta por parte de los delegados del Gobierno Nacional presentes.
13. En el contexto de la reforma, las garantías de acceso oportuno a medicamentos siguen sin ser claras, preocupa la inviabilidad de centralizar procesos logísticos para una cantidad elevada de cadenas de suministros de medicamentos. En cuanto a la articulación entre CAPS y las RIIS la apuesta del Gobierno Nacional apunta hacia la reducción de tiempos de viaje y barreras de acceso asociadas a la ubicación geográfica.
14. La necesidad generalizada en materia de acceso, oportunidad y uso razonable de los recursos públicos para el abastecimiento, coincidieron los asistentes en que su factor de éxito es la adecuada gestión del riesgo financiero y el riesgo en salud del sistema. En ese sentido, migrar a un esquema de subsidios a la oferta compromete esta lógica.
15. Por otra parte, los asistentes expresaron que la delegación de la administración de riesgos financieros del sistema de salud al ADRES, como lo plantea la reforma, no es una garantía de que se evitará desbordar el gasto en salud. Por el contrario, dadas las capacidades actuales de la Entidad para hacerlo, el escenario de desbordamiento se hace más probable.
16. En lo relacionado con la reforma, expertos presentes indicaron que estudios recientes para el caso de países de América Latina demuestran que, si bien la atención primaria es fundamental para mejorar la calidad de vida de los habitantes y es un objetivo conveniente para todos los sistemas de salud, no tiene impactos significativos en la reducción de costos y presiones financieras de los sistemas de salud. Es decir, para tener atención primaria debe contarse con nuevos recursos en vez de desplaza recursos destinados a la atención en salud que se prestan en la actualidad. Puntualmente se afirmó que “Una

reducción del 10% en la prevalencia de hipertensión, representa una reducción del 0,8% en el gasto en salud”.

17. La reforma a la salud representa una oportunidad para concertar mecanismos tendientes a garantizar el acceso equitativo y oportuno a medicamentos y tecnologías en salud.
18. Para garantizar el abastecimiento oportuno y constante de medicamentos es muy importante tener en cuenta la adecuada gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero.
19. Es importante diseñar mecanismos para fortalecer las capacidades operacionales y técnicas del INVIMA y el IETS.
20. El respeto por la autonomía en la prescripción médica y mejores prácticas de la industria farmacéutica son importantes para garantizar el fortalecimiento de los procesos de prescripción adecuada de medicamentos y tecnologías en salud con el mejor valor terapéutico.
21. Diversos actores expresaron preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema con los gastos adicionales que ocasionará la reforma afectaría los procesos de compra de medicamentos. Por otra parte, al no haber claridad en los roles y funciones de los distintos agentes, se identifican riesgos asociados a los procesos de distribución. Por ejemplo, si las Gestoras serán las encargadas de entregar los medicamentos, pero las compras son realizadas directamente por ADRES, no es claro el esquema de incentivos para que no lo hagan los operadores logísticos.
22. Otra de las preocupaciones es la fragmentación en la responsabilidad y el apoyo al paciente para garantizar la adherencia a programas especializados, aspecto que no está garantizado en la reforma. Esto incrementa el riesgo de desabastecimiento y barreras de acceso para pacientes.

14.2.MESA 2: CONDICIONES LABORALES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

23. El Ministerio de Salud ha tenido avances en el cumplimiento del compromiso de formular la política en talento humano en salud, conforme al mandato de la Ley 1438 de 2011.
24. Las condiciones laborales del Talento Humano no son las mejores, alta tercerización, deterioro de los salarios, inestabilidad en las condiciones laborales, sobrecarga laboral debido a incremento en la demanda de servicios por parte de la población.
25. En cuanto a la oferta del Talento Humano en Salud, se identifican problemas relacionados con exceso de profesionales en medicina en los próximos años, alta migración de especialistas y enfermeras.

26. La reforma no presenta garantías de disponibilidad presupuestal para financiar los programas de formación, la reubicación de profesionales hoy contratados por las EPS. Tampoco resuelve el problema que se presenta en las regiones, donde los hospitales se convierten en focos de corrupción y de mecanismos de selección y contratación por afinidades políticas.
27. Se requieren mecanismos de control y seguimiento para el pago por consulta que recibe el profesional de la salud, toda vez que se observan el reconocimiento de un valor significativamente bajo en la remuneración al profesional, respecto del monto total facturado.
28. Es indispensable fortalecer la capacidad resolutoria del Talento Humano para la atención a los pacientes, así como la toma de decisiones en cuanto a los pacientes. No es claro cuál será el modelo de atención y dada la baja disponibilidad de equipos y profesionales se comprometen los resultados en materia de salud pública.
29. La reforma no está abordando las causas que inciden en el sector, el modelo de contratación, los modelos de financiamiento de la oferta pública y privada en zonas dispersas, las condiciones de formación y la disponibilidad de talento humano, entre otros.
30. Intervenir el mercado laboral del talento humano en salud para definir las jornadas, los horarios, las cotizaciones, la contratación directa y otros aspectos, no se ajusta de manera adecuada a las condiciones laborales. Es importante examinar figuras recomendadas por la OIT como la de los trabajadores autónomos y económicamente independientes.
31. Es indispensable mejorar la salud mental y el bienestar del talento humano en salud.
32. Los comités de autorregulación deben estar conformados por pares en formación académica.
33. En general, una de las posibles soluciones es la creación de un régimen especial laboral para el sector salud, pero este debe ajustarse a las realidades y los retos que enfrentan los profesionales en las distintas áreas y territorios.
34. La reforma no contiene elementos resolutivos orientados a superar las condiciones del talento humano en salud, define una serie de incentivos cuyo costo y alcance se desconocen.
35. Se requiere un acuerdo político que permita superar los retos identificados en las condiciones laborales del talento humano en salud, los elementos sustanciales para avanzar en esa dirección, no se encuentran en la reforma propuesta.

36. Actualmente la propuesta de laborización del personal de salud, aunque justa con los profesionales, no cuenta con recursos adicionales en la propuesta de reforma. El Ministerio de Hacienda estima en más de \$5,5 a \$6,7 billones anuales el costo de mejorar las condiciones laborales a todos los profesionales de la salud. La seriedad de este compromiso con los trabajadores de la salud se debe ver reflejada en obtener fuentes de financiamiento nuevas, no en restringir sus salarios a través de estrategias indirectas como el manual tarifario.
37. Escasez de personal de salud en particular personal de enfermería. Mala distribución del personal de salud, las condiciones laborales necesitan mejorar.
38. Preocupación por la modalidad de servicio social rural obligatorio para personal sanitario,
39. Se requiere organizar equipos interdisciplinarios para fortalecer la capacidad resolutive del talento humano en salud.
40. No hay rutas claras para la formación de profesionales en especialidades ni para el entrenamiento de profesionales en salud en áreas especializadas.
41. Es necesario examinar el rol de profesionales de acuerdo con su ocupación, reconocimiento social y remuneración. Áreas como la fonoaudiología o nutrición no están bien remuneradas.

14.3.MESA 3 EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA DE SALUD

42. La reforma no está considerando preservar los avances conseguidos por el modelo de aseguramiento de los últimos años. Para el año 2021, 5 millones de personas recibían protección financiera ante enfermedades de alto costo, como los son pacientes de VIH, tuberculosis y hemofilia, entre otros. Hoy los pacientes de alto costo son más de 7 millones. La reforma pone sus vidas en riesgo al eliminar el modelo de aseguramiento y debilitar a los actores que han hecho posible consolidarlo.
43. La población con sobrepeso y pacientes con diabetes tipo 2, expresan su preocupación por la continuidad de la protección que hoy reciben del sistema de salud que les permite acceder a tecnologías en salud sin realizar altos pagos.
44. Al romper la lógica del aseguramiento, los pacientes indicaron en repetidas ocasiones que no ven en el sistema propuesto por la reforma quién sería el garante directo de sus derechos cuando quieran recurrir a una tutela para acceder a algún servicio, debido a la fragmentación en la administración de los servicios.
45. Los pacientes indican que la ley estatutaria fue clara cuando definió las garantías de participación de los pacientes durante todo el proceso y que esto no ha sido reconocido

por el Ministerio de Salud en la formulación del proyecto de ley, lo conocieron cuando ya estaba terminado. También señalaron que sus preocupaciones no han sido tenidas en cuenta.

46. Los pacientes de enfermedades raras reconocen el avance de la Ley 1392 de 2010 que les permitió ser reconocidos como sujetos de especial protección en el sistema de salud, expresaron su preocupación por el riesgo que corren sus vidas ante la inminente desconfiguración del sistema actual. Solamente, el retraso en la entrega de medicamentos pone en riesgo sus vidas, pero de igual manera, las condiciones especializadas de atención que requieren para abordar problemas de salud de acuerdo con sus condiciones de base, también los pone en riesgo ante la posibilidad de no tener una orientación o manejo adecuado.
47. Las EPS que hoy están intervenidas por el Gobierno Nacional presentan un desempeño sustancialmente peor en sus condiciones financieras y la calidad de atención a los pacientes. Distintas organizaciones presentes señalaron que esto enciende alertas ante la mayor participación del Estado en la administración del sistema de salud.
48. Colombia es uno de los pocos países que brindan cobertura universal para los pacientes con enfermedades raras y el primero en trabajar la atención integral de VIH. Los pacientes con VIH hicieron presencia y expresaron su preocupación debido a la situación actual de no entrega oportuna de medicamentos que si se extiende a períodos prolongados los hace completamente ineficaces. Comentaron a los presentes que expresaron sus preocupaciones al Ministerio de Salud mediante una manifestación pública y no tuvieron ninguna respuesta por parte de la entidad respecto a sus preocupaciones.
49. El Ministerio de Salud indicó ante la preocupación de los pacientes presentes que “los equipos territoriales serán la puerta de entrada al sistema” este comentario causó grandes preocupaciones entre los asistentes.
50. Organizaciones de pacientes indican que el acceso a los servicios de salud sigue siendo tardío, engorroso, ineficiente e insuficiente en muchas zonas del país.
51. El retraso en los pagos de presupuestos máximos y la insuficiencia de la UPC está afectando directamente a los pacientes. Las IPS que están presentando retrasos en los pagos y podrían dejar de brindar atención a los pacientes.
52. El enfoque territorial propuesto por la reforma, de acuerdo con las experiencias y perspectivas de los pacientes, implica que no recibirán en condiciones equitativas atención por parte del sistema y que el fraccionamiento de las redes se traducirá en mayores barreras de acceso.

53. Señalan los pacientes que las garantías de participación existentes en la ley para el diálogo con las autoridades del sistema de salud no están funcionando, incluidas las definidas por la Resolución 1871 de 2021.
54. Pacientes que requieren diálisis, implantes auditivos, expresaron en la mesa de trabajo que sin la protección financiera que les brinda el sistema actual para ellos será muy difícil acceder a tratamientos.
55. Aunque algunos sectores de pacientes esperan que la reforma pueda resolver los problemas estructurales del sistema de salud, la mayoría de los asistentes ven sus vidas en riesgo ante la falta de claridad.
56. Ante las preocupaciones expuestas, los pacientes indicaron que continuarán en sus ejercicios como sociedad civil, esperando que sus voces sean escuchadas por los tomadores de decisiones. Se sienten vulnerados y amenazados en el contexto actual, los pacientes en general ven importantes riesgos por la desconexión entre la gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema que hoy es una garantía con la que cuentan para acceder a servicios de salud.
57. Según la Cuenta de Alto Costo para el año 2021, en el marco del modelo de Aseguramiento Colombia contaba aproximadamente 5.992.329 de personas con diagnóstico confirmado y aumentó en 2023 a 7.704.381.
58. Con el rezago de la pandemia COVID 19, y otras externalidades como el envejecimiento han venido en aumento los pacientes de alto costo: De 99.858 personas con Artritis Reumatoidea en 2021, aumentó a 146.672 en 2023 es decir un (58.07%). De 5.347.829 de casos con Enfermedad Renal Crónica, en 2021, hubo un aumento a 6.867.563 en 2023 es decir el 30.56% De 4.863 casos con alguna coagulopatía o hemofilia en 2021, aumentó a 5.497 en 2023 es decir un (20.07%) De 416.289 personas prevalentes con algún tipo de Cáncer en 2021 a 511.093 en 2023. De 123.490 personas viviendo con VIH en 2021 aumentó a 173.556 en 2023 es decir 34.60%. Según el Ministerio de Salud hemos pasado de 14.420 casos de personas con Tuberculosis en 2018 a 17.460 durante el 2022, con un incremento del 23% respecto al año 2021. Y en el año 2023, 18.277 casos. Según la OPS/OMS la cifra asciende a más de 20.000 casos en 2023. La reforma pone sus vidas en riesgo.
59. La reforma desconoce los avances del modelo de aseguramiento y solidaridad para los pacientes crónicos actualmente en el sistema de salud. Al romper la lógica del aseguramiento, los pacientes indicaron en repetidas ocasiones que no ven en el sistema propuesto por la reforma quién sería el garante directo de sus derechos cuando quieran recurrir a una tutela para acceder a algún servicio, debido a la fragmentación en la administración de los servicios.

