



¿HACIA DÓNDE DEBE IR EL SISTEMA DE SALUD?



FUNDACIÓN
CARLOS LLERAS RESTREPO

Centro de Estudios Políticos y Económicos

Tabla de contenido

1.	Introducción	01
2.	Palabras Germán Vargas Lleras	04
3.	Logros y retos del sistema de salud colombiano	07
4.	¿Hacia dónde debe ir el Sistema de Salud?	16
	4.1. Los pacientes: eje central del sistema de salud	20
	4.2. Aseguramiento	25
	4.3. Prestación del servicio	31
	4.4. Financiamiento y sostenibilidad del sistema de salud	35
	4.5. Talento Humano en Salud	41
	4.6. Academia y hacedores de política	44
5.	Conclusiones	47

1.

Introducción

En los meses de abril y mayo de 2024, la Fundación Carlos Lleras Restrepo organizó una serie de foros con el propósito de analizar los principales avances, hitos y desafíos, así como determinar los elementos a tener en cuenta para una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La pregunta motivadora resultaba aparentemente simple **“¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud?”**.

Si bien existe un consenso generalizado sobre la necesidad de una reforma al sistema de salud, las características de esta reforma han sido objeto de intenso debate. La administración del presidente Gustavo Petro presentó un proyecto de ley y propició una crisis explícita al interior del sistema como mecanismo de presión legislativo y ciudadano para su aprobación. Sin embargo, ante la ausencia de un consenso político, técnico y social la iniciativa legislativa fue archivada en tercer debate por la Comisión VII de Senado.

En consecuencia, el objetivo principal de los foros fue promover una discusión técnica que considerara la perspectiva territorial y la visión de los distintos actores que hacen parte del Sistema de Salud, que permitiera dilucidar los avances del sistema durante los últimos 30 años, así como sus retos y desafíos, con el propósito de identificar los hitos relevantes para avanzar en su reforma. Los foros se desarrollaron a manera de paneles y exposiciones y contaron con la presencia de expertos técnicos y académicos, congresistas, hacedores de política, así como la perspectiva de los pacientes, el talento humano en salud, los prestadores y gremios.

En particular, los foros generaron un espacio de discusión que permitió determinar, a partir de un diagnóstico integral de los logros y retos del sistema, las oportunidades de mejora y la dirección hacia la cual debe evolucionar el sistema de salud de Colombia. Así, las conclusiones de estos encuentros constituyen un insumo indispensable para la discusión legislativa que se avecina.



"No hay una reforma más importante, no existe, que la reforma a la salud o que el eje salud, incluso para los expertos. Un régimen de transición dada la posible aprobación de una reforma tendría consecuencias entre 10 y 15 años en el tiempo, que equivalen a vidas humanas".

Carlos Julio González – Senador de la República.

Este documento presenta un resumen general de las discusiones, conclusiones y recomendaciones en el marco de los foros organizados por la Fundación Carlos Lleras Restrepo en las ciudades de Bogotá D.C, Cali, Barranquilla y Neiva entre el 11 de abril y el 16 de mayo de 2024.



"Enfrentar una de las tareas que hemos tenido en el congreso tal vez de las más difíciles en los últimos años, tratar de salvar el sistema de salud en el país y no destruirlo como pretendía la Reforma que presentó el gobierno Gustavo Petro"

Carlos Fernando Mota Senador de la República





2.

Palabras

+ Germán Vargas Lleras

+ DEFENDEMOS UN SISTEMA DE SALUD SENSIBLE, EFICIENTE Y SOSTENIBLE.

Sabemos que hay que introducir mejoras al sistema de salud, es evidente que no es perfecto. No hay duda de que es urgente fortalecer los servicios de salud en los lugares más apartados. También hay que multiplicar la inversión en los hospitales públicos y convertir a la Superintendencia de Salud en la más técnica y estricta agencia del Estado para garantizar que las EPS, y en general todo el sistema, cumplan y hagan la mejor utilización de los billonarios recursos de que disponen.

Pero otra cosa muy distinta es pretender acabar con el régimen de aseguramiento, que hoy cubre al 99 % de los colombianos. Acabar con la gestión del riesgo en lo financiero y operativo, con el control del gasto y su racionalidad y con las redes potentes y extendidas de servicios que hoy tienen. Tampoco podemos eliminar el derecho de cada colombiano a elegir y vincularse a la entidad que quiera, a la que le preste el mejor servicio. Ni acabar con la medicina prepagada, los planes complementarios y los copagos, pues además el sistema dejaría de recibir más de 1,5 billones al año.

El sistema de salud demanda reformas y la introducción de trascendentales mejoras, pero sobre el principio de mantener los importantes avances alcanzados en los últimos 30 años.

Debemos buscar el fortalecimiento de la atención primaria, los servicios básicos del primer nivel y avanzar en la territorialización a través de redes mixtas que presten los servicios con la creación de modelos de atención integrales y diferenciados por territorios mediante la constitución de las redes integrales e integradas de servicios para la atención, en las que los pacientes tendrán un prestador primario que estará integrado a una red integral de servicios de salud en la que estarán los prestadores complementarios.

Promovemos la prevención como eje del sistema mediante la habilitación de la figura del médico de familia, con capacidad resolutoria y que se convierte en la puerta de entrada al sistema. Además, es

necesario ordenar la integración vertical, implementar a cabalidad la Ley de Punto Final que no se ha cumplido y materializar los giros directos que hasta ahora han sido un fracaso.

Es importante terminar con la intermediación laboral de médicos, enfermeras y auxiliares para impedir que sus derechos laborales se vean afectados, como ocurre hoy en día y lograr que las mujeres del régimen subsidiado tengan por primera vez subsidio de maternidad, con licencia remunerada.

Por otra parte, nos preocupa la formación de especialistas. Hay que formar pronto no menos de 5.000 y ponerle fin a ese selecto club al cual solo ingresan dos alumnos por especialidad y hospital cada semestre. Y, por supuesto, hay que contribuir a construir y adecuar en mejor forma los hospitales de la red pública nacional en más de 600 municipios que carecen de adecuados servicios.

Es claro que el modelo que propone el gobierno del "cambio" pone en riesgo la prestación de servicios para la mayoría de los colombianos y la sostenibilidad financiera del sistema, pues fragmenta la atención en salud y no establece un responsable integral de los afiliados al sistema. Las EPS quedan con certificado de defunción expedido a dos años, y el sistema de aseguramiento desaparece. Todo se estatiza y se pone en cabeza de la ADRES, un fondo único pagador con fondos cuenta territoriales. La administración de todo el sistema será desbordada, pues no tendrá las capacidades mínimas para garantizar sus roles operativos. Con el nuevo modelo el Estado define la política, la regula, define tarifas, se contrata, presta los servicios, se audita, se paga y se vigila.

El riesgo financiero lo asume en su totalidad el Estado, generando un descomunal problema fiscal, y tampoco se contemplan mecanismos para regular el gasto. No hay claridad de cómo se financiarán las nuevas infraestructuras, el plan nacional de equipamientos, las becas, los sistemas de información y la formalización de los trabajadores. Pero más aún, no se consideran los riesgos contingentes de pasarse a un modelo de oferta que demandaría hasta 5 veces más recursos que los que hoy financian el sistema. La transición propuesta no es viable ni en tiempos ni en recursos. Preocupan los cerca de 100.000 empleos que se pueden perder, y la continuidad y financiación de las atenciones a los 8 millones de colombianos con enfermedades crónicas y de alto costo.

No podemos dejar que sea estatizado el sistema salud, tampoco podemos regresar a lo que era el Seguro Social, no permitamos que los alcaldes y gobernadores manejen los recursos de la salud, contratando redes, comprando medicamentos y tramitando cuentas de cobro. No dejemos que nos capturen políticamente utilizando la salud como instrumento de control electoral, como lo van a hacer con las pensiones.

Lo que Colombia necesita es un sistema sensible, eficiente y sostenible, ágil en la tramitación de citas, tratamientos y medicamentos. Una Adres que sea el banco de la salud, que audite y que pague oportunamente las cuentas, que maneje sistemas confiables de información y ejerza un estricto control de los recursos públicos. Y una Superintendencia fortalecida que asuma el saneamiento del sistema e impida que se repitan prácticas corruptas en el conjunto del sistema.

Todo esto se puede conseguir sin liquidar un sistema que es ejemplo en el mundo y sin saltar al vacío asumiendo riesgos innecesarios y hasta ahora no bien calculados.

Germán Vargas Lleras

¿HACIA DÓNDE DEBE IR EL SISTEMA DE SALUD?



FUNDACIÓN
CARLOS LLERAS RESTREPO
Centro de Estudios Políticos y Estratégicos



3.

Logros y retos del sistema de salud colombiano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el mayor logro social de los últimos 30 años. Para entender a cabalidad los logros del sistema, es necesario hacer un recuento histórico de los avances normativos y de la jurisprudencia, así como de los efectos que estos han tenido.

La Constitución Política de 1991 estableció la seguridad social como un servicio público obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y prestada por entidades públicas y privadas.

Antes de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud se caracterizaba por ser altamente segmentado, inequitativo y con baja cobertura. El acceso a los servicios dependía del empleo y la capacidad de pago de los individuos, con una cobertura inferior al 30% de la población. Mientras los trabajadores públicos y formales contaban con cobertura de seguridad social a través de la Caja Nacional de Previsión Social o del Instituto de Seguros Sociales, y las personas con capacidad de pago tenían acceso a través de seguros privados; los trabajadores informales, desempleados y la población pobre y vulnerable dependía de una infraestructura pública que prestaba servicios de baja calidad o de organizaciones de caridad y beneficencia.

Para 1993, el gasto de bolsillo en salud, es decir, los pagos directos que debían hacer los hogares para acceder a servicios de salud porque no estaban cubiertos por un seguro o un tercer pagador, ascendía al 44% del gasto total en salud, lo que evidencia, una carga desproporcionada para los hogares y una ausencia de solidaridad, pues no existían mecanismos efectivos de redistribución que permitieran un mejor acceso a las personas con mayores necesidades de salud y bajos ingresos.

La estructuración del sistema de salud alrededor del aseguramiento nació con la Ley 100 de 1993, que determinó que la población, en función de su capacidad de pago, estaría clasificada en regímenes (contributivo y subsidiado) y afiliada a Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes, a cambio de una prima denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), garantizarían un conjunto de servicios y tecnologías en salud a sus afiliados.

La Sentencia T-760 de 2008 marcó un hito importante para el sistema, al establecer la salud como un derecho fundamental autónomo y ordenar la igualación de los planes de beneficio de los regímenes contributivo y subsidiado. Posteriormente, la Ley Estatutaria de la Salud, Ley 1751 de 2015, estableció mecanismos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y estableció sus límites. De manera particular, se estableció un plan de beneficios implícito, esto es, la población tenía acceso a la totalidad de servicios y tecnologías en salud autorizados en el país excepto aquellos que fueran expresamente prohibidos. De manera general, se prohibieron los tratamientos experimentales o que no contaran con estudios de seguridad y eficacia, así como los puramente estéticos.



“Nosotros logramos la universalidad en la afiliación. Sí, claro, progresiva, la universalidad en el aseguramiento. Logramos reducir las brechas de los derechos de la población en el acceso a los servicios de salud, no en la efectividad del acceso, pero sí la brecha en el sentido de que igualamos los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Nosotros logramos todo el tema de la reducción del gasto de bolsillo, especialmente en las poblaciones con mayor frecuencia de uso del sistema. Es decir, las personas que consultan de manera frecuente por una patología básica están exentas de cuota moderadora y quienes tienen una afectación de una patología crónica, huérfana, etcétera, están exentos de copagos al sistema de salud. Eso es gasto de bolsillo”.

Gustavo Campillo - Presidente de Fundación RASA y Vocero de Pacientes Colombia.

El principal logro del sistema ha sido el incremento progresivo de la afiliación y acceso a los servicios de salud. Según cifras del Ministerio de Salud, en 1995 menos del 30% de la población estaba cubierta por el sistema de salud. En la actualidad, se considera que **el sistema tiene cobertura universal pues más del 99% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Aunado al incremento en la cobertura, **se destaca el incremento en la esperanza de la vida de la población**, de alrededor de 69 años en 1993 a 76 años en 2019. Aunque este logro no es resultado exclusivo de las mejoras en el sistema de salud pues debe considerar los avances en cobertura de servicios públicos y saneamiento básico, entre otros, resulta innegable su contribución. Así mismo, es importante destacar la **reducción en la mortalidad infantil y materna** que se asocian a

los programas de atención prenatal, vacunación y cuidado neonatal y la obligatoriedad de implementación de la Ruta de Atención Materno Perinatal.