60. El Gobierno Nacional no ha escuchado de manera amplia a los pacientes, tanto en la construcción de la reforma como en otras instancias de participación que deben estar garantizadas conforme a las disposiciones de la ley estatutaria en salud. Los pacientes indican que la ley estatutaria fue clara cuando definió las garantías de participación de los pacientes durante todo el proceso. Su participación no ha sido tenida en cuenta por el Ministerio de Salud en la formulación del proyecto de ley. Los pacientes conocieron la reforma cuando ya estaba terminada. También señalaron que sus preocupaciones no han sido reconocidas. ¡Los pacientes no se sienten escuchados!
61. Con la reforma los pacientes pierden la presencia de un actor como la EPS que es la cara visible del sistema de salud y que tiene la responsabilidad directa por las atenciones bien sea directamente o a través de peticiones, quejas o tutelas. Ahora no es claro quién responderá y quién hace seguimiento individual de los pacientes por los distintos niveles del sistema de salud que ahora serán CAPS, RIIS, Hospital, Gestora de Salud y Vida, Coordinaciones en los diferentes niveles.
62. La población con sobrepeso y pacientes con diabetes tipo II, expresan su preocupación por la continuidad de la protección que hoy reciben del sistema de salud que les permite acceder a tecnologías en salud sin realizar altos pagos.
63. Los pacientes de enfermedades raras reconocen el avance de la Ley 1392 de 2010 que les permitió ser reconocidos como sujetos de especial protección en el sistema de salud, expresaron su preocupación por el riesgo que corren sus vidas ante la inminente desconfiguración del sistema actual.
64. El desabastecimiento y demoras en la entrega de medicamentos pone en riesgo las vidas de los pacientes, pero de igual manera, las condiciones especializadas de atención que requieren para abordar problemas de salud de acuerdo con sus condiciones de base, también los pone en riesgo ante la posibilidad de no tener una orientación o manejo adecuado.
65. Las EPS que hoy están intervenidas por el Gobierno Nacional presentan un desempeño sustancialmente peor en sus condiciones financieras y la calidad de atención a los pacientes. Distintas organizaciones presentes señalaron que esto enciende alertas ante la mayor participación del Estado en la administración del sistema de salud.
66. Colombia es uno de los pocos países que brindan cobertura universal para los pacientes con enfermedades raras y el primero en trabajar la atención integral de VIH. Los pacientes con VIH hicieron presencia y expresaron su preocupación debido a la situación actual de no entrega oportuna de medicamentos que si se extiende a períodos prolongados los hace completamente ineficaces.

67. Expresaron sus preocupaciones al Ministerio de Salud mediante una manifestación pública y no tuvieron ninguna respuesta por parte de la entidad respecto a sus preocupaciones.
68. El Ministerio de Salud indicó ante la preocupación de los pacientes presentes que “los equipos territoriales serán la puerta de entrada al sistema” este comentario causó grandes preocupaciones entre los asistentes.
69. Organizaciones de pacientes indican que el acceso a los servicios de salud sigue siendo tardío, engorroso, ineficiente e insuficiente en muchas zonas del país.
70. El retraso en los pagos de presupuestos máximos y la insuficiencia de la UPC está afectando directamente a los pacientes. Las IPS que están presentando retrasos en los pagos podrían dejar de brindar atención a los pacientes.
71. El enfoque territorial propuesto por la reforma, de acuerdo con las experiencias y perspectivas de los pacientes implica que no recibirán en condiciones equitativas atención por parte del sistema y que el fraccionamiento de las redes se traducirá en mayores barreras de acceso.
72. Señalan los pacientes que las garantías de participación existentes en la ley para el diálogo con las autoridades del sistema de salud no están funcionando, incluidas las definidas por la Resolución 1871 de 2021.
73. Pacientes que requieren diálisis, implantes auditivos, expresaron en la mesa de trabajo que sin la protección financiera que les brinda el sistema actual para ellos será muy difícil acceder a tratamientos.
74. Según todos los asistentes, el Gobierno Nacional no ha escuchado de manera amplia a los pacientes, tanto en la construcción de la reforma como en otras instancias de participación que deben estar garantizadas conforme a las disposiciones de la ley estatutaria en salud. Aunque algunos sectores de pacientes esperan que la reforma pueda resolver los problemas estructurales del sistema de salud, la mayoría de los asistentes ven sus vidas en riesgo ante la falta de claridad.
75. Ante las preocupaciones expuestas, los pacientes indicaron que continuarán en sus ejercicios como sociedad civil, esperando que sus voces sean escuchadas por los tomadores de decisiones.
76. Se sienten vulnerados y amenazados en el contexto actual, los pacientes en general ven importantes riesgos por la desconexión entre la gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema que hoy es una garantía con la que cuentan para acceder a servicios de salud.

77. La fragmentación en la ruta de atención al paciente de los servicios de APS, mediana y alta complejidad causarán problemas para la continuidad en el cuidado del paciente y se pierde la responsabilidad de ese cuidado a lo largo de la ruta.
78. Los pacientes expresaron su preocupación por las posibles pérdidas de programas especializados y la fragmentación de la atención en los niveles especializados.

14.4. MESA 4: FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNANZA DEL SISTEMA Y USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD.

79. El proyecto de reforma a la salud representa un retroceso de 50 años en términos de gobernanza, ya que el sistema regresa al origen del modelo del Sistema Nacional de Salud del año 1975. El impacto se traduce en: i. Una amenaza a los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo cual pone en grave riesgo el avance del derecho fundamental a la salud. ii. Mayores inequidades en el acceso al Sistema de Salud iii. Un grave deterioro del servicio de salud para todos los colombianos y en especial para los pacientes con enfermedades graves y de alto costo.
80. El actual sistema de salud colombiano se basa en un modelo de competencia gestionada y gracias a él se ha logrado una cobertura y afiliación de más del 99%. Un gasto de bolsillo inferior al 15% y un gasto per cápita de 450 USD. Colombia es uno de los sistemas con los mejores hospitales de alta calidad en la región y es referencia de turismo en salud para muchos países. El sistema logró dar respuesta a la pandemia de la COVID-19 como el segundo país después de Canadá. La reforma a la salud reducirá la cobertura drásticamente.
81. La reforma pretende la transición de un modelo de aseguramiento mixto y universal a un modelo de aseguramiento social centrado únicamente en la prestación de servicios y no se desarrolla integralmente en el articulado, lo que genera vacíos y más dudas acerca de su pertinencia. Ignora la gestión del riesgo en salud, los principios constitucionales y la protección social del sistema. Esto hace inconstitucional el proyecto de ley en cuanto a que se pierde la protección financiera a los pacientes.
82. El Fundamento de la APS es insuficiente tal como está concebida: Si bien la atención primaria en salud es fundamental fortalecerla en el actual sistema de salud, el fundamento del modelo de salud propuesto por la reforma no puede quedarse solo en la APS, sino que debe abarcar lo que significa una atención integral y oportuna y especializada para todos los usuarios del sistema.
83. El rol de gestor de auditoría de las EAPB se concentrará exclusivamente en la gestión del riesgo administrativo: Preocupa que las EAPB abandonen el papel principal de gestión de riesgos de la salud y de las poblaciones, así como la articulación, ordenación, gestión de redes y control del gasto en salud, lo cual se traducirá en más costos en salud, menos

eficiencia en la inversión del gasto en salud, segmentación de pagos y negación de atenciones.

84. Asimismo, la reforma ignora la experiencia y el valor generado por el sector privado como actor clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo sus procesos de desarrollo, innovación, buenas prácticas, resultados y uso de nuevas tecnologías aportados al Sistema desde 1993, el cual ha sido construido por ambos sectores. Por ende, una reforma exitosa no puede realizarse sin reconocer la voz del sector privado como actor del sistema conforme al artículo 49 de la Constitución.
85. Transformación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES en un pagador único y descentralizado. No son claras las capacidades de la ADRES para asumir las funciones que establece el artículo 58 del proyecto de ley, lo cual puede traducirse en un caldo de cultivo para la corrupción sin contar con pagadores descentralizados con una participación mixta. De un equipo de 12 funcionarios y contratistas con miras a ampliarse a 30, como lo informó el asesor del director de la ADRES, no pueden depender todas las operaciones y transacciones financieras de todo un sistema de salud. Esta situación colapsaría la administración, gestión financiera y prestación de servicios en el sistema.
86. No es claro cómo se van a financiar los niveles 2, 3 y 4 de complejidad a través de la financiación del aseguramiento social.
87. No existe claridad en la articulación de los niveles de atención en cuanto a los procesos de remisión y contra remisión.
88. Diseño institucional de ADRES: el diseño de gobierno corporativo de la Entidad presenta importantes riesgos asociados a la administración de la cantidad de recursos que eventualmente estarían a cargo de la entidad. El riesgo de agencia asociado al liderazgo de la Entidad debe mitigarse con mecanismos de auditoría y un cuerpo colegiado en el nivel más alto de toma de decisiones.
89. Preocupaciones por la configuración de la planta del ADRES: se identifica opacidad en los procesos de selección de personal, pérdida de capacidades institucionales y memoria de los procesos estratégicos de la entidad.

14.5.MESA 5: EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EQUIPOS EXTRAMURALES Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD

90. Funcionarios del Ministerio de Salud indicaron que el Art. 11 de la Ley 1438 de 2011 define los alcances de la atención primaria, considera que las redes de prestación en servicios son una restricción para implementar el modelo. Los presentes, señalaron que, en efecto, en lo relacionado con la atención extramural, esto es funcional cuando se realiza

mediante un único actor que tome la información y brinde la atención en lugar de que sean la totalidad de prestadores o aseguradores quienes lo hagan, pero que no puede ser el argumento para transformar el sistema como plantea la reforma a la salud. Para superar este reto, solamente se deben definir incentivos para adelantar acciones coordinadas de naturaleza territorial.

91. Se desarrolló una discusión con respecto al componente conceptual del nuevo modelo de salud que es el de silos territoriales, en contraste con el actual que aborda silos poblacionales. La dificultad del nuevo modelo tiene que ver con las condiciones territoriales que representan retos para garantizar las mismas condiciones de infraestructura, calidad y talento humano en salud disponible. En consecuencia, el modelo ocasionará nuevas barreras en el acceso a salud que dado que se concentraron en la mediana y alta complejidad incrementan el riesgo de vida de los pacientes.
92. Por otra parte, la reforma desconoce las capacidades preventivas del sistema actual y sus avances en Atención Primaria en Salud, uno de los actores presentes señaló que en Colombia existen al menos 60 experiencias de APS exitosas con muy buenos resultados en salud pública que funcionan de manera armónica con el modelo actual, con el nuevo modelo, estas capacidades consolidadas estarían en riesgo.
93. Aunque los silos territoriales hacen más sencillo adelantar acciones de naturaleza territorial, la reforma plantea un enfoque en el que se configuran pequeñas subredes en los territorios harán simplemente imposible garantizar la atención equitativa y de calidad que requieren los pacientes en los territorios.
94. No está claro en la reforma quién y cómo contratarán los CAPS privados con las RIIS. No es claro cómo se llevarán a cabo los procesos de contratación RIIS – GSV y prestadores.
95. La fragmentación de la baja con la mediana y alta complejidad ocasiona riesgos de gestión y acompañamiento a las condiciones de salud particulares de los pacientes. Conllevará al desmonte de los programas especializados que hoy facilitan el tratamiento de pacientes crónicos, con enfermedades raras y otras complejidades.
96. Expertos indicaron que la visión de prevención de la que habla constantemente el Gobierno Nacional no aborda los criterios de atención primaria en salud que son la continuidad, resolutivez, comprensividad e intersectorialidad. Por otra parte, el enfoque propuesto pone en riesgo la prevención secundaria y terciaria. En consecuencia, el modelo propuesto no es en realidad un modelo preventivo.
97. Una de las críticas más fuertes de los actores presentes a la reforma es que funcionarios del Gobierno Nacional en su momento han criticado el funcionamiento del SOAT, pero están llevando el mismo esquema de contratación a través del Art. 131, Art. 13, Art. 35 y Art. 69 del proyecto de ley. En consecuencia, se identifican riesgos administrativos y de

transparencia asociados a los procesos de contratación de servicios de salud para garantizar la atención a los pacientes.

98. Con el sistema de salud propuesto en la reforma la fragmentación pone la vida del paciente en rutas de atención que requieren la referencia y contrarreferencia en la que intervienen más de 10 actores distintos, en el marco de la gobernanza hospitalaria y el arreglo institucional propuesto, esto implica un riesgo importante para la salud de los colombianos.
99. En la actualidad, el 1% de las personas con enfermedades más graves representan el 30% del costo médico total de un año y el 5% de las personas representan el 50% del costo total, mientras que un 20% de los recursos se destina a atender pacientes de menor riesgo y otros elementos de atención primaria. Lo complejo está en que cualquier modificación a las reglas de juego actual que no esté debidamente planeada pondrá en riesgo la vida de los pacientes de mayor riesgo modificando las condiciones de prestación de servicios de salud y la protección financiera con la que hoy cuentan.
100. Actores presentes mostraron la experiencia de sus equipos básicos de salud donde realizan con el apoyo de personal de enfermería y gestores comunitarios la detección de factores de riesgo en los hogares, tamizaje, preclasificación, educación según los riesgos identificados, inducción a la demanda y canalización, acompañada de un seguimiento al usuario con riesgos en salud. Este modelo de equipo extramural, compatible con el sistema actual pone en evidencia la capacidad del sistema, pero también errores en el diseño de la reforma.
101. Entre las recomendaciones de ajustes a la iniciativa legislativa en discusión, también se identificaron la necesidad de dar claridad e incluir las siguientes acciones: 1) Asignación de responsables claros evitando traslape de funciones y competencias, 2) Clarificación de herramientas y mecanismos, más allá del SPUIIS, 3) Desarrollo de capacidades de entidades territoriales y ajustes en su estructura, funcionamiento y financiamiento para ejecutar lo que se le está asignando. 4) Establecer mecanismos claros para la garantía de calidad (incluye precisión en aspectos contractuales) 5) Considerar escenarios y desarrollos diferenciales en atención al déficit de talento humano, recursos económicos y tecnológicos.
102. Los asistentes plantearon distintas preguntas a las entidades del gobierno nacional relacionadas con el financiamiento de las nuevas instancias de coordinación, la responsabilidad sobre la atención integral del usuario, claridad en los procesos de toma de decisiones para mitigar riesgos de corrupción, entre otros. Estas preguntas no tuvieron respuesta por parte de los delegados del Gobierno Nacional presentes.