Por otra parte, **los desarrollos normativos y jurisprudenciales han fortalecido los principios de equidad y solidaridad en el Sistema de Salud.** Esto se refleja en la igualación de los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y contributivo, el reconocimiento de beneficiarios, sin importar el tamaño de la familia y avances en el acceso a servicios y tecnologías para enfermedades raras.

Así mismo, **el Sistema General de Seguridad Social en Salud se destaca por su solidaridad.** El régimen contributivo se financia principalmente con contribuciones parafiscales a cargo de empleadores, empleados y trabajadores independientes, así como con un porcentaje del impuesto de renta que pagan las empresas. Por su parte, el régimen subsidiado se financia principalmente a través de transferencias del gobierno nacional y de las entidades territoriales. Así, quienes más ganan contribuyen en mayor medida a la financiación del sistema de salud.

Nótese que el monto de las contribuciones es independiente a los beneficios esperados, pues la totalidad de los colombianos tienen acceso a un plan de beneficios equivalente sin importar el régimen al que estén afiliados, su carga de enfermedad o las contribuciones que realizan.



“Esa seguridad social, ese derecho individual, ¿en qué está representado para nosotros, para todos? Está representado en tener nosotros un valor igual para todo el sistema, donde una persona de estrato seis de 44 años vale lo mismo que una persona de estrato uno que no tiene capacidad de pago. Es solidario independientemente del tamaño de la familia y esos logros sociales creo que hay que defenderlo. Todo esto significa protección financiera para los hogares. Hoy ya una familia no se quiebra por tener un episodio de cáncer o una enfermedad huérfana, etcétera, y creo que eso es lo principal”.

Carmen Dávila – Exviceministra de Protección Social.

Si bien la Ley 100 de 1993 únicamente consideró la provisión de los servicios y tecnologías que hacían parte del Plan Obligatorio de Salud (POS), decisiones judiciales, especialmente acciones de tutela, incrementaron la cobertura de tecnologías en el sistema. Posteriormente, **la equiparación de planes de beneficios entre regímenes, así como la obligación de actualizar integralmente el plan de beneficios** en salud cada dos años establecido en la Ley 1438 de 2011 y el plan de beneficios implícito de la Ley 1751 de 2015 han generado una **ampliación progresiva de los servicios y tecnologías en salud a que tiene derecho la población colombiana.**

Adicionalmente, **el sistema de salud ha permitido una adecuada protección financiera de los hogares.** La cobertura para el total de patologías, especialmente aquellas de alto costo, ha evitado que las familias incurran en gastos ruinosos para poder costear la atención en salud; la inclusión de nuevos servicios y tecnologías cubiertos por el sistema, así como el incremento en la cobertura ha generado una disminución importante del gasto de bolsillo que pasó de 47% del gasto total en 1993 a 14% en 2001, el más bajo de la región. Por último, se destaca el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria. En la actualidad, varios de los hospitales colombianos se encuentran entre los mejores de Latinoamérica y del mundo.



“Pero yo agregaría también algunos elementos, y es proteger, independiente de cualquier cambio que haya en el sistema, proteger ese avance grandioso que hemos tenido, que es la protección financiera que hemos ganado la población en Colombia y especialmente los pacientes de enfermedades raras, que hoy en día incluso somos exentos de copagos y cuotas moderadoras. Nuestro gasto de bolsillo en Colombia es uno de los más bajos de América Latina y no podemos perder eso porque esa es la protección de la economía de las familias”.

Diego Gil – Presidente de la Federación Colombiana De Enfermedades Raras (FECOER).

En conclusión, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha permitido el desarrollo de la seguridad social de acuerdo con los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En cuanto a los retos del sistema, existe consenso sobre varios elementos. En primer lugar, **existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud entre las zonas rurales y urbanas en el país.** La mayor parte de los prestadores y especialistas se concentran en las ciudades grandes e intermedias; en zonas rurales o dispersas apenas se prestan servicios de primer nivel de complejidad. La frecuencia de uso de los servicios de salud muestra alta heterogeneidad por zonas geográficas.



“Nuestro sistema de salud está hecho para dar una excelente atención en ciudades, pero tiene unas debilidades muy importantes para brindar esa misma calidad de atención en las zonas rurales y en las zonas rurales dispersas. Eso es un problema de estructura, no lo podemos negar”.

David Scott - médico cirujano PhD y decano de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Costa.

En lo relacionado con el talento humano en salud, existe un elevado déficit de médicos, médicos especialistas y otros profesionales de la salud. Para 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que en Colombia había 2,4 médicos por cada 1.000 habitantes, bastante por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que en 2019 era de 3,4. En particular, **el déficit de especialistas explica la falta de oportunidad en la atención** e incrementa el número de quejas y tutelas en el sistema.



“No hay duda de que nosotros tenemos un déficit de talento humano en Colombia (...). Si ustedes revisan los problemas de las tutelas, el principal problema es un problema de acceso, ¿sí? Y cuando uno caracteriza el problema de acceso, encuentra en la capacidad de dar citas de manera oportuna a los especialistas. Y eso no se corrige tratando de hacer una mejor gestión o tratando de buscar tecnologías para desarrollarlo si no tenemos la capacidad desde el talento humano para dar respuesta a estos elementos.

Vale la pena rápidamente compararnos. Y, entonces, alguien decía: comparemos contra el club, la OCDE. Y mientras, por ejemplo, Noruega tiene cinco médicos y 18 enfermeras [por cada 1.000 habitantes], que la relación también es importante, ¿cierto?, Colombia tiene dos y 1.8. Dos médicos y 1.8 enfermeras [por cada 1.000 habitantes]. Es más, es el único país que tiene la razón invertida. En todos los países hay menos médicos que enfermeras. Colombia tiene más médicos que enfermeras profesionales. Y ese tema creo que es un tema que amerita hacer un debate interesante”.

Rolando Enrique Peñaloza – Líder del grupo de investigación, Política y Economía de la Salud – Universidad Javeriana.

Sin embargo, **el mayor reto del Sistema de Salud está relacionado con la financiación y sostenibilidad.** El aumento en la cobertura poblacional, el incremento en los servicios prestados, la innovación tecnológica y el envejecimiento de la población generan costos crecientes para todos los sistemas de salud. En general, los sistemas de salud a nivel mundial enfrentan tensiones entre gastos crecientes y recursos limitados.