14.6.MESA 6: ASPECTOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD (FLUJO DE RECURSOS Y PAGOS, FUENTES Y USOS, VALORACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD)

103. Actores presentes expresaron su preocupación por la regresividad en el derecho a la salud que implica la reforma para millones de colombianos, señalaron que se debe mitigar el riesgo de inseguridad jurídica que ocasiona la reforma para los actores del sistema garantizando que el derecho fundamental a la salud mantenga los mínimos adquiridos y consolidados por el modelo actual.
104. Otro aspecto importante para considerar es que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, este tipo de reformas deben estar fundamentadas en un plan público con metas, plazos y avances que se den en el marco de procesos participativos e incluyentes, en consecuencia, el proyecto de ley presenta problemas de constitucionalidad.
105. De acuerdo con las declaraciones del Gobierno Nacional en las mesas de trabajo, el “20% de los recursos del sistema de salud se están desperdiciando”. No se brindaron claridades sobre el componente de financiamiento de la reforma a la salud, en ese sentido se aclaró que ADRES y MinHacienda tienen mesas de trabajo permanentes, instaladas para lograr concretar los cálculos del costo de la reforma.
106. Respecto de la situación de cumplimiento de indicadores financieros por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades del Gobierno Nacional indicaron que el uso de las reservas dificulta el proceso de liquidación, además de señalar que la reglamentación expedida por las autoridades del sistema ha permitido prolongar el tiempo permitido para la consolidación de dichas reservas. En ese sentido, delegados de los gremios y EPS presentes indicaron que la insuficiencia de la UPC ha sido el principal motivo por el que dichas reservas han sido usadas para cubrir la falta de recursos y garantizar la atención a usuarios y pacientes, algo que fue particularmente complejo y necesario para que el sistema pudiera enfrentar la pandemia COVID-19.
107. Ante las preocupaciones de los actores respecto de la suficiencia de los recursos, una de las alternativas es incrementar los llamados “aportes patronales” que permitirían eventualmente incrementar los ingresos para financiar el sistema en cerca de 4 a 6 billones de pesos anualmente.
108. Los actores expresaron su preocupación por la gestión del riesgo financiero del sistema, algo que especialmente preocupa a los pacientes de alto costos. La reforma no está definiendo con claridad quién tendrá la responsabilidad plena sobre el cuidado del paciente y la articulación de competencias entre gestores y Estado.

109. El componente de manual tarifario, expresaron distintos actores, representa un riesgo para la sostenibilidad del sistema y la garantía al derecho a la salud. Principalmente, debido a la posibilidad de emitir precios de referencia que no respondan adecuadamente a las funciones de producción de servicios de salud y en consecuencia estos desaparezcan del mercado afectando a pacientes y usuarios principalmente. Los hospitales públicos serán también afectados por esta medida.
110. En lo relacionado con el componente financiero de la reforma, actores indicaron que no es necesario crear un fondo o fraccionar subcuentas, toda vez que el ADRES ya cuenta con uno. Pero adicionalmente, este fraccionamiento representa riesgos para la atención a los usuarios.
111. Es necesario fortalecer los mecanismos de acceso administrado a las nuevas tecnologías para garantizar celeridad en los procesos en el acceso a la innovación médica con mayor valor terapéutico, bienestar y calidad de vida de los pacientes.
112. Contrario a lo que ha sido dicho por distintos funcionarios, los distintos sistemas de información administrados por el Ministerio de Salud y ADRES, permiten realizar un seguimiento detallado a los recursos. Este es el caso del aplicativo MIPRES que permite conocer el detalle del uso de los recursos de Presupuestos Máximos que se destinan a financiar medicamentos no PBS y servicios sociales complementarios.
113. Señalaron de igual manera que existen estudios que demuestran que la innovación farmacéutica y diagnóstica es un aliado que contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud generando también ahorros al sistema por la reducción del uso de procedimientos médicos, incapacidades y gastos en otros medicamentos con menor valor terapéutico y mayor costo.
114. La reforma no está planteando alternativas para resolver los retos financieros que permitan llevar atención oportuna a zonas rurales y dispersas del país.
115. Distintos actores expresaron su preocupación por el borrador de Acto Administrativo del sector salud que obligaría a destinar 5% de los recursos de la UPC para el financiamiento de equipos extramurales. La situación encendió alarmas por los problemas de suficiencia de la UPC en las vigencias 2023 y 2024.
116. Al respecto de los presupuestos máximos el director del ADRES señaló que incrementaron en un 25% los recursos, contrario sentido a lo que se evidenció en los actos administrativos de liquidación de UPC para la vigencia 2024. Agregó que el Gobierno Nacional está considerando realizar una adición presupuestal en la que eventualmente se garantizarían dichos recursos. Para tramitar la adición se debe presentar un proyecto de ley al Congreso, sin embargo, más allá del incremento del precio del diésel no se identifican qué fuentes del presupuesto permitirían adicionar recursos a la vigencia.

117. No existe claridad respecto a lo que será el costo del sistema único de información, su tiempo de implementación y la capacidad del sistema para transitar a su uso. Tampoco fue incluido en el escenario de factibilidad fiscal elaborado por el Ministerio de Hacienda. El director del ADRES anunció que con la reforma aprobada el giro directo universal se pone en marcha, las redes integradas deben firmar un acuerdo marco con ADRES y las gestoras deben firmar un convenio de desempeño. En ese sentido, se identifica que en la reforma también existen otros acuerdos que deben realizarse entre distintos actores, afirmaron asistentes que podrían ser en 10 mil y 40 mil contratos cuyo tiempo de realización definitivamente excede el tiempo de transición.
118. En cuanto al modelo de pago, organizaciones de la sociedad civil señalaron que existen riesgos de opacidad y corrupción en los procesos de auditoría.
119. Con respecto a las inquietudes de los actores para el financiamiento de los servicios de mediana y alta complejidad en el sistema, la afirmación “el gobierno tiene otras prioridades y se gastará en otras prioridades” dicha por el director del ADRES causaron mucha preocupación entre los asistentes toda vez que se comprometería la atención de pacientes crónicos si de las mismas fuentes de recursos se financian las inversiones de infraestructura y atención de baja complejidad anunciada por el gobierno.
120. La senadora Nadia Blel exigió que Ministerio de Hacienda hiciera presencia en estos espacios, dado que aún no se cuenta con concepto de impacto fiscal del proyecto de ley.
121. Se expresaron preocupaciones respecto a los recursos de las entidades territoriales que hoy se destinan al financiamiento del régimen subsidiado y los mecanismos por medio de los cuales accederán a los subsidios a la oferta que supone el proyecto de ley.
122. Los actores expresaron que en general se debe defender el aseguramiento en salud con sostenibilidad y una mayor cobertura, posiciones minoritarias se mostraron a favor de un sistema tarifario de referencia y en general el fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control fueron aceptados por los distintos participantes.
123. En general, en el componente de financiamiento se identifica una preocupación generalizada que es la de migrar de un subsidio a la demanda (que beneficia al paciente) a un subsidio a la oferta (que tiene riesgos de corrupción y fallas de distribución mucho mayores) y modifica los esquemas de incentivos existentes que han permitido al sistema consolidar importantes capacidades diagnósticas y resolutorias. La segunda mayor preocupación es que el sistema pasa de ser uno basado en la gestión del riesgo en salud con pagos globales prospectivos en canastas, a un sistema de pago por evento, donde ante el escenario de recursos escasos se crearían nuevas barreras de acceso, particularmente financieras para la población que tendría un incremento en el gasto de bolsillo, desmejorando significativamente las condiciones actuales de la población.

124. El escenario de fragmentación de la gestión del riesgo financiero, que ya no harían las aseguradoras, ocasiona que sean los hospitales y centros de salud quienes tengan que racionalizar el gasto restringiendo, en un escenario de escasez de recursos, la posibilidad de recibir atención médica, medicamentos y otros elementos vitales.
125. La reforma está desconociendo las implicaciones de poner en riesgo la protección financiera que tienen los usuarios ante las situaciones en las que requieren atención en salud, el bajo gasto de bolsillo, el bajo gasto agregado con resultados importantes en salud pública e inclusive en prevención primaria y secundaria.

14.7.MESA 7: ASPECTOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD (ENDEUDAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA)

126. El sistema de salud actual ha logrado reducir el gasto de bolsillo en la población, lamentablemente, este gobierno dejará de medir este indicador en la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE, lo cual representa un retroceso en la protección financiera de los hogares colombianos.
127. De manera simultánea, el gasto en salud ha crecido de manera importante, por lo que la participación de otras fuentes de recursos muestra una tendencia creciente en los últimos 20 años. Esto implica que el gobierno nacional ha estado más involucrado en la financiación del sistema de salud, especialmente a partir del año 2017.
128. Los presupuestos máximos evidencian que en el periodo 2022 – 2023 han tenido fallas notables en los ejercicios de presupuestación, es decir, están más desfinanciados que en periodos anteriores en donde los recobros fueron mayores a los valores estimados por el gobierno nacional. Las demandas por recobros para el año 2020 tuvieron un valor superior a \$2,05 billones de pesos.
129. Existen problemas para definir el monto real de la cartera de hospitales públicos y privados. Los sistemas de información actual no permiten hacerlo de manera efectiva, mientras como señalaron actores en mesa de trabajo el desmonte del Super Radar representó una pérdida de capacidades importantes en la entidad encargada de adelantar la inspección, vigilancia y control de los recursos del sistema de salud. La entidad espera con la reforma fortalecer capacidad y presencia territorial.
130. Las entidades del gobierno nacional fueron reiterativas en el no cumplimiento de reservas por parte de las aseguradoras, quienes señalaron que han tenido que hacer uso de estos recursos para financiar la operación y garantizar la atención de los afiliados ante la insuficiencia de los recursos de la UPC y los retraso en los giros de presupuestos máximos. Adicionalmente, las reservas permitían, hace unos años realizar pagos de deuda con prestadores, en la situación actual con insuficiencia de recursos, hay pagos que no se están realizando.

131. En lo relacionado con la liquidez de las reservas, ADRES cuestiona que estas sean títulos valores, los presentes aclararon que no existe la existencia de normativa que obligue a constituir reservas en efectivo o amparadas en activos de determinado grado de liquidez.
132. En el concepto de ADRES nunca se desarrollaron los servicios sociales complementarios previstos en la ley 100, de acuerdo con otros actores presentes, esta es una oportunidad de mejora del sistema; sin embargo, ya hoy los presupuestos máximos financian algunos de estos servicios.
133. Los actores insistieron en la necesidad de que el Gobierno Nacional indique cuáles son los costos de la reforma, toda vez que en este momento existe un problema con la suficiencia y pago oportuno de los recursos y la implementación de la reforma ocasionaría nuevos gastos cuyas fuentes de financiación no están definidas.
134. Distintos actores expresaron su preocupación con respecto a lo que sucede con el pago de presupuestos máximos, recursos que financian los medicamentos no PBS y servicios sociales complementarios. Señalaron que el ADRES no constituyó las reservas presupuestales de manera oportuna.
135. La Contraloría de la República anunció que presentaría un nuevo informe en los próximos días relacionado con la situación financiera del sistema de salud. Aseguraron que la reforma apunta a superar la situación crítica que enfrente el sistema, los actores presentes desestimaron esta afirmación, en el sentido que la reforma presenta serios inconvenientes para ser financiada.
136. El sistema requiere mayor trazabilidad sobre el flujo de recursos y el manejo de estos para garantizar el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud y operadores farmacéuticos.
137. Entre los elementos a considerar para actualizar y fortalecer el sistema de salud debe estar la revisión del plan de beneficios, el cambio demográfico (envejecimiento incrementará la demanda de recursos en salud), cambio tecnológico, comportamiento de indicadores sociales que no muestran mejoría en materia de reducción de pobreza y producción de empleo formal.
138. Expresaron los presentes una preocupación respecto de la continuidad de la UPC como instrumento de materialización de la solidaridad en el sistema, el proyecto de ley no define la continuidad del mecanismo que es clave en la lógica del aseguramiento en salud colombiano. Es necesario realizar un estudio detallado para actualizar la metodología de cálculo de la UPC, de tal manera que se pueda identificar el monto y los incrementos que realmente necesita, para lo cual es clave incluir en la función componentes de riesgo en salud de la población.

139. Es necesario que el Gobierno Nacional actualice y fortalezca sus capacidades para estimar el presupuesto de los recursos que requiere el sistema para funcionar de manera adecuada y garantizar la salud de los colombianos.
140. Se requiere proponer una nueva metodología para calcular la UPC.
141. Es necesario que más allá de revisar estados de resultados financieros se examinen los cálculos de pérdidas y ganancias para que el sistema pueda comprender mejor lo que sucede en la actualidad con los recursos y los retos financieros que debe enfrentar.
142. Asistentes coinciden en la necesidad de fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control de los recursos del sistema de salud colombiano
143. Las organizaciones de pacientes presentes en el espacio expresaron su preocupación con el giro oportuno de los recursos de presupuestos máximos que financian los medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
144. Respecto de la reforma, los presentes señalaron su preocupación respecto de los ejercicios de prospectiva financiera que está realizando el gobierno nacional, toda vez que omiten las obligaciones del sistema, sus cuellos de botella financieros y los gastos adicionales en que incurriría el país en un escenario con reforma. Todo esto es clave para fortalecer y preservar las capacidades del sistema de salud.
145. Las aseguradoras han incurrido en gastos no previstos para financiar los errores en los ejercicios presupuestales cometidos por el gobierno en periodos anteriores, pese a eso la cobertura universal existe hace 30 años y se ha logrado la protección financiera de los usuarios y pacientes. No obstante, el país requiere pensar en un sistema que permita consolidar capacidades y atención en zonas rurales.
146. La prospectiva de gasto en salud para América Latina indica que ese monto se duplicará por factores demográficos y epidemiológicos, en ese sentido, la apuesta planteada por la reforma no permite que el sistema esté preparado para enfrentar los desafíos de las próximas décadas.
147. A manera de conclusión de las audiencias y las mesas técnicas celebradas, puede concluirse que no hay consenso en la viabilidad, pertinencia y necesidad de la reforma del sistema de salud colombiano, por el contrario, se advierten unos riesgos que en nuestro sentir es innecesario correrlos, y el Estado colombiano no está en posición de asumirlo, máxime el bien jurídico que se encuentra en juicio: la salud y vida de los colombianos. Es necesario fortalecer y mejorar algunos aspectos del sistema actual sin destruir lo que ya se ha construido por más de 3 décadas, anteponiendo a cualquier inclinación ideológica o de pensamiento un único fin: la salud, vida y bienestar de los colombianos y habitantes del territorio nacional.

15. NOTAS A ARGUMENTOS PRESENTADOS EN PONENCIA POSITIVA

En primera medida, como se ha señalado a lo largo del documento, existe una falta de conexidad entre el diagnóstico, la argumentación y las disposiciones del proyecto de ley que en el concepto de los ponentes no son suficientes para justificar la “transformación del sistema de salud”

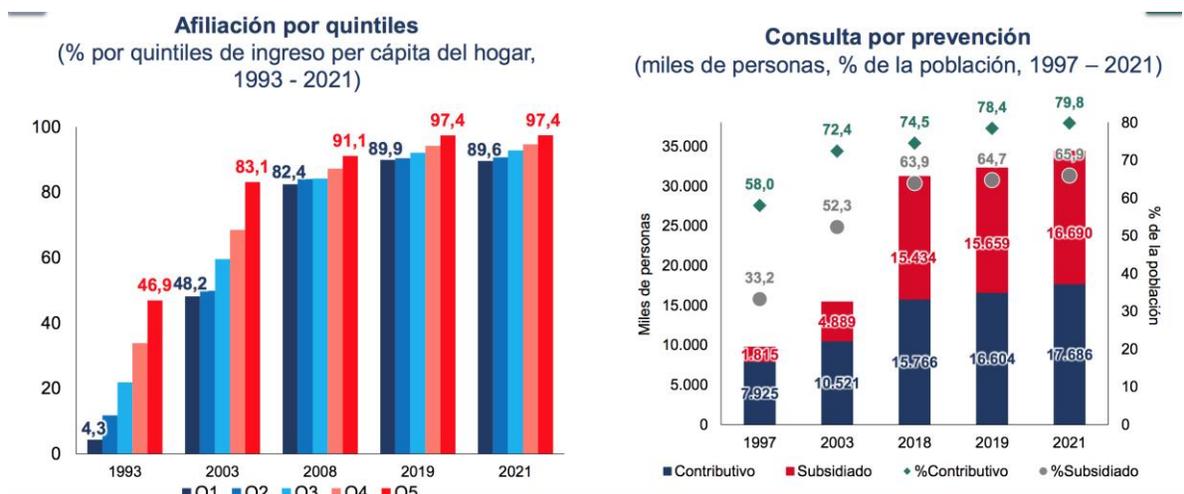
Segmentación de la población por capacidad de pago

Afirma la ponencia positiva que el acceso a los servicios por parte del régimen subsidiado es menor y esto se refleja en los resultados de los indicadores de salud los cuales son peores a los del régimen contributivo.

Si bien la afiliación hoy está dada por dos regímenes para efecto de diferenciar las fuentes de financiación, desde el año 2012, los afiliados tiene a ambos regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones asistenciales que hacen parte del PBS es decir que el poder adquisitivo no es una barrera de acceso al Sistema, Las dificultades en el acceso y “los peores” resultados en salud están dados en gran parte de los terminantes sociales de la salud que no han sido debidamente manejados por los diferente sectores del Gobierno.

Como se ha evidenciado en diferentes estudios el sistema y su porcentaje de afiliación ha contribuido a disminuir la pobreza multidimensional del país de los 10,8 puntos porcentuales (p.p.) de disminución entre 2010 y 2018, 2,1 p.p. son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población. ANIF

Adicionalmente para 1992 el 80% de la población rural y el 45% de la urbana no tenía cubrimiento alguno y dependía de los servicios que prestaran las Entidades Públicas de Salud. (Zapata, 2012)



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023.

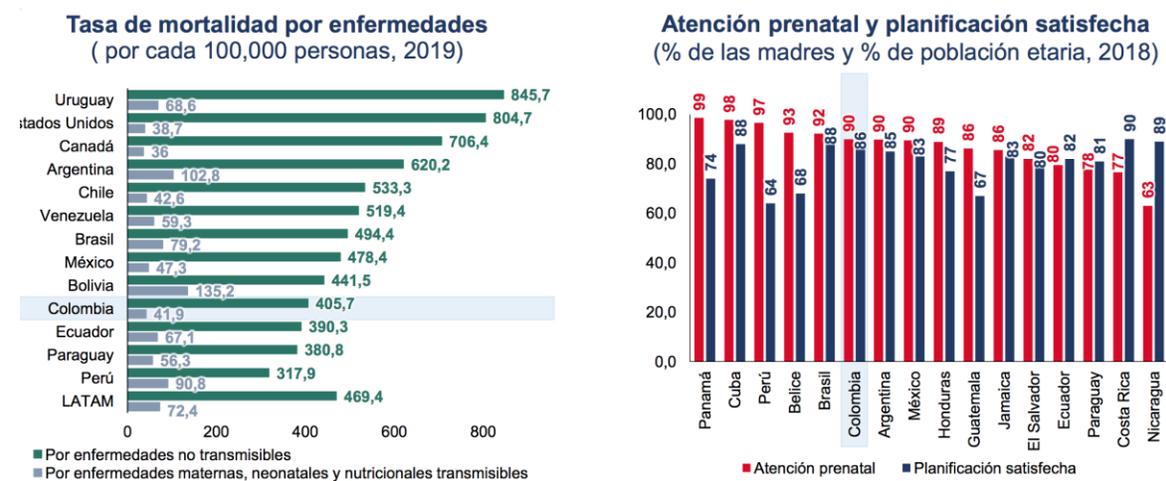
Ineficiencia del actual Sistema de Salud

El modelo de atención basado en la estrategia de APS, cuando es resolutivo contribuye a mejorar los resultados en salud de las personas y aporta a la contención de gasto a largo plazo, no obstante, es importante precisar por cuanto puede aumentar el gasto en salud no obstante también requiere de recursos importantes en la medida que aumenta la frecuencia de uso de los servicios y no disminuye de manera inmediata en el corto o mediano plazo la carga de enfermedad que ya presenta la población. De otra parte, el Sistema de Salud Colombiano si ha logrado que en el país se aumente la esperanza de vida siendo este uno de los principales indicadores de eficacia de un sistema en salud.

En el periodo 1985-1990 la esperanza de vida en los hombres era de 64.65 años en las mujeres 71.52 años en total 67.99; para el periodo 2015-2021 en los hombres 73.70 y en las mujeres 80 en total 76.80 casi 10 años más de vida pese a los bajos recursos que el Estado destina como se deja ver en la misma ponencia.

Orientación del sistema hacia la enfermedad y resultados en salud inequitativos

El SGSSS necesita mejorar en aspectos como el acceso efectivo a los servicios de salud y el mayor énfasis en la APS y su resolutividad, sin embargo, no se puede desconocer que con el actual sistema se ha logrado avanzar en los principales indicadores que miden los resultados en salud frente a los resultados que tenía el Sistema de Salud, como se observa en el anexo adjunto al presente. (Grafica 2).



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023.

Cartera EPS

Solo el 69% o \$15,8B del total de las deudas responden a cuentas por pagar dentro del plazo y el 31% son deudas que se encuentran vencidas, de las cuales \$2,425 B se encuentran en mora a 30 días, \$1,355 B a 60 días, \$643MM a 80 días, \$1,2B a \$180 días, \$650 MM a 360 días y \$834 MM a más de 360 días.

Integración vertical

El artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, establece la restricción de la integración vertical, siendo la SNS la encargada de velar por su cumplimiento. Es importante precisar que la Integración Vertical al igual que en otros servicios puede presentar beneficios como es control de gastos, mayor adherencia a protocolos de atención, mayor resolutivez, menores trámites para los usuarios siempre dentro de un marco de supervisión y control.

Argumentos relacionados con restricciones para la garantía del derecho en temas específicos de salud ver las siguientes fortalezas del Sistema

Colombia ha sido pionero en América Latina en avanzar en el pago por resultados en salud siendo la base el sistema de información y diseño e implementación de las políticas públicas que permiten tener un sistema de aseguramiento que progresivamente ha orientado su enfoque en resultados.

En Colombia no se penaliza la innovación, por eso hoy en día más de 400.000 personas con cáncer y más de 20.000 con enfermedades huérfanas y raras han recibido tratamientos innovadores, costosos para prolongar y mejorar su calidad de vida.

Colombia implementó un mecanismo de compra centralizada del tratamiento para le hepatitis C crónica, siendo un caso de éxito en la región, logrando coberturas > 85% de los casos reportados desde el 2017, garantizándolo a todos los pacientes que lo requieren independiente de su nivel de fibrosis, conductas de riesgo o población clave. El tiempo de oportunidad de inicio del tratamiento en hepatitis C tuvo una mediana de 12,17 semanas en 2021. Un excelente resultado comparado con datos de una cohorte en EE. UU que reporta una mediana de 42,85 semanas. Caso de éxito en la región, reconocido por OPS y otras. Entidades.

Los indicadores de atención en VIH muestran una tendencia positiva, se ha mejorado especialmente en la atención por médico experto, la valoración paraclínica con linfocitos CD4+ y carga viral al diagnóstico. En el 2021, se reportó una cobertura de la terapia antirretroviral del 85% en Latinoamérica, mientras que en Colombia fue del 95,20% lo cual significa un acceso universal 90%, punto de corte definido por la ONUSIDA/OPS sobre el significado de este aspecto, lo que indica que los pacientes al tener cobertura y acceso viven más, esto se demostró en la estimación de la supervivencia global a 7 años, la cual fue de 94,8% en Colombia, mientras que en un centro de referencia de Brasil fue del 82% a los 5 años.

El porcentaje de mujeres embarazadas en tratamiento antirretroviral aumentó del 91% en el 2019 hasta el 96% en el 2022. Adicionalmente, se evidencia la disminución de transmisión del VIH madre e hijo al pasar de 1.35% en 2019 a 0.51% en 2022.

El tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) para el 2021, a nivel nacional y en ambos regímenes, alcanzó una cobertura mayor al 90% en los casos incidentes con artritis reumatoide, superior a países de la región que aún no tienen dentro de su cobertura estos medicamentos.

De acuerdo con el reporte 2019 del registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal liderado por la SLANH, se identificó que Colombia se encuentra en el puesto número 6 de

países en Latinoamérica con mayores tasas de TRR en los años 1991 a 2019, razón por la cual recientemente se realizó un estudio de calidad de vida en más de 130 unidades de diálisis a lo largo del país, incluyendo 14.461 personas en diálisis (siendo uno de los más grandes realizados en la región), obteniendo como resultado que las personas mayores de 75 años fueron las que presentaron menores puntajes en los componentes de salud física y mental, lo que genera mayores riesgos de hospitalización y muerte.

Las personas que tienen hemodiálisis tienen una supervivencia del 72% debido a la cobertura y el acceso con calidad en esta terapia. Comparado con Perú, la calidad es superior en Colombia, allí sobreviven el 47% y no todos los pacientes reciben la terapia con calidad.

Colombia ha sido reconocida a nivel internacional por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología y otros organismos, por las políticas de control y gestión de la enfermedad renal.

La protección de la función renal es una de las metas más relevantes en la gestión de las personas con hipertensión arterial o diabetes mellitus.

El 75.81% de las personas con hipertensión y diabetes no han perdido su función renal, desde el 2019 hay una tendencia al aumento en ambos regímenes, lo anterior debido a que en Colombia 23 de las 33 EPS cuentan con programas de nefroprotección en más de 800 IPS para gestionar el riesgo en esta población.

Con respecto a la evaluación de la gestión del riesgo de la población con cáncer en el aseguramiento en Colombia, en los indicadores de detección temprana se resalta que en ciertos tipos de cáncer como el de colon se ha logrado la meta de cumplimiento establecida. Y en cáncer de mama se ha logrado el mejoramiento de la realización de pruebas que permiten hacer un diagnóstico completo y direccionar mejor los tratamientos, como es el caso de la identificación de la presencia de receptores hormonales y del marcador Her2, pasando de 76% y 73%, respectivamente, en 2018 a 85% y 82% en 2021. Sin embargo, existe un reto muy importante que es aumentar la detección temprana y disminuir los tiempos de espera, lo cual también depende de la oferta de servicios y la resolutivez de la red, y superar el déficit del talento humano.

En cáncer de colon aumentamos la proporción de casos de detección temprana en 2022 siendo el 27.2%, superando la meta establecida y definida mayor al 19% y se han organizado redes de servicios dadas las políticas implementadas, de las cuales se espera que cada una contribuya en mejorar gestión de las personas con cáncer.

Actualmente el país cuenta con más de 7000 IPS que atienden personas afiliadas a las 33 EPS y padecen enfermedades de alto costo. Los expertos clínicos de cada enfermedad lideran programas de atención que se miden y monitorean para identificar oportunidades de mejora en la gestión del riesgo de esta población y controlar desenlaces evitables. Es decir, la organización para la gestión de los servicios enfocado en resultados para este grupo de la población, que consume el 60% de los recursos de la UPC, ha sido uno de los avances más importantes en gestión de riesgo en el sistema de salud, lo cual puede extenderse y adoptarse en otros riesgos.