Este fenómeno de carácter estructural **se ha intensificado en un escenario de post pandemia**, caracterizado por aumentos de frecuencia y severidad, probablemente derivados de represamientos en la atención y/o de un mayor progreso de ciertas patologías que no tuvieron seguimiento adecuado durante la emergencia sanitaria.

De igual manera, el envejecimiento y cambio en los hábitos de la población ha conllevado al aumento en enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo, diabetes e hipertensión, lo que requiere mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico temprano y manejo integral e incorporar ponderadores de riesgo para evitar la selección de riesgo por parte de los aseguradores.

En los últimos años, a las presiones de sostenibilidad financiera de carácter estructural se añaden presiones coyunturales que podrían tener consecuencias definitivas sobre el sistema. Entre 2022 y 2024 los recursos asignados al sistema han sido insuficientes para financiar la totalidad de servicios y tecnologías de salud prestados. **La siniestralidad de la UPC, es decir, el gasto en salud como porcentaje de la prima que reciben las EPS es superior al 100%.**

Aunque no es posible determinar si la insuficiencia de recursos obedece a un plan predeterminado o a limitaciones metodológicas para anticipar el crecimiento en frecuencias y severidad del sistema, las declaraciones del gobierno nacional, en lo relacionado con la necesidad de generar una crisis explícita para que la población entendiera la necesidad de una reforma no hace sino incrementar las sospechas.

Como si fuera poco, el gobierno nacional se niega a reconocer la insuficiencia como mecanismo de presión política, lo que podría tener un efecto sistémico. La acumulación de pasivos en los aseguradores podría generar, a su vez, el cese en la prestación de servicios de salud por la incapacidad de los prestadores de asumir los costos de la prestación. **Así mismo, el Ministerio de Salud ha tomado decisiones de política que han privilegiado otro tipo de gasto, como la financiación de infraestructura o de equipos básicos en salud, lo que ha profundizado la crisis financiera del sistema.**



“Lo que está sucediendo con la reforma [al sistema de salud, propuesta por el gobierno Nacional], que no ha podido ser aprobada pero que están tratando de impulsar por la derecha, es que con la plata que hoy tenemos están haciendo cosas que no deberían hacer, como por ejemplo los equipos básicos, y lo que se están gastando la plata de la salud de las enfermedades de alto costo. Se están gastando la plata de otro tipo de patologías en unas actividades que, si bien son necesarias, no podían ser utilizadas con ese dinero”.

Alma Solano – Exsecretaria de salud del departamento del Atlántico.

Por otra parte, es necesario discutir sobre **los límites de cobertura que el contrato social puede y debe cubrir**. Esto implica no solo evaluar la corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado y promoción de la salud, la necesidad de diseñar un sistema nacional de cuidado que considere fuentes adicionales para la financiación de los servicios sociales complementarios y evaluar los mecanismos de puerta de entrada para garantizar costo eficiencia en los nuevos tratamientos disponibles para la población colombiana.



"Colombia se gasta 250 dólares por persona al año. Estados Unidos se gasta 12.650. Y el sistema de salud colombiano es muchísimo mejor que el de Estados Unidos (...). Yo estoy convencido de que tenemos algo muy importante que hemos construido, pero el aseguramiento como está no es viable con la plata que tenemos. Pero, otra vez, el contrato social, con esos 250 dólares, ¿qué vamos a cumplir? ¿Qué vamos a cubrir y qué no? ¿Y quién va a dar esa pelea?"

Y son temas tan difíciles como esto: si usted es una persona que fumó durante 50 años y a los 80 años le da un cáncer de pulmón, ¿usted debería recibir un trasplante de pulmón? Sí o no. Y esa decisión no la toma una EPS, la tiene que tomar la sociedad. Y que diga, usted no debe recibir un trasplante de pulmón porque ya vivió 80 años y porque fumó toda la vida. Pero ese es el diálogo que no hemos tenido y que lo hemos intentado hacer como a los guarapos".

Gabriel Mesa – Expresidente de Sura.

Finalmente, existen desafíos administrativos y operativos, particularmente en la interoperabilidad de la información, que ha afectado los procesos de calidad y ha tenido un impacto negativo en la representatividad de las muestras utilizadas para estimaciones de la prima de riesgo.



“Lo primero, deberíamos tener unos registros administrativos con los registros regulares de la atención. Estos deberían estar unidos a la facturación, como se ha mencionado, de tal manera que no debería implicar un esfuerzo adicional para ello. Lo segundo es la cobertura de esa información, de tal manera que ha venido decreciendo y eso hace que no tengamos una buena representatividad de la variabilidad del gasto en salud y que represente como tal las regiones y lo que está pasando.

Con relación a la calidad, se requiere que sea oportuna, en tiempo real, como lo decía el señor contralor. Es importante que podamos tener la información ya para una toma de decisiones oportuna, que sea integrada, que las distintas bases de datos se conversen, que las unidades sean estandarizadas porque tenemos distintas formas de pago. Tenemos una codificación para lo que es el evento, más no para lo que son paquetes y otras formas prospectivas que pueden hacer que tengamos unas desviaciones o desviaciones estándares superiores a dos y que puedan reflejar lo que hoy está pasando en Compensar y que siempre ha pasado con distintas EPS y que pueden tener alguna explicación en la codificación, soporte en la facturación y talento humano”.

Mary Bolívar – Consultora del Banco Mundial. Exsuperintendente de salud.



“De 160 mil médicos hay 40 mil con especialización, en Cauca estamos entre el 12 y el 17 % de especialistas. Debemos redoblar esfuerzos en materia de Estado, una reforma que debe hacerse desde abajo hacia arriba desde las regiones. Necesitamos ponernos en los zapatos de un ciudadano que vive en la ruralidad y que la red no le está brindando garantías. A través de incentivar la educación superior la posibilidad de tener una política de choque. Es la propuesta de la reforma que presentamos desde Cambio Radical”.

Oscar Campo Hurtado – Representante a la Cámara



4.

¿Hacia dónde debe ir el Sistema de Salud?



"Decía Jonas Salk, el médico que lideró el equipo que descubrió la vacuna contra la polio, nuestra más grande responsabilidad es ser buenos ancestros. Y ser buenos ancestros no es ganar una pelea, es construir un sistema en el que cuando yo me vaya a morir esté orgulloso y diga valió la pena todas las idas a Bogotá para hacer todo lo que hicimos."