El 75% de los pacientes con hemofilia en el mundo no tienen acceso al tratamiento, en Colombia todos los más de 5000 pacientes con esta enfermedad atendidos en 121 IPS tienen acceso, sin brechas entre regímenes, ni regiones y con tratamientos avanzados que permiten controlar mejor la enfermedad y con programas interdisciplinarios que se han fortalecido anualmente. Esta gestión y avance en la atención de hemofilia en Colombia ha sido reconocida por la Federación Mundial de Hemofilia, por ser un país que implementó estas políticas de acceso y equidad para los pacientes.

Colombia es pionero en generar data de la vida real para tener evidencia de la vida real y ajustar las políticas públicas necesarias a las necesidades de la población, así mismo para promover la investigación aplicada, identificar y tratar las brechas generadas por las desigualdades en el acceso para una atención con calidad.

Disponemos de una torre de control de datos de las personas con enfermedades crónicas de alto costo, que no se dispone en otro país de la región y ha implementado un modelo de apropiación de la gestión de riesgo y del conocimiento. Esta torre disponible para los aseguradores y prestadores permite capturar datos, identificar, clasificar, monitorear y evaluar la gestión de riesgo y avanzar hacia mejores resultados en salud. Además, es de acceso libre para consulta de la información, democratizándola para uso de todos los actores para la toma de decisiones asertivas.

16. ERRORES “MATERIALIZADOS” EN EL ARTICULADO PROPUESTO

TITULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA APS Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Artículo 9. Redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS

Se establece la organización y conformación de la red serán confirmadas por las entidades territoriales con apoyo de los CAPS y las gestoras, disposición que junto a la falta de claridad frente a cuál entidad coordina la operación de la red, obstaculiza la adecuada gestión de riesgo en salud y diluye la responsabilidad frente al individuo y su familia.

No es clara la competencia del legislador para obligar a todas las IPS acreditadas a integrarse a las redes, aceptando las reglas y tarifas del sistema.

Artículo 10. Criterios determinantes de las RIISS

Al definir la territorialidad de la red, se pierden modelos de atención específicos para condiciones de salud desarrollados por las EPS y traslada la responsabilidad de su definición al MSPS, no hay claridad si habrá un solo modelo de atención o varios, esto genera riesgos para la continuidad de atenciones que se brindan a personas con diferentes condiciones de salud, especialmente crónicas.

No se define sobre qué se calcula el 3% para incentivos a distribuir entre CAPS; IPS y EGSV y tampoco son claros los criterios de evaluación pues estos deben estar directamente relacionados con las competencias de cada uno de ellos.

No es claro el alcance de los convenios de desempeño que deben suscribir los CAPS con las EGSV y las herramientas con que cuenta la EGSV para garantizar el cumplimiento de lo allí pactado en materia de resolutividad, modelo de atención, cumplimiento de metas, entre otros.

Artículo 11. Organización y conformación de las RIISS

La responsabilidad de organizar y conformar las redes queda en cabeza de las direcciones departamentales, distritales y municipales. ¿quiere esto decir que cada municipio organiza su red, el departamento otra y el distrito otra? ¿A partir de esas redes se arman otras redes para garantizar la integralidad de la atención incorporando los diferentes niveles de complejidad?

¿Cuál es el alcance del “apoyo” que suministran los CAPS y las EGSV?

¿Cuál es la diferencia entre autorizar y habilitar? ¿Si se cumplen los requisitos queda habilitado y debe surtir otro trámite para la autorización?

No es claro que entidad ejercerá la coordinación de la red tanto a nivel departamental como regional.

Artículo 13. Centro de Atención Primaria en Salud

El Ministerio asume la función de habilitación de todos los CAPS, esto es por lo menos la habilitación de cerca de 16 mil sedes, tomando como referencia el número de sedes actualmente habilitadas en el REPS con servicios de baja complejidad. Es decir, debe tener el recurso humano y financiero necesario para proceder a dicha evaluación y seguimiento en materia de cumplimiento de los requisitos que soportaron la habilitación otorgada.

Teniendo en cuenta que se le asignan las competencias de las EGSV en aquellas zonas del territorio nacional en donde no existan éstas, en coordinación con el departamento, el Distrito y las redes, deberá señalarse que deben reunir los requisitos de habilitación de las EGSV para acreditar que efectivamente están en condiciones de asumir estas nuevas responsabilidades.

No es muy clara la figura legal para la financiación del funcionamiento de los CAPS cuando se trata de entidades privadas y/o mixta pues se entregan presupuestos de funcionamiento. Tampoco es clara la limitación en relación con las posibles competencias, considerando lo previsto en el párrafo 1.

En el párrafo 2, se plantea la creación de los CAPS como ISE de naturaleza pública, se pregunta si ésta debe ser municipal o departamental y si teniendo en cuenta el marco legal aplicable, debería ser creada mediante acuerdo del concejo municipal o Distrital, o asamblea departamental. Estos tiempos de creación deben ser tenidos en cuenta pues son previos al proceso de habilitación que se surtiría ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 14. Estructura y funciones de los CAPS

Se señala que los CAPS (incluidos los privados) serán gestionados por el “sector público” o las GSV. Al respecto, no es claro en que consiste esa labor de gestión, ni que se entiende por

sector público. De otra parte, para el caso de las GSV no habilita, ni contrata, ni supervisa, ni monitorea a los CAPS.

Responderán por el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos, para esto último se apoyarán con los “operadores farmacéuticos”. Esto último, implica un aumento en el número de transacciones y procesos para el suministro de medicamentos y un cambio en el relacionamiento y “contratación” (que no es clara) de los actuales gestores farmacéuticos el cual pasaría a desarrollarse entre el gestor farmacéutico y cada CAPS.

Falta claridad en el responsable de la ejecución de procesos clave con la referencia y contrarreferencia y el traslado no asistencial la GSV y el CAPS “lo establece y lo coordina” pero no clarifica el responsable de su operación y financiamiento. Se señala que serán los “articuladores” territoriales.

Asumirán la derivación de usuarios que requieren atención de urgencias.

Aunque la GSV debe en conjunto con los CAPS garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto la supervisión y evaluación de CAPS estará a cargo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, en el marco de “convenios de desempeño” suscritos con dichas unidades (art. 9 y 26).

Se mantienen funciones de gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en coordinación con las GSV, la coordinación intersectorial, la ejecución de intervenciones colectivas, procesos de coordinación y articulación de diferentes atenciones en la RIISS, lo cual exige un incremento de talento humano al interior de cada CAPS para gestionar su cumplimiento.

No es clara la responsabilidad y alcance de la participación de usuarios, comunidad y trabajadores de la salud en los procesos de conformación, operación e integración de los CAPS a las RIISS, situación aún más confusa para el caso de CAPS de naturaleza privada. (parágrafo 3, art. 14)

Si bien establece la posibilidad de solicitar servicios en otro CAPS cerca al sitio de trabajo, limita la libre elección, con los riesgos que ello implica, por ejemplo, personas con VIH que son atendidos por su voluntad en IPS de otros municipios. Otro ejemplo son las personas con enfermedades huérfanas o raras que vienen siendo atendidos en centros especializados, localizados en otros municipios, cuya atención se fragmenta y queda sujeta a la capacidad de gestión y articulación de los CAPS con las Direcciones Territoriales de Salud, los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 15. Equipos de salud territorial

Se exige certificación en primeros auxilios psicológicos, de todos los trabajadores del nuevo sistema de salud, administrativos y asistenciales que hagan parte de los equipos de salud territorial como requisito de la documentación contractual del trabajador. ¿Mientras se organizan estas capacitaciones que pasa con la contratación? ¿podrán ser vinculadas

personas que no tienen aún el certificado? o ¿los CAPS no podrán organizar equipos hasta tanto se definan las capacitaciones y se certifique el personal que podría ser enganchado?

Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia

Siguen siendo confusas las responsabilidades de cara al paciente en los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes, en el cual de acuerdo con lo previsto en el presente artículo concurren diez (10) instancias diferentes: las unidades de coordinación, departamental y municipal de la red, las direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, el Ministerio de Salud y Protección Social, las gestoras de salud y vida, los centros de atención primaria en salud – CAPS y las IPS de mediana y alta complejidad.

De otra parte, hace referencia únicamente al traslado no asistencial de pacientes (en taxis, transporte público, o similares), dejando el traslado asistencial sin responsable, ni financiamiento definido. (El transporte asistencial es el que se realiza en ambulancias y otros medios de transporte asistenciales medicalizados o no medicalizados). No es claro el mecanismo de integración de las actuales empresas de ambulancias a la red de servicios ni quién será su contratante.

Artículo 19. Servicios farmacéuticos

Al igual que con otros aspectos de la atención diluye la responsabilidad frente a la entrega de medicamentos entre los CAPS, los operadores farmacéuticos, la gestora de salud y vida y las coordinaciones de red, y reduce la gestión farmacéutica a la entrega de medicamentos. No es claro quién asumirá las funciones que actualmente adelantan las EPS en materia de farmacovigilancia, verificación de uso seguro de medicamentos (verificación de usos conforme a guías y registros sanitarios), verificación de duplicidad en formulaciones, etc.

El párrafo tercero impide que se expidan nuevas credenciales de expendedor de drogas en el país. Esto afecta principalmente a los droguistas de zonas rurales y dispersas del país y la competencia en la materia.

Artículo 21. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención

Mientras este artículo señala que las personas con estas condiciones accederán a la atención de los centros de referencia o especializada, previa remisión desde las coordinaciones departamentales y regionales de la red, el numeral 2 del artículo 14 establece que el CAPS es el responsable de gestionar la atención especializada en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida. Es decir, seis entidades se deberán articular para gestionar la remisión a un centro especializado, conforme a un modelo de atención que el Ministerio debe reglamentar en un plazo de dos años a partir de la entrada en vigencia de la Ley. Este arreglo institucional termina convirtiéndose en una barrera de acceso a los servicios de salud.

TITULO III ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CAPITULO III GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 48. Transformación de las EPS.

Obligatoriedad de las EPS de continuar operando con las reglas actuales y las nuevas por 2 años. Esta obligatoriedad debe ir acompañada de una garantía en materia de suficiencia de recursos. No permitiría esta redacción el retiro voluntario antes de los 2 años (“continuarán haciéndolo”), a diferencia de la transformación en donde queda claro que podrá surtirse el proceso antes del vencimiento del plazo de los 2 años.

Continúa la indefinición en materia de responsabilidades de aquellas entidades que quieren transformarse: numeral 1. Colaborar en la organización de los CAPS (asistencia técnica, financiera, inversión para la creación, etc.)

No es clara la articulación y responsabilidades de las gestoras en múltiples aspectos sistema de referencia y contra referencia, evaluación de las actividades de monitoreo y evaluación de las RIIS, entre otros.

No hay medidas claras relacionadas con la suficiencia de recursos, simplemente se implementará el giro directo que no resuelve el desfinanciamiento del sector

No es claro el manejo financiero de la UPC, se señala que se gira sin situación de fondos para mediana y alta complejidad, pero no se señala cómo opera el giro del resto de los recursos, incluyendo el gasto administrativo. Adicionalmente se señala que se pagará directamente a las IPS, operadores logísticos, gestores y compañías farmacéuticas contratados

Pierde durante la transición la competencia para organizar la red solamente va a “articular” y la red es organizada por las secretarías departamentales y distritales. Esto no solo no lo compartimos, sino que no se ha dimensionado el tema operativo de terminación anticipada de contratos con la red organizada por la EPS y negociación de los nuevos contratos

Es fundamental que se precise el desmonte de la contratación con red propia en el parágrafo 4, relativo a la integración vertical

Se establece que las EPS podrán constituir la GSV como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud, lo cual implica otorgar la facultad a Minsalud de definir el diseño de formas asociativas y tipos societarios, lo cual es del resorte del legislador por tratarse de una medida de intervención en la economía, y por eso es una materia que se regula en el Código de Comercio y la Ley 1258 de 2008 (Ley de SAS), entre otras.

Se establece que las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia. No se han cuantificado los recursos que esta decisión pudiera tener y sus repercusiones a futuro

Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida

Continúa la inseguridad jurídica frente a las funciones en aspectos claves que involucran una adecuada gestión del riesgo en salud, como adelantar las acciones para identificar los riesgos en salud, que deja sujeto a la coordinación con los CAPS (numeral 1), organización y conformación de la red, la cual la deja en coordinación con las direcciones departamentales y distritales (numeral 2), la gestión de un sistema de referencia y contrarreferencia la cual la debe hacer en coordinación con las Secretarías departamentales y distritales (numeral 8), entre otras.

Se pierde el conocimiento y capacidad de la EPS en materia de comprador informado de servicios, dado que no se les da autonomía para elegir los prestadores idóneos para el suministro de servicios a los usuarios.

Actualmente las EPS tienen como función básica, la de organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios con Cargo a la UPC (art. 177, Ley 100/93). Este objeto, que actualmente es claro, se modifica por uno difuso, que impide tener claro cuáles son las funciones, responsabilidades, y actividades a realizar en el giro ordinario de la actividad.

Se plantea la implementación de un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud sin que se conozcan las características de este último y en qué momento estará en funcionamiento.

Artículo 50. Transitorio

La exigencia de presentar un plan de saneamiento respaldado por una póliza que contemple el pago de la totalidad de los pasivos, así como del IBNR, no será posible conseguirla en el mercado o su costo sería muy alto, lo cual no parece razonable como exigencia dentro del proceso de transformación existiendo otros mecanismos o alternativas financieras para garantizar dicho pago. El cumplimiento del requisito de constitución de la póliza depende de un tercero, que consiste en la disponibilidad de un asegurador de asumir una deuda. En el mercado no hay disponibilidad de esta póliza y dadas las condiciones actuales del sistema y su desfinanciación, difícilmente se podría encontrar esta cobertura, con lo cual la exigencia incumpliría el criterio de razonabilidad en el ejercicio de la actividad del legislador.