Gabriel Mesa – Expresidente de Sura.

Los foros organizados por la Fundación Carlos Lleras Restrepo en las ciudades de Bogotá D.C., Cali, Barranquilla y Neiva tenían una pregunta motivadora común: **"Hacia dónde debe ir el sistema de salud?"**.

Esta pregunta, aparentemente sencilla, encierra complejidades técnicas y políticas y su respuesta puede abordarse desde varias dimensiones: por un lado, desde los hitos o componentes del sistema (por ejemplo, la prestación o el aseguramiento); por otro, desde las visiones de los diferentes actores que hacen parte del sistema de salud.

Entender la visión actual y de largo plazo de cada actor nos permite acotar los problemas y retos que enfrentan cada día, tanto a nivel nacional como territorial, y contar con un diagnóstico objetivo y de primera mano de los directos involucrados.

Esto es crucial porque **todo proyecto de reforma requiere diagnósticos precisos sobre los retos, necesidades y mecanismos de solución** que respondan efectivamente a los problemas identificados y que se traduzcan en mejoras efectivas en la prestación, acceso, calidad y sostenibilidad del sistema.

Así, es importante realizar análisis técnicos y evitar caer en sesgos protuberantes y falacias de pruebas incompletas que generen diagnósticos y soluciones equivocadas. De manera particular, **el proyecto de ley presentado por el gobierno nacional y archivado por la Comisión VII del Senado parte de un diagnóstico parcializado que minimiza los logros del sistema y tiene como objetivo principal lograr que la Nación asuma el control de los recursos** más que solucionar las problemáticas del sistema. Como si fuera poco, el gobierno nacional ha manifestado que radicará un nuevo proyecto de ley con las mismas características esenciales del que fue archivado.

En este sentido, la participación del partido Cambio Radical en los foros resulta crucial, no solo porque brinda una perspectiva política desde la rama legislativa sino también porque desde hace varias legislaturas ha presentado una serie de iniciativas de reforma al sistema de salud de **carácter estatutario**. Esto quiere decir que **Cambio Radical ha analizado con rigor los retos del sistema y ha promovido reformas que permitan mejorar la oportunidad, el acceso y la calidad del Sistema de Salud**.

Las soluciones propuestas por Cambio Radical incluyen límites más estrictos a la integración vertical, incrementar el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mejorar la inversión en la infraestructura hospitalaria pública, promover la formalización laboral del talento humano en salud e incrementar el número de especialistas. Aunque **estas propuestas, en principio, se alinean con la reforma radicada por el gobierno nacional, persisten diferencias profundas frente a la organización del sistema** (i.e., aseguramiento vs. estatización), el rol de los agentes privados, y la gobernanza, entre otros.

Los foros revelaron un consenso sobre la necesidad de una reforma al sistema de salud planificada, dialogada y consensuada entre los distintos actores, que permita aprovechar los aprendizajes acumulados en los últimos 30 años y que, en caso de ser necesario, considere un período de transición suficientemente amplio para lograr generar las capacidades que requieren los actores para acoplarse a sus nuevas funciones y que nos permita, como sociedad, alcanzar la quíntuple meta, es decir, un sistema con: **1.) mejores resultados en salud; 2.) alta satisfacción de los usuarios y experiencia de atención en salud; 3.) más eficiente, esto es que permita o bien incrementar los resultados en salud con los costos actuales o disminuirlos; 4.) incremente el bienestar del talento humano en salud; y 5.) que sea más equitativo y supere la heterogeneidad en el acceso entre zonas rurales y urbanas.**

Sin embargo, existe también un amplio consenso en que el aseguramiento social de que trata la reforma que promueve el gobierno nacional es un eufemismo, pues no constituye un mecanismo de aseguramiento como tal y podría generar incentivos perversos que atentan contra la sostenibilidad del sistema y la calidad de la atención. No es necesario rediseñar por completo el sistema de salud, sino más bien **se insiste en la necesidad de “construir sobre lo construido”, aprovechando las capacidades actuales, que incluya la posibilidad de modelos diferenciales para cada territorio.**

La reforma propuesta por el gobierno nacional niega los avances acumulados en capacidades e institucionalidad, reproduce experiencias fallidas en el pasado y fragmenta la atención por niveles de complejidad en detrimento de la integralidad en la atención.



"Transferir el riesgo al Estado es que los pacientes queden a merced del presupuesto público y va a pasar lo que ya hemos oído hoy de parte del director de la ADRES. Cuando le cobran los presupuestos máximos, dice: "¿yo qué hago? No tengo presupuesto".

Recordemos que esos presupuestos máximos son para pagar los tratamientos de las personas más enfermas, los más vulnerables de todos. Y esa es la respuesta que hemos recibido los colombianos, esa es la respuesta que hemos recibido todos: "No hay plata. ¿Qué puedo hacer? No hay presupuesto". A eso es lo que más les temen los pacientes y los usuarios, con quienes he venido trabajando a lo largo de mi vida profesional de más de 30 años en el sector público, escuchándolos. No pueden quedar a merced del presupuesto público. No puede ser posible que les quiten algo que hoy tienen. El derecho se ha venido consolidando a través de la misma tutela que han interpuesto desde que arrancó la Ley 100. Los pacientes se ha venido consolidando por los esfuerzos que todos los gobiernos, sin excepción, han hecho. Se ha venido consolidando con la ley estatutaria de salud que se aprobó en el año 2015. Todos vamos a perder algo. Entonces, claramente, no estoy de acuerdo en que se transfiera el riesgo al Estado porque vamos a perder. Lo que se quiere aquí es hacer un sistema nacional de salud público y engañar a toda la población diciendo que tenemos un supuesto aseguramiento social."

Carmen Dávila – Exviceministra de Protección Social.

Como si esto fuera poco, **la institucionalidad propuesta por la reforma planteada por el gobierno nacional carece de las capacidades necesarias para llevar a cabo sus funciones.** A manera de ejemplo, considérese que la ADRES ha sido incapaz de finalizar los pagos del Acuerdo de Punto Final, que cubre los servicios y tecnologías no financiados con la UPC prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, y no ha logrado realizar a cabalidad las auditorías de reclamaciones SOAT de las últimas dos vigencias. En ese contexto, hay preocupaciones genuinas sobre la capacidad de esta entidad para auditar los más de 1.000 millones de atenciones anuales en el sistema de salud.