También es importante considerar que en buena parte el pago de las deudas dependerá de actuaciones a cargo del Estado, como los ajustes y definición adecuada de los techos y de una definición suficiente de la UPC.

El artículo no precisa en qué forma se indemnizará a las EPS de conformidad con la exigencia del artículo 365 de la Constitución, al privarlas del ejercicio de una actividad lícita como lo es el aseguramiento y organización del Plan de Beneficios en Salud.

El término de 60 días para manifestar la voluntad de transformarse es muy corto, teniendo en cuenta el cambio en el objeto de la actividad, las exigencias para el inicio de la actividad como gestora, y la falta de claridad en las actividades a su cargo.

Si bien es importante suprimir los requisitos de habilitación de las EPS cuando sea aprobado el plan de habilitación y saneamiento, este no podrá presentarse a la entrada de la vigencia de la ley, pues se desconocen los requisitos de habilitación de las GSV. Se reitera la importancia de dejar contemplados a nivel legal los requisitos de habilitación los cuales deberán ser reglamentados por el Gobierno Nacional, lo cual permitiría la presentación del plan con base en lo previsto en la Ley. De lo contrario esta norma no tendrá efecto.

El último inciso señala que la SNS tendrá hasta 30 días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros, lo cual hará mediante acto administrativo, susceptible de recursos (debido proceso).

Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida

La claridad en las funciones a cargo de los vigilados es una condición necesaria para el ejercicio de las funciones de IVC. En consecuencia, la falta de precisión en las funciones a cargo de las gestoras imposibilitaría el ejercicio de las funciones de vigilancia a cargo de la SNS, haciendo depender el alcance de estas del concepto del funcionario de turno en el órgano de vigilancia, en perjuicio, no solo de la seguridad jurídica, sino de los derechos de los usuarios. Adicionalmente no es claro dentro del esquema financiero propuesto ¿cuáles son los recursos públicos que se reconocen a las EGSV?

Artículos 53 y 54. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y evaluación del gasto administrativo.

Problema conceptual considerando que la UPC no es la prima que se reconoce a las EPS por asumir el aseguramiento. En el modelo anterior esta prima tenía para efectos del cálculo un componente administrativo. Ahora la UPC no es la prima que se paga a la EPS y en consecuencia no es adecuado hablar de gasto administrativo.

Debe quedar claro que hay un pago a las EGSV como reconocimiento a las labores asumidas por disposición de la ley.

Adicionalmente debe modificarse la base de cálculo del 5% para incluir no solo mediana y alta complejidad, sino que deben integrarse los recursos de atención primaria.

De otra parte, el pago debe orientarse al cumplimiento de la labor misional de la AGSV siendo inapropiado plantear la disminución cuando no se cumpla con los indicadores establecidos. ¿Qué tipo de indicadores? ¿de salud? ¿si el incumplimiento es atribuible a la gestión del CAPS, cuál es la consecuencia jurídica frente a ese incumplimiento? ¿Si el incumplimiento obedece a insuficiencia de recursos, debe reducirse el ingreso de la EGSV para hacer inviable su operación? ¿Esa disminución es a título de sanción? ¿Cómo se garantiza el debido proceso?

Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor del per cápita asignado para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, Adicionalmente, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población asignada. Sin embargo, Estos recursos en realidad no estarán garantizados y podrían generar inestabilidad jurídica porque el Ministerio de Salud podrá evaluar y ajustar cada dos (2) años a partir de estudios técnicos, el porcentaje

de gastos administrativos que se le reconocería a las Gestoras de Salud y Vida sin que pueda superar el 5%. En caso de que una Gestora no cumpla los indicadores establecidos, recibirá hasta un 1,5% menos de su ingreso por gastos administrativos, y en caso de que reincida su incumplimiento en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

TITULO IV FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA

Artículo 58 Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – antes Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud

Persiste la preocupación frente a las capacidades reales de la ADRES y si estará preparada a tiempo para asumir las responsabilidades que se le establecen

Se da un año para que el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con la ADRES reglamenten y definan el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para incrementar la capacidad de gestión de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignada

Así mismo se da un año para la elaboración de un plan de inversiones necesario para garantizar que en plazo máximo de 3 años la ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas

Artículo 66. Unidad de Pago por Capitación (UPC)

El Ministerio de Salud tomará en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud y definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral.

El Ministerio de Salud estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años. Cobra importancia conocer como estos escenarios de mediano plazo se incorporarán dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del Gobierno Nacional.

Artículo 69. Autorización de pago de servicios

ADRES, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Ministerio de Salud.

Sin embargo, preocupa que las tarifas no las regule el mercado, sino que hagan parte de un régimen de tarifas y formas de pago adoptado por el Ministerio de Salud. Esto no necesariamente modula la oferta de los servicios en las regiones, ni tampoco garantiza la obtención de metas de resultados y desenlaces de salud.

En este proceso las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías de las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago. Sin embargo, se pagará el 85% de la factura al mes de presentada la factura, un poco contradictorio porque se supone que las Gestoras contribuirán al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos del Sistema

Artículo 72. Prestaciones económicas

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante. Preocupa que esto no había estado contemplado anteriormente y tampoco se tiene una aproximación de cuanto podría costar a futuro.

Artículo 73. Acreencias de las EPS

Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las ESEs serán pagadas gradualmente, con apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De esta situación en concreto no se tiene una aproximación de cuanto podría costar.

Artículo 74. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Se crea la posibilidad y viabilidad de suscripción de créditos blandos por parte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no estaba contemplada en los proyectos anteriores. No se tiene claridad de porque o para que suscribir estos préstamos, ni una aproximación de cuanto podría costar.

TÍTULO XIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

Artículo 121. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud

De acuerdo con el artículo, el Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud. En este caso, al igual que en el proyecto, existe un aspecto transversal que es la falta de definición de un responsable. No está claro quién es el Estado para cuando el usuario exige la garantía del servicio: ¿El Ente Territorial, el municipio, el departamento, la ADRES, el Minsalud, la SNS?

El inciso primero del numeral 1º señala que los pacientes serán atendidos por los prestadores, y los contratos serán subrogados por quien asuma la gestión del riesgo. La dificultad para entender el alcance de este inciso radica en el hecho de el proyecto no establece quién es el responsable de la gestión del riesgo, porque difumina este concepto sin que exista un responsable directo. De esta manera, si se entiende que los contratos serían subrogados por

las Gestoras, se presentaría un vicio de la voluntad porque éstas no tienen a su cargo la gestión del riesgo, sino labores de colaboración. También es de señalar que lo que se subroga no es el contrato sino una de las partes, la EPS, por un actor que falta definir en la norma como responsable de la gestión del riesgo.

El último inciso del numeral 1º señala que los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS mientras se surte el proceso de organización de los CAPS. Debe quedar clara la vigencia del contrato y las condiciones allí definidas por la EPS con la IPS.

El numeral segundo señala que las EPS que cumplan requisitos de permanencia, no estén en proceso de liquidación, y decidan no transformarse en Gestoras, acordarán la entrega de la población con base en el reglamento. Este numeral es contrario al artículo 365 de la Constitución, porque la salida de las EPS no obedece a un retiro voluntario de la actividad, sino a una reserva para el Estado de las actividades que a la fecha realizan las EPS, como son la organización y garantía del PB-UPC. En este sentido, no es posible soslayar la obligación del Estado de indemnizar de manera previa a quienes quedan privadas del ejercicio de una actividad lícita.

El inciso 1º del numeral 3º señala que las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados. Es necesario garantizar la suficiencia de la UPC y de PM y su giro oportuno durante este proceso.

El numeral 3º sugiere la existencia de un período de transición de 2 años. No existe algún tipo de soporte para sugerir este término, pues implicaría que en dicho término se den las condiciones para implementar la reforma, lo cual es prácticamente imposible, dada la necesidad de reglamentar, fortalecer la institucionalidad existente en las entidades territoriales y en la ADRES para poder cumplir con las nuevas funciones, construir los CAPS y contar el talento humano necesario para el funcionamiento de los Equipos Básicos de Salud, entre otros.

Se establece dentro del proyecto de Ley que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deban atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo sean transferidos a otras Entidades Gestoras de salud. Se propone que no sea hasta el momento de su liquidación y que esta responsabilidad sea hasta el momento de entrega de sus antiguos afiliados.

No hay claridad sobre cómo se adelantará progresivamente el 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. El mismo podría ser una limitación a la libre competencia.

Preocupan las nuevas responsabilidades que tendría que asumir la Nueva EPS frente a contratación de CAPS en territorios o en la organización de la prestación de los servicios, son

decisiones que se toman más desde lo político que desde lo técnico y no se tienen en cuenta las implicaciones que puede tener para las finanzas de la EPS.

La norma faculta al Gobierno Nacional o al Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, para que en seis meses reglamente lo necesario para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. Se trata de una delegación para expedir, a través de decreto reglamentario, normas que son del resorte del legislador, quien podría ocuparse por esta vía, de todos los asuntos que considere, son convenientes para el sistema, omitiendo el principio democrático.

17. LA RUTA PARA FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Existen retos frente al acceso efectivo a los sistemas de salud, sobre todo en la ruralidad, no sólo en Colombia sino en otros países del mundo, pero estos son temas que no requieren una reforma estructural del sistema de salud, se puede, como lo han hecho otros congresistas, proponer mejoras en tal sentido, así como lo ha propuesto mediante el proyecto de ley 110 de 2023 el senador HONORIO HENRIQUEZ y la bancada del Centro Democrático *“Nuestro compromiso es mejorar las condiciones de salud de los colombianos, construir sobre lo construido y hacer más efectivo y ágil el Sistema de Salud. Consideramos que la reforma a la salud es innecesaria, muchas de las mejoras se pueden hacer vía decreto, se requiere voluntad del gobierno para hacerlo. Insistimos, esta reforma al sistema de salud es innecesaria, el sistema se debe mejorar y lo hemos propuesto, en el proyecto de ley 110 de 2023, la solución a algunas problemáticas que se presentan, sin necesidad de reformar el sistema, mejorándolo, sin destruirlo y construyendo sobre lo construido.*

1. *Mejorar al personal de salud, en contratación, pagos y condiciones laborales. Establecer escala de salarios del talento humano en salud pública, fechas y porcentajes de aumentos, incentivos por prestación de servicios en zonas apartadas.*
2. *Agilidad en la entrega de medicamentos y autorizaciones de exámenes y atenciones médicas con especialistas. Establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, fomentar la telemedicina y sanciones para EPS que no cumplan.*
3. *Promoción, prevención y atención en el sector rural. Asignarle a una sola EPS, la atención rural con UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, fomentar la telemedicina, establecer tope de contratación con ESE en mínimo 80%, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo.*
4. *Creación del CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud.*
5. *El sistema único de información, tomando como base lo que ya hay, SISPRO, RUAF, LUPA AL GIRO, mejorarlo y fortalecerlo, no hay necesidad de crear otro, hacerlo compatible con la historia clínica interoperable, actualizar lo que ya existe.*

6. *Exigirles óptima Acreditación en Salud a las EPS y garantía de pago a acreedores en caso de liquidación, para que cumplan de manera eficiente y oportuna con la garantía de la salud de los colombianos. Creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones.*

Se trata de construir sobre lo construido, mejorar lo mejorable y poner en primer lugar al usuario, al paciente, al afiliado, al colombiano”

Así entonces es dable contemplar un procedimiento que propendan por el debido acceso de la población de los territorios más apartados al sistema de salud, sin embargo, en escenarios como este se observa la incidencia de los determinantes sociales de la salud, que son temas que no resuelve esta reforma, y que de hecho no dependen del Sistema de Salud, ni en Colombia ni en ningún país del mundo.

Otros componentes que forman parte de la ruta para el fortalecimiento del sistema de salud, a consideración de los ponentes e identificadas a través de la participación ciudadana en las Mesas Técnicas realizadas para el estudio de la reforma a la salud son:

En cuanto a medicamentos

- Discutir y planificar cómo se pueden coordinar eficazmente las compras conjuntas o centralizadas de medicamentos e insumos para evitar el desabastecimiento.
- Considerar estrategias para asegurar la calidad del servicio en las Entidades de Salud del Estado Itinerante.
- Proporcionar un plan detallado para el fortalecimiento integral del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).
- Resulta particularmente preocupante para el fomento y acceso a la innovación local o extranjera la posición abiertamente adversa al Sistema de Propiedad Intelectual del actual director del INVIMA. La posición no tiene implicaciones en una posible afectación al acceso a terapias innovadoras sino también a atraer y facilitar los mecanismos de inversión privada (local o extranjera) y de transferencia de conocimientos y tecnológica necesaria para impulsar las políticas de reindustrialización que el mismo gobierno pretende impulsar.

Respecto del Talento Humano en Salud

- Necesario implementar estrategias concretas y asignar un presupuesto suficiente para abordar de manera efectiva los problemas identificados, incluyendo la posible precarización de los equipos de salud extramurales, la desigualdad en las condiciones laborales del talento humano en salud, y la insuficiencia en la oferta de programas de formación en salud, especialmente en las regiones donde hay mayores carencias.

- Propuesta de fortalecer un modelo mixto de formación de Talento Humano en Salud, que combine la formación académica con la práctica en el campo, para preparar mejor a los profesionales de la salud para los desafíos que enfrentarán.
- Propuesta de mejorar las condiciones de bienestar para los estudiantes en formación en los centros hospitalarios, con especial atención a aquellos en la red pública. Esto podría incluir la provisión de alojamiento adecuado, la garantía de condiciones de trabajo seguras, y el acceso a apoyo psicológico y emocional.
- Propuesta de implementar estrategias específicas para resolver las problemáticas descritas en cuanto a la formación de talento humano en salud en zonas rurales y con población dispersa. Estas podrían incluir incentivos para atraer a profesionales de la salud a estas zonas, y programas de apoyo para ayudarles a adaptarse a estas comunidades.
- Propuesta de reducir los tiempos actuales de aprobación de programas en salud, para permitir una respuesta más rápida y eficiente a las necesidades cambiantes del sector de la salud.
- Deberían considerarse estrategias para motivar a los profesionales de la salud a prestar sus servicios en áreas rurales y remotas. Esto puede incluir incentivos financieros, oportunidades de desarrollo profesional y mejoras en las condiciones de vida y trabajo en estas áreas.