Así mismo, el gobierno nacional ha sido incapaz de construir un manual tarifario para el sistema o de implementar un sistema de información interoperable, elementos que, según el Ministerio de Hacienda, serían requisitos mínimos e indispensables, sin los cuales la reforma propuesta por el gobierno significaría un riesgo fiscal inconmensurable. Desde el punto de vista del acceso a los servicios, la experiencia reciente en el sistema de salud del magisterio colombiano ilustra los peligros de implementar cambios en el sistema de salud sin la preparación requerida. En consecuencia, **cualquier reforma al sistema de salud debe considerar una transición suficientemente amplia.**



“La Ley 100 tardó más de 10 años haciéndose transición y aquí se propone que solamente en dos años se logre una transición, algo que sabemos que no se va a poder alcanzar. Igualmente, en lo que respecta al talento humano, no hay una política efectiva de cómo hacer incrementar ese talento humano para que pueda cumplir con la función que se desea”.

Carlo Vinicio Caballero – Médico Internista Reumatólogo, Expresidente de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología y Expresidente de la Asociación Colombiana de Reumatología.

Como se mencionó con anterioridad, la pregunta motivadora de los foros era “**¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud?**”. A continuación, se presenta un resumen de los debates y conclusiones realizadas en aras de dar respuesta a esta pregunta, organizado tanto por hitos o componentes como por los actores del sistema.



4.1. Los pacientes: eje central del sistema de salud



"Para responder hacia dónde debe ir [el sistema de salud], debe ir cuidando esos logros fundamentales que hemos obtenido. Eso no se puede perder y, la verdad, siento que en la propuesta que nos vienen haciendo desde la política nacional es que muchos de esos logros se pueden perder. Eso es lo que yo estoy sintiendo."

Gustavo Campillo - Presidente de Fundación RASA y Vocero de Pacientes Colombia.

El eje central de **los sistemas de salud debe partir de la premisa de posicionar al paciente como prioridad**. En otras palabras, cada componente y actor debe orientarse hacia el beneficio del paciente. Es necesario hacerlos parte del proceso de decisión y concertación de las reformas, ya que son los beneficiarios o afectados. El sentir generalizado por parte de las agremiaciones y voceros de pacientes parte de construir un diálogo asertivo entre toda la sociedad, que garantice que los logros alcanzados no se pierdan y no excluya a nadie.



“Cómo mejorar el sistema desde el punto de vista legislativo para darle esa protección, esa atención al paciente; (...) que el esfuerzo de las propuestas de reforma debería estar en donde están los problemas de la atención, es decir, cómo hacemos para diagnosticar el paciente a tiempo, para atenderlo a tiempo, para garantizar el tratamiento a tiempo, para asegurar que esa atención sea lo más integral posible y que sea continua. Esos son los aspectos que más le duelen a la gente y son los aspectos que determinan la calidad en la atención y sobre este aspecto muy poco tiene la propuesta de reforma. (...) deberíamos de estar mirando a ver cómo es que la salud de las personas mejoran con estas propuestas de reforma, cómo es que los procesos de integración entre la asegurador el prestador el distribuidor los usuarios los pacientes las asociaciones de enfermos se interactúan y se genera confianza yo creo que ese es el reto más grande que tenemos porque en este año y medio si algo ha pasado es que se han debilitado las relaciones de confianza entre los diferentes actores y el reto que tenemos más grande como sociedad es pensar como de aquí en adelante vamos a restablecerla”

Alejandro Varela – Gerente General de DIME Clínica Neurocardiovascular y Miembro del Comité Estratégico del Clúster de Excelencia Clínica.

Adicionalmente, se manifestó que las decisiones que se tomen, independientemente de su propósito, **deben partir de las necesidades actuales de atención y consumo de servicios, considerando el contexto del envejecimiento, que incrementará el costo del sistema en el mediano plazo.** Esto permitiría realizar un diagnóstico certero y garantizar que la regulación no afecte negativamente las metas sociales alcanzadas, especialmente aquellas relacionadas con el plan de atención integral en salud y las rutas de atención integral.



"(...) Y si va a haber una nueva conversación, tiene que arrancar por ahí. Tiene que arrancar por las necesidades de cuidado de la gente, los que ya están enfermos hoy, los que necesitan atención hoy, que consumen un medicamento hoy y los que se van a enfermar mañana. Y como todos nos estamos envejeciendo, por eso la noticia tan dura que nos están dando de que esto va a costar muchísimo más"

Henry Gallardo - Director Fundación Santa Fe.

Por otra parte, uno de los temas puntuales planteados por las distintas agremiaciones y expertos fue el papel de la transición sobre cualquier propuesta de reforma, en particular con la garantía de atención de aquellos pacientes con enfermedades crónicas y raras. Así, la prioridad no solo debe ser *qué queremos* como sociedad, si no *cómo llegamos* a ese punto, garantizando la calidad y acceso. Se colocó sobre la mesa el riesgo operativo materializado con el magisterio.



"(...) Pero yo agregaría también algunos elementos, y es proteger, independiente de cualquier cambio que haya en el sistema, proteger ese avance grandioso que hemos tenido, que es la protección financiera que hemos ganado la población en Colombia y especialmente los pacientes de enfermedades raras, que hoy en día incluso somos exentos de copagos y cuotas moderadoras. Nuestro gasto de bolsillo en Colombia es uno de los más bajos de América Latina y no podemos perder eso porque esa es la protección de la economía de las familias."

Diego Gil, Presidente Federación Colombiana de Enfermedades Raras - FECOER (Vocero Pacientes y Usuarios).

Otro de los miedos generalizados por los pacientes está relacionado con la transferencia de riesgos al Estado y los problemas que podrían generarse en el caso de que los recursos asignados no sean suficientes. Esta situación es hoy una realidad propiciada, por ejemplo, en lo relacionado con los recursos de Presupuestos Máximos y la escasez de medicamentos.



“Hoy con lo que estamos viendo o viviendo con la escasez de medicamentos de verdad uno se pregunta: ¿este gobierno no le importa la vida de la gente? ¿No le importa la vida de los usuarios, de los pacientes que hoy están reclamando medicamentos de tratamientos oncológicos?”