Respecto de la experiencia de pacientes y usuarios

- Se necesita una discusión para mejorar la continuidad de la atención para los pacientes. Esto puede implicar una mayor integración entre los proveedores de atención primaria y secundaria, facilitando la comunicación y estableciendo protocolos claros para el manejo de los pacientes.
- Es fundamental establecer un sistema de distribución de los recursos de solidaridad que sea justo, transparente y eficiente. Esto puede requerir la creación de un comité de supervisión independiente para supervisar la distribución de los fondos y asegurar que se utilicen de manera efectiva.
- Debería discutirse cómo implementar y aprovechar las innovaciones y tecnologías en el sector de la salud para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. Esto puede incluir el uso de telemedicina, registros de salud electrónicos y otras tecnologías digitales.
- La formación continua y el desarrollo de habilidades del personal de salud es un tema que necesita ser discutido. Esto podría implicar la creación de programas de formación continua, oportunidades de desarrollo profesional y la promoción de la investigación y la innovación en el sector.

- La salud mental es un componente crucial de la salud general y debe ser discutida. Esto puede implicar la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria, la promoción de la conciencia de la salud mental y el aumento de los recursos para los servicios de salud mental.

Respecto de la gobernanza del sistema de salud y las tecnologías de la información

- Creación del Consejo Nacional de Salud
- Historia clínica interoperable
- Integración sistema integrado de pagos entre distintos actores del sistema
- Apropiación y profundización de Telemedicina

En el componente financiero

- Discutir las estrategias para el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación en la salud y desde allí fomentar medidas para solventar el punto anterior es clave para el fortalecimiento de las capacidades del país en el largo plazo

A manera de conclusión, el sistema actual, en términos de cobertura, no es un sistema que muestre un fracaso y, por ende, se deba desconocer lo avanzado durante estos 30 años; se requieren mejoras respecto a temas como i) déficit de profesionales en salud, ii) acceso a servicios de salud en territorios apartados, dispensación de medicamentos y atención primaria, iv) sostenibilidad financiera y, v) enfoque preventivo.

Además de las propuestas ya planteadas al Congreso por el senadores de la Bancada del Centro Democrático: Mejorar al personal de salud, en contratación, pagos y condiciones laborales, agilidad en la entrega de medicamentos y autorizaciones de exámenes y atenciones médicas con especialistas. Establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, fomentar la telemedicina y sanciones para EPS que no cumplan, promoción, prevención y atención en el sector rural. Asignarle a una sola EPS, la atención rural con UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, establecer tope de contratación con Empresas Sociales del Estado, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo. Creación del CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud y si lugar a dudas el sistema único de información, tomando como base lo que ya hay, SISPRO, RUAFA, LUPA AL GIRO, mejorarlo y fortalecerlo, no hay necesidad de crear otro, hacerlo compatible con la historia clínica interoperable, actualizar lo que ya existe. Exigirles óptima Acreditación en Salud a las EPS y garantía de pago a acreedores en caso de liquidación, para que cumplan de manera eficiente y oportuna con la garantía de la salud de los colombianos. Creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones, entre otros temas que insistimos, no requieren reforma del sistema.

18. IMPACTO FISCAL DE LA REFORMA

Dado que la reforma modifica la estructura financiera del sistema y plantea pasar de una asignación de recursos mediante un modelo de aseguramiento vía UPC y garantía de una atención integral en salud de las tecnologías incluidas en el PBS, a un esquema en el cual se financian los presupuestos y pago por servicios prestados en mediana y alta complejidad.

Por otra parte, dentro de los nuevos usos de los recursos se encuentra la financiación de los CAPS que, al asumir funciones adicionales a la prestación de servicios, requerirán inexorablemente gastos adicionales que no sustituyen a los actuales. De igual forma, se reitera que NO se conocen con los montos de gastos adicionales y las fuentes requeridas para el funcionamiento y sostenibilidad de las ISE, así como el funcionamiento en las entidades territoriales de los servicios de la red de atención de urgencias, pago de licencias de maternidad y paternidad a población no cotizante, entre otros.

Algunos de los gastos adicionales identificados en el proyecto de ley y que no cuentan con una estimación detallada de sus costos y respectiva fuente de financiación, son los siguientes, conforme a las disposiciones de los artículos 60, 62, 63, 64 y 72 del proyecto de ley:

Tabla 13 Elementos no cuantificados en concepto de impacto fiscal

Componente de la reforma	Costo	Fuente
Fondo Único de Salud (FUS)		
Atención Primaria en Salud		
Servicios de atención primaria Incluye atención básica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y operación de los equipos extramurales	No definido	No definido
Soluciones de transporte y dotación para los equipos extramurales	No definido	No definido
Atención prehospitalaria de urgencias	No definido	No definido
Demás usos que defina el Ministerio de Salud	No definido	No definido
Fortalecimiento de la red pública		
Funcionamiento y sostenimiento ISE	No definido	No definido
Saneamiento de las ESE. Se puede pagar con vigencias futuras	No definido	No definido
Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento	No definido	Actualmente excedentes ECAT - ADRES ⁹²
Funcionamiento red de urgencias	No definido	No definido
Transporte medicalizado institucional, intermunicipal, interdepartamental, fluvial, marítimo o aéreo	No definido	No definido
Incentivos a IPS de mediana y alta complejidad (y para las EGSV y los CAPS)	No definido	No definido

⁹² Corresponde a la Subcuenta del Seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito que hace parte del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA creado por la Ley 100 de 1993.

Componente de la reforma	Costo	Fuente
Fondo Único de Salud (FUS)		
Funcionamiento y sostenimiento ISE	No definido	No definido
Destinaciones de los demás recursos		
Pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las IPS	No definido	Actualmente incluido en UPC
Pago de las incapacidades, prestaciones económicas y licencias de maternidad y paternidad de no cotizantes	No definido	No definido
Financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo	No definido	No definido
Financiamiento de los programas de formación e investigación en salud	No definido	No definido
Constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias	No definido	No definido
Pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida	No definido	Actualmente incluido en UPC
Desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural.	No definido	No definido
Pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.	No definido	No definido
Pago de obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica.	No definido	No definido
Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.	No definido	No definido
Pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las IPS	No definido	Actualmente incluido en UPC

Fuente: elaboración ponentes, a partir de comentarios recibidos por participantes en Mesas Técnicas.

El modelo propuesto introduce un cambio fundamental en la estructura financiera del sistema; si bien se mantienen las fuentes actuales (cotizaciones y aportes fiscales de la Nación y de las entidades territoriales), se plantean nuevos usos de los recursos lo cual dejaría desfinanciada la garantía actual de atención a los individuos y sus familias. Se pasa de una asignación de recursos mediante un modelo de aseguramiento vía UPC y garantía de una atención integral en salud PBS, a un esquema en el cual se financian los presupuestos y pago por servicios prestados en mediana y alta complejidad.

Dentro de los nuevos usos de los recursos están la financiación de los CAPS que además asumen funciones adicionales a la prestación de servicios, lo cual va a exigir gastos adicionales que no sustituyen a los actuales. De igual forma, no se dispone con certeza de las fuentes requeridas para el funcionamiento y sostenibilidad de las ISE, funcionamiento en las entidades territoriales de los servicios de la red de atención de urgencias, pago de licencias de maternidad y paternidad a población no cotizante, entre otros.

En este sentido el eje financiero propuesto en la reforma implica cambios en la institucionalidad y en la manera en que se van a asignar y ejecutar los recursos del sistema. Estos nuevos usos realmente son exigentes en la medida en que se trata de gastos que no cuentan con una fuente cierta, razón por la cual hoy la iniciativa legislativa no cuenta con el aval fiscal por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Hoy en día la UPC está desfinanciada y conforme lo sostuvo la Corte constitucional en auto 2881 de 2023, la Corte evaluó el nivel de cumplimiento de las órdenes que buscan la suficiencia de los Presupuestos Máximos (PM) para financiar los servicios y tecnologías en salud (PBS) que no son con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como pañales, medicamentos para enfermedades de alto costo, enfermedades huérfanas o medicinas que no están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS)

En dicho auto, sostuvo la Corte, que hay *"un nivel de cumplimiento bajo respecto de la suficiencia de los presupuestos máximos"*, es decir, que el gobierno no ha financiado de manera adecuada, no ha dispuesto los recursos para que las EPS's presten los servicios en salud para los colombianos, con cargo a los presupuestos máximos, de manera eficiente.

Dentro de las razones que expuso la Corte se encuentran:

- Falencias en la expedición de la metodología requerida para establecer los montos, demora en la entrega y recolección de información completa para su análisis, y posterior cálculo de los montos.
- Inconvenientes derivados del trámite de reajuste, por la expedición tardía del acto administrativo para su reconocimiento y pago.
- Retrasos injustificados en los pagos del gobierno a las EPS's, que afectan directamente de manera negativa, la liquidez de las mismas y el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que conlleva al crecimiento desbordado de la cartera del sector.

Algunos congresistas, en especial del Centro Democrático, en defensa de la Salud de los Colombianos, ya habían hecho estas y otras advertencias mediante debates de Control Político en las Comisiones Séptima de Senado y Cámara de Representantes, al Ministerio de Salud y la ADRES, quienes argumentaban inoperancia del Sistema para justificar la reforma a la salud a la cual hoy mediante esta ponencia negativa ratificamos nuestra oposición.

Aun así, la reforma, conforme al análisis de los artículos 60, 62, 63, 64 y 72 del texto propuesto en la ponencia de la cual nos apartamos, sin designar la fuente de los recursos para ello crea estas nuevas erogaciones:

- Servicios de atención primaria Incluye atención básica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y operación de los equipos extramurales.
- Soluciones de transporte y dotación para los equipos extramurales.
- Atención prehospitalaria de urgencias.
- Funcionamiento y sostenimiento ISE
- Funcionamiento red de urgencias.
- Saneamiento de las ESE.

- Transporte medicalizado institucional, intermunicipal, interdepartamental, fluvial, marítimo o aéreo.
- Incentivos a IPS de mediana y alta complejidad (y para las EGSV y los CAPS)
- Pago de las incapacidades, prestaciones económicas y licencias de maternidad y paternidad para régimen subsidiado.
- Financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.
- Financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
- Desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Hasta el 29 de febrero de 2012, conforme lo ratifica la mesa directiva de la Comisión VII del Senado se desconocía el concepto formal, aval del Ministerio de hacienda sobre la reforma propuesta:



Comunicado de Prensa

BOGOTÁ D.C. - JUEVES 29 DE FEBRERO DE 2024

COMUNICADO DE PRENSA

La Mesa Directiva de la Comisión VII Constitucional Permanente del Senado de la República, se permite informar a la opinión pública que, en el marco de la discusión, en primer debate, del Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", y sus acumulados, que se adelanta en esta Comisión.

Hemos solicitado al Ministerio de Hacienda que allegue a esta célula legislativa el concepto técnico y análisis del impacto fiscal, así como el presupuesto del proyecto de ley, indicando que dicho concepto deberá hacer referencia de manera explícita a la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo, que es parte integral de la discusión.

Como Mesa Directiva, estamos comprometidos con el estudio responsable de este proyecto ley tan sentido para los colombianos.

Estaremos informando a la opinión pública, una vez recibamos la respuesta por parte del Ministerio.

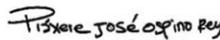
Atentamente,



Martha Peralta Epieyú
Presidenta



Lorena Ríos Cuellar
Vicepresidenta



Praxere José Ospino Rey
Secretario General.

Aun así, fue radicada ponencia positiva, sin que obre aval fiscal, contrariando de manera directa el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 establece que *“el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.”* La

Honorable Corte Constitucional, mediante sentencia C-502 de 2007, consideró lo siguiente con respecto a la aplicación del artículo 7 de la Ley 819 de 2003:

“Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 7º de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de Hacienda.

Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el ministro de Hacienda.”

Conforme a lo anterior y según lo establecido por el Tribunal Constitucional, la carga principal la ostenta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con respecto a las iniciativas que pueden implicar gasto público y afectar el marco fiscal. No obstante, en cumplimiento de lo señalado por el mismo tribunal en sentencias C-451 de 2020 y posteriormente, en sentencia C-075 de 2022 respectivamente:

“(…) es obligación del Congreso propiciar y desarrollar una deliberación específica y explícita sobre el impacto fiscal de la reforma propuesta que aborde al menos los siguientes aspectos:

(i) Que se hayan identificado los costos fiscales de la iniciativa;

(ii) Que se haya identificado su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo;

(iii) Que se haya tenido en cuenta el concepto del Ministerio de Hacienda y

Crédito Público, en caso de haberse presentado; y

(iv) Que se hayan señalado las posibles fuentes de financiación del proyecto.⁹³”

⁹³ Corte Constitucional. Sentencia C-451 de 2020. M.P.

“El citado artículo 151 superior también dispone que por medio de leyes orgánicas se deben fijar las normas sobre preparación, aprobación y ejecución del presupuesto de rentas y ley de apropiaciones. En tal virtud, el 9 de julio de 2003 el Congreso de la República expidió la Ley 819, “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”. El artículo 7 de dicha normatividad exigió que durante el trámite de proyectos de ley que ordenen gastos u otorguen beneficios tributarios se debe analizar su impacto fiscal y su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo -supra núm. 67-. Con tal objeto, estableció las siguientes obligaciones: (i) la exposición de motivos y las ponencias deben incluir de manera expresa los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para su financiación en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite; (ii) el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe rendir un concepto sobre la consistencia del análisis de los costos fiscales y su conformidad con el Marco Fiscal de mediano Plazo, que deberá ser publicado en la Gaceta del Congreso; (iii) el Gobierno nacional deberá incluir en los proyectos de ley de su iniciativa que comporten un gasto adicional o una reducción de ingresos, la correspondiente fuente sustitutiva, que deberá ser analizada y aprobada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dichas exigencias, en últimas, propenden porque la actividad legislativa se enmarque en las condiciones que garantizan la sostenibilidad fiscal del país.

(...)

El Congreso aprobó las medidas que ordenaron gastos respecto de los honorarios de los concejales y sus aportes a seguridad social sin una mínima consideración acerca de su impacto fiscal. Como se indicó -ver supra 73 (ii)-, aunque no se exige un análisis exhaustivo y detallado sobre este particular, la deliberación debe dar cuenta de que los legisladores cuando menos sí contaban con la información suficiente para comprender la incidencia de las medidas en las finanzas públicas. No de otra manera se podría entender satisfecha la obligación que tenían de analizar el impacto fiscal de sus determinaciones.⁹⁴”

Es pertinente señalar que los conceptos remitidos por Parte del Ministerio de Hacienda respecto del trámite de esta iniciativa no corresponden a un aval fiscal, por el contrario, se tratan netamente de un concepto con potenciales gastos y beneficios, además de no contener fuentes para su financiación. Por tanto, no es posible que el Congreso de la República cuente con información suficiente como lo exige la Corte Constitucional respecto a las iniciativas que afectan las finanzas públicas para comprender la incidencia de la aprobación del Proyecto de Ley en estudio.

De hecho, el análisis de factibilidad del ministerio de hacienda del 29 de noviembre de 2023 sostiene en los supuestos utilizados en la proyección de costos: “Se supone un crecimiento del Salario Mínimo Legal Mensual vigente del orden del 1% real al año” El aumento del salario mínimo de 2024 que dispuso el gobierno nacional fue del 12.07%. dando a entender que ya comenzó a ratificarse la insostenibilidad de la reforma propuesta, aún con las recomendaciones del ministerio de hacienda. Salvo que para la implementación de esta reforma el gobierno actual pretende aumentar el salario mínimo a los colombianos en 2025, solo en 1%, lo cual no tendría cabida en la realidad.

⁹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-075 de 2022. M.P.

Este estimado o concepto de factibilidad que emitió el ministerio de hacienda, que no es un aval fiscal, ratifica que la reforma que es innecesaria, no tiene sustento financiero, la reforma es insostenible e inviable financieramente. En la respuesta de Hacienda de marzo de 2023, donde presenta las fuentes y gastos del sistema de salud, página 2, tabla 3, informa del déficit que trae la reforma, que solo para el año 2024 es de más de 1,2 billones, \$688 mil millones para 2025 y \$144 mil millones en 2026.

En la Tabla 3 se presentan las fuentes y gastos consolidados en las tablas previas.

Tabla 3. Fuentes y gastos del sistema de salud considerando la reforma (\$ mm constantes de 2023)

Gasto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Fuentes del Sistema de salud	87.907	93.072	99.186	102.876	105.994	109.335	112.581	115.834	119.436	123.162
Gasto con reforma a la salud	89.110	93.760	99.330	102.374	104.929	107.681	110.311	112.919	115.846	118.866

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP y Ministerio de Salud y Protección Social

Así las cosas, la reforma de entrada es insostenible e inviable ya que no se sujeta a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

En marzo de 2023, se estimó el costo de la reforma en los próximos 10 años en más de \$114 billones de pesos, en el estudio de factibilidad de noviembre de 2023, improvisado solo para poder cerrar el debate en la Cámara de Representantes, se sugiere un costo de \$67 billones, pero ello representa menos servicios de salud para los colombianos, aun así, disminuyendo servicios ¿de dónde saldrán esos recursos? En el sistema de salud actual, las EPS deben asumir todos los riesgos con cargo a la UPC y presupuestos máximos, el ciudadano está más protegido, su salud asegurada.

Una reforma que de entrada tiene déficit, no tiene fuentes de financiación claras y explícitas y terminará generando más pobreza en la población, si para implementarla es necesario otra tributaria, no es admisible, no es viable, es nuestro deber moral, ético, jurídico y político, votar negativamente.

19. CONFLICTOS DE INTERES

De conformidad con lo establecido en el Artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), el conflicto de interés se encuentra definido de la siguiente manera:

“Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista”.

A su vez, el artículo en comento define cada uno de los criterios que lo componen, a saber:

“a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

- b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil”.*

En contraste con ello, se establecen circunstancias en las cuales se considera que no existe conflicto de interés, como lo son:

- “a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.*
- b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
- c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*
- d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*
- e) Literal INEXEQUIBLE*
- f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos”.*

En lo que tiene que ver con el procedimiento a seguir, el artículo 287 de la Ley 5º antes referida establece la creación de un libro de registro de intereses que llevarán las secretarías generales de cada una de las Cámaras, documento en el que los/las congresistas deberán consignar aquella información que resulte relevante o susceptible de generar un conflicto de este tipo. De acuerdo con la norma:

“ARTÍCULO 287. REGISTRO DE INTERESES. <Artículo modificado por el artículo 2 de la Ley 2003 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> *En la Secretaría General de cada una de las Cámaras se llevará un libro de registro de declaración de intereses privados que tiene por objeto que cada uno de los congresistas enuncie y consigne la información que sea susceptible de generar un conflicto de interés en los asuntos sometidos a su consideración, en los términos del artículo 182 de la Constitución Nacional. El registro será digitalizado y de fácil consulta y acceso. En este registro se debe incluir la siguiente información:*

- a) *Actividades económicas; incluyendo su participación, en cualquier tipo de sociedad, fundación, asociación u organización, con ánimo o sin ánimo de lucro, nacional o extranjera.*
- b) *Cualquier afiliación remunerada o no remunerada a cargos directivos en el año inmediatamente anterior a su elección.*
- c) *Pertenencia y participación en juntas o consejos directivos en el año inmediatamente anterior a su elección.*
- d) *Una declaración sumaria de la información que sea susceptible de generar conflicto de intereses respecto de su cónyuge o compañero permanente y parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero, de afinidad y primero civil, sin que sea obligatorio especificar a qué pariente corresponde cada interés.*
- e) *Copia del informe de ingresos y gastos consignado en el aplicativo “cuentas claras” de la campaña a la que fue elegido.*

PARÁGRAFO 1o. *Si al momento de esta declaración del registro de interés el congresista no puede acceder a la información detallada de alguno de sus parientes deberá declararlo bajo la gravedad de juramento.*

PARÁGRAFO 2o. *El cambio que se produzca en la situación de intereses privados de los sujetos obligados deberá actualizarse; y si no se hubiera actualizado tendrá que expresar cualquier conflicto de interés sobreviniente”.*

Así mismo el artículo 291 de la ley en comento establece que:

“ARTÍCULO 291. DECLARACIÓN DE IMPEDIMENTO. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> *El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.*

Antes o durante la sesión en la que discuta el proyecto de ley, o de acto legislativo el congresista manifestará por escrito el conflicto de interés.

*Una vez recibida dicha comunicación, el **Presidente someterá de inmediato a consideración de la plenaria o de la Comisión correspondiente el impedimento presentado, para que sea resuelto por mayoría simple.***

Los Congresistas que formulen solicitud de declaratoria de impedimento no podrán participar en la votación en la que se resuelva su propio impedimento.

Si el impedimento resulta aprobado, tampoco podrá participar en la votación de impedimentos presentados por los otros congresistas.

Cuando se trate de actuaciones en Congreso Pleno o Comisiones Conjuntas, el impedimento será resuelto previa votación por separado en cada cámara o Comisión.

Las objeciones de conciencia serán aprobadas automáticamente. Los impedimentos serán votados. Para agilizar la votación el presidente de la comisión o la plenaria podrá agrupar los impedimentos según las causales y las circunstancias de configuración, y proceder a decidirlos en grupo respetando la mayoría requerida para la decisión de los impedimentos.

El Congresista al que se le haya aceptado el impedimento se retirará del debate legislativo o de los artículos frente a los que estuviera impedido hasta tanto persista el impedimento. Si el impedimento es negado, el congresista deberá participar y votar, y por este hecho no podrá ser sujeto de investigación o sanción por parte de los órganos judiciales o disciplinarios del Estado.

Cuando el congresista asignado como ponente considera que se encuentra impedido, podrá renunciar a la respectiva ponencia antes del vencimiento del término para rendirla”. (Énfasis añadido)

En el evento en que un congresista no haya comunicado de manera oportuna a las Cámaras legislativas el posible impedimento en el que pueda estar inmerso, podrá ser recusado/a ante aquellas, solo si se configuran las circunstancias descritas en el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992. De ello se dará traslado a la Comisión de Ética y Estatuto del Congresista de la respectiva Corporación para que emita una decisión. Así lo establece el artículo 294 de la Ley 5ª, a saber:

“ARTÍCULO 294. RECUSACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 5 de la Ley 2003 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> *Quien tenga conocimiento de una causal de impedimento de algún Congresista, que no se haya comunicado oportunamente a las Cámaras Legislativas, podrá recusarlo ante ellas, procediendo únicamente si se configura los eventos establecidos en el artículo 286 de la presente ley. En este evento se dará traslado inmediato del informe a la Comisión de Ética y Estatuto del Congresista de la respectiva Corporación, **la cual dispondrá de tres (3) días hábiles para dar a conocer su conclusión**, mediante resolución motivada. La decisión será de obligatorio cumplimiento.”.*

Ahora bien, el Consejo de Estado ha indicado en reiterada y pacífica jurisprudencia que la “temporalidad” en el marco del conflicto de intereses resulta de vital importancia para analizar si se configura o no tal impedimento. Al respecto ha indicado lo siguiente:

“En los eventos en que el interés no es actual, es decir, cuando no se ha adquirido y por tanto no puede afectarse, no es viable inferir la existencia de un interés personal y concreto que comprometa la imparcialidad. Ahora bien, de manera obvia, ante la ausencia de interés directo y actual, no puede afirmarse que la decisión afecte de cualquier manera -a favor o en contra-, al congresista o sus parientes o socios.

La anterior apreciación jurídica permite concluir que el conflicto de interés debe originar un beneficio real no uno hipotético o aleatorio. Además, supone que el acto jurídico resultante de

la concurrencia de la voluntad de los congresistas, tenga por sí mismo la virtualidad de configurar el provecho de manera autónoma, esto es, que no se requiera de actos, hechos o desarrollos ulteriores ara cristalizar el beneficio personal”⁹⁵. (Énfasis añadido).

A su vez, frente a la “particularidad” del posible interés que alegue un congresista, dicha Corporación también ha establecido que:

“El conflicto de intereses, ha insistido el Consejo de Estado, ocurre cuando el beneficio obtenido por el congresista con la aprobación del proyecto de ley no pueda ser catalogado como general, sino de carácter “particular, directo e inmediato”. El beneficio obtenido por el congresista con el proyecto de ley es “particular” cuando la norma le atribuye un derecho exorbitante, de rango superior, que pugna con el principio de igualdad que ampara a todos los colombianos en el disfrute de sus derechos en el Estado Social de Derecho. El interés es directo cuando la norma parece tener nombre propio y beneficia, de una manera singular y excepcional, a un congresista o a unos congresistas determinados y no a otros congresistas, ni a ninguna otra persona. El interés es inmediato cuando, sin necesidad de regulaciones complementarias ni de procedimientos especiales, la futura aplicación de la ley le reporta al congresista, automáticamente, beneficios o ventajas especiales”⁹⁶.

Es preciso afirmar que no se configuran los beneficios particular, actual y directo de los que trata el artículo 286 de la ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la ley 2003, según los cuales se debe conformar que i) la decisión pueda afectar de manera positiva mediante la asignación de un beneficio económico, privilegio, ganancia económica, ii) de manera directa al congresista de la república, su cónyuge o compañera/o permanente o sus parientes hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad o primero civil, iii) de manera actual y concreta al momento de la discusión y votación del proyecto, es decir, que no se trate de una ganancia futura o hipotética.

Así las cosas, en el evento en que un congresista considere que se encuentra inmerso en un conflicto de intereses, respecto del presente proyecto de reforma pensional, tendrá que analizarse si el o los artículos sobre los cuales presuntamente existiría el conflicto de intereses, le benefician o le afectan de una manera desproporcionada en relación con la demás población.

No obstante, si por algún evento algún congresista considera que en su situación existen elementos diferenciadores que configuren un impedimento para continuar con el trámite legislativo, dicha persona ha de dar a conocer sus circunstancias particulares de manera que el honorable Congreso determine si en efecto existen o no criterios para apartarle de la discusión y votación de uno o más artículos del proyecto en mención.

⁹⁵ Consejo de Estado. Concepto de la Sala de Consulta y Servicio Civil del 28 de abril de 2004. Consejero Ponente: Flavio Augusto Rodríguez Arce.

⁹⁶ Sobre el concepto de “interés particular” en el contexto del conflicto de intereses, Consejo de Estado, Sala Plena de lo

20. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, proponemos a los Honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, **ARCHIVAR** el proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.

Cordialmente,

SENADORES PONENTES

LORENA RÍOS CUÉLLAR

SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO COLOMBIA JUSTA LIBRES

NADIA BLEL SCAFF

SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CONSERVADOR

ALIRIO BARRERA

SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO

MIGUEL ÁNGEL PINTO

SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO LIBERAL

BERENICE BEDOYA

SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO ASI

SENADORES COMISIÓN SÉPTIMA QUE ACOMPAÑAN ESTA PONENCIA

HONORIO HENRIQUEZ

SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO

JOSÉ ALFREDO MARÍN

SENADOR DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CONSERVADOR