Miren la improvisación con lo que está pasando con el modelo de salud de los maestros, maestros que seguramente en su mayoría votaron por Gustavo Petro y que hoy no me cabe la menor duda de que están arrepentidos de haber confiado y creído en que iban a tener una mejor calidad de vida, de que lo que le estaban proponiendo era cierto.

Carolina Arbeláez – Representante a la Cámara por Bogotá.

Dentro de los planteamientos y **propuestas** realizadas por los voceros de los pacientes, se hizo énfasis en el fortalecimiento de los indicadores de calidad, así como en la corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado de la salud. Este último aspecto está relacionado con el fomento de la educación en salud, del cual se recalca que existen desafíos de articulación en el ámbito ejecutivo. Así mismo, se plantea la posibilidad de mayor integralidad de servicios y de articulación entre toda la cadena de prestadores y gestores farmacéuticos, que permita aliviar la carga administrativa que recae sobre los usuarios.



“Si me preguntas a mí cuál sería mi sueño, la articulación de los ministerios. Está el Ministerio de Educación, vamos a educar en autocuidado desde la primera infancia, vamos a educar desde que está lactando la madre, vamos a educar a ese paciente que se va a formar, vamos a educar desde el Ministerio de las TIC llegando a esas ciudades donde no tienen conocimiento sobre autocuidado. Entonces, todos trabajando de la mano, articulados.”

Gina Ochoa - Líder de la Fundación Liga contra la Artritis y el Reumatismo.

Finalmente, se resalta que la libre elección debe consolidarse como pilar básico en un modelo en el que el paciente sea el eje central. Esta característica permite la movilidad, tanto de asegurador como de prestador, y permite al usuario la toma de decisiones, ya sea informadas o por conocimiento de causa, y no por imposición.



“No hay persona más capacitada para saber lo que necesita que el mismo individuo, pero con información pública y clara, para que la persona pueda escoger el mejor sitio para su problema de salud.”

No se vale que una persona desde un escritorio defina adónde debe ir un paciente que necesita un trasplante hepático cuando tiene incentivos que no son los adecuados para garantizar la mejor calidad. Y la libertad de elección es fundamental si se entrega la información correcta alrededor de desenlaces clínicos, de la experiencia que va a tener en su proceso de atención y con claridad de la eficiencia que va a recibir en su proceso.”

Henry Gallardo – Director de la Fundación Santa Fe



“El gobierno debe reconocer a los pacientes, los errores del pasado y la participación del sector privado. El mundo evoluciona y eso conlleva a las reformas, pero lo que ha presentado el gobierno va en contravía de las necesidades de la gente que defendemos en el Congreso.”

Antonio Zabaraín – Senador de la República.



“En las cosas que hicimos énfasis en esta reforma es que hay un estudio que hizo el ministerio de salud sobre las capacidades de las direcciones territoriales de salud y no les fue bien (...) El paciente termina sufriendo y padeciendo las decisiones del gobierno”.

Betsy Pérez – Representante a la Cámara



4.2. Aseguramiento

La Ley 1122 de 2007 definió el aseguramiento en salud a partir de cinco elementos esenciales e indelegables: **1.)** la administración del riesgo financiero; **2.)** la gestión del riesgo en salud; **3.)** la articulación de redes para la prestación del servicio; **4.)** implementación de un sistema que garantice la calidad de la prestación; y **5.)** representación del afiliado ante los actores del sistema.

Aunque en la actualidad estas funciones son indelegables y están a cargo de las EPS, no se trata de realizar una defensa a ultranza de estas. Independientemente de quién realice estas funciones, los elementos centrales del aseguramiento son indispensables para el sistema y deben mantenerse en un modelo de salud.

Por ejemplo, es la administración del riesgo en salud la que permite la gestión integral de la salud de los pacientes, incluyendo las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, caracterización y clasificación del riesgo individual, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Para poder garantizar la integralidad en la atención es necesario que esta función se articule con otras del aseguramiento, en particular la conformación y articulación de redes para la prestación del servicio, la representación del afiliado y el establecimiento de una ruta clara para los pacientes en los distintos niveles de complejidad y la garantía en la calidad de la prestación.

En otras palabras, la gestión del riesgo en salud no puede desligarse de la conformación de las redes, la representación de los afiliados ni de la garantía de calidad.

Así mismo, la administración del riesgo financiero ha promovido el uso eficiente de los recursos, alineado los incentivos de los distintos agentes y contribuido a la sostenibilidad financiera del sistema. En consecuencia, **una reforma al sistema de salud debe definir de manera explícita los agentes responsables de cada una de estas funciones, así como los mecanismos con que contarán para hacerlo.**



“¿De qué estamos hablando? O sea, ¿cuál es la claridad de este asunto? No hay claridad. No entiendo qué significa ser Gestora de Salud en ese tránsito que hoy se está dando. Y vuelvo y digo, no entiendo quién va a ejercer ni el control del gasto, el modelo de aseguramiento en sí mismo, y lo más grave, la gestión del riesgo. Eso es absolutamente definitivo.

Aquí, y en cualquier parte del mundo, en materia de un modelo de salud sostenible financieramente y proyectado, cualquier desborde en materia de salud puede volverse impagable”.

**Carlos Julio González – Senador de la República.
Exgobernador departamento del Huila.**



“Estamos ante una gran oportunidad de plantear una reforma a la salud concertada. Es momento de que el Gobierno deje a un lado sus ideologías y discursos populistas y abra el debate para que todos los que hacen parte del sector salud sean escuchados. Las discusiones técnicas, hasta el momento ignoradas, deben ser priorizadas”.

**Julio César Triana - Representante a la Cámara de
Cambio Radical.**



“El gobierno nacional no está haciendo una reforma pensada en los pacientes o en los enfermos, sino en un tema electoral. Hay necesidad de reforma, en CR lo hemos dicho pero pensada en el usuario y en el paciente, que resuelva los problemas de base que son vigilancia y control”.

Luz Ayda Pastrana - Representante a la Cámara.



“Yo siempre he pensado que en Colombia hay tres Colombias distintas: una Colombia urbana, aquí estamos en ella, una Colombia rural y una Colombia remota. Y que nosotros no podemos confundirnos, y que una equivocación que tuvimos fue pretender que el mismo sistema de salud funcionara en las tres Colombias.

Entonces yo les voy a hacer un símil: yo digo, yo quiero tener pescado igual de fresco en Bogotá que quien vive al lado de un río, el río Atrato. Eso no es posible. Si ustedes viven al lado del río Atrato, van a tener pescado más fresco que si viven en Bogotá. Lo mismo, yo no puedo decir, si yo vivo al lado del río Atrato, ¿necesito tener un hospital igual que la Fundación Santa Fe al lado del río Atrato? Tampoco tiene sentido. No quiere decir que no podamos tener un sistema hecho a la medida para cada una de esas tres Colombias. Y esa Colombia, por ejemplo, la Amazonía y la del Putumayo, debería tener la medicina tradicional conectada. Imagínense un barco que fuera por el río Putumayo combinando con medicina convencional, atendiendo a las comunidades indígenas a lo largo del río, que tenga la HADA dentro de su nota técnica para alguien cuando le muerda una culebra y se vaya a morir, o cuando haya una materna que se complique.

Y que entendamos que esa realidad no es igual a la de Bogotá o la de Medellín, sino que es su propia realidad, que puede ser mejor. Que uno diga, oiga, yo me quiero ir al Putumayo porque qué buen sistema de salud en el Putumayo, con los médicos ancestrales y convencionales. Y que la Colombia rural sí tenga telemedicina y tenga especialistas que vayan, porque yo tampoco puedo pedirle a un intensivista que se vaya a vivir al lado del río Atrato si no tiene una unidad de cuidados intensivos. Tampoco tiene sentido.

Entonces empezar a pensar que nos tiene que dar la mente para ser un poquito más diversos en decir, venga, que hay varias formas de resolver este problema, y que no es solamente uno u otro, sino que tiene que ser todos”.

Gabriel Mesa – Expresidente de Sura

En lo relacionado con **la distribución de recursos del sistema**, la UPC solo reconoce como ajustadores de riesgo la edad, sexo y zona geográfica. Los estudios han demostrado que estas variables explican un bajo porcentaje de la variabilidad del gasto y promueven la selección de riesgo por parte de los aseguradores. En consecuencia, **la UPC debe considerar ajustadores de riesgo por condiciones de salud**, de manera que las aseguradoras que concentren población con mayor carga de enfermedad sean compensadas de manera justa.



“Debemos tener un pago no solamente alineado con los incentivos demográficos, sino también que incluya reconocimiento de las personas de acuerdo con su riesgo. De qué nos estamos enfermando, cierto, la primera causa de hipertensión seguida de diabetes, etcétera. Entonces, cuando la persona, cuando pasan esos traslados, ¿qué pasa? Va con su UPC ajustada. No lo que hoy está pasando. Está recibiendo personas sin una transferencia adecuada. Si bien es cierto en el agregado puede ser o no puede ser, lo que es cierto es que la transferencia como tal de los recursos debería ser distinta por cada una de las personas y eso nos podría ajustar entre un 40 y un 50% esa explicación estadística de un R cuadrado.

Adicionalmente podríamos tener lo que es ajuste también por algunos servicios como medicamentos, aunque pueden tener algunos incentivos perversos. Y finalmente, monitoreo y evaluación de resultados. Adherencias a guías de práctica clínica, a rutas de atención, a resultados en salud. En qué estamos gastando esos recursos, que esto realmente se vea reflejado en las personas”.

Mary Bolívar – Consultora del Banco Mundial. Exsuperintendente de salud

Por otra parte, algunos actores insistieron en la necesidad de mejorar los mecanismos de intervención de las aseguradoras que no cumplan con los indicadores de habilitación financiera, así como de diseñar instrumentos que garanticen las acreencias de los trabajadores, prestadores y proveedores en caso de liquidación de las EPS, por ejemplo, **la creación de un mecanismo de reaseguro para el sector.**



“Creo que en Colombia los únicos recursos financieros que no tienen un reaseguro son los recursos de la salud. Entonces, los hospitales públicos prestamos servicios, y también la red privada, porque también pasa, a los pacientes. Vamos a cobrar esa cartera a las entidades responsables de pago, pero la entidad responsable de pago se va del sistema porque la liquidan. ¿Quién paga? Nadie, porque no hay un reaseguro. Porque la superintendencia nacional en su momento nos tuvo contentos respondiendo un oficio diciéndole: vamos a decirle a la EPS. Y no es más, pero la plata nunca llega al hospital. Pero el hospital tiene la obligación de seguir atendiendo a los pacientes”.

***Diana Muñoz – Exgerente del hospital de Pitalito.
Experta en salud pública***

Respecto a las intervenciones, se planteó que estas deben ser un mecanismo de última instancia que permita preservar las capacidades acumuladas y garantice la gestión del riesgo en salud de los afiliados. Sin embargo, conviene señalar que históricamente estas no han permitido mantener buenos niveles de atención ni recuperar los indicadores financieros. A su vez, las subsecuentes liquidaciones han dejado deudas para los prestadores y proveedores, sin que exista perspectiva de recuperación. En el contexto actual, las EPS intervenidas por el gobierno concentran alrededor del 50% de la población sin que se observen mejoras en los indicadores de salud o financieros.

En conclusión, existe amplio consenso frente a la necesidad de mantener el aseguramiento en salud. La gestión integral del riesgo en salud puede entenderse como la articulación y coordinación de los actores de tal manera que se identifiquen los riesgos y se intervengan de forma integral. **La integralidad implica**, por un lado, evitar la fragmentación en la gestión de riesgos y, por otro, **la inseparabilidad entre la gestión del riesgo en salud y la administración del riesgo financiero.**



“Un modelo de aseguramiento como el que se implementó con la ley 100 precisamente lo que buscaba era que se generara un volumen de usuarios y esos recursos pudieran a través de economías de escala manejar dos tipos de riesgo: el riesgo en salud y el riesgo financiero.

Ese modelo de aseguramiento se desvirtúa cuando se separa y se le entrega a un agente diferente al asegurador el riesgo financiero. ¿Esto qué quiere decir? Que en la práctica, cuando yo cuido los recursos, pero alguien autoriza los servicios y si implemento o trato de implementar un modelo como el del magisterio que estamos viendo, pues ese modelo bonito va a permitirle a los usuarios buscar servicio de salud y demandar servicio de salud sin ningún control, y por supuesto que eso va a generar unos picos en los costos y un desequilibrio que va a ser mucho más rápido en el desbalance y el desfinanciamiento del sistema que lo que está ocurriendo ahora mismo.

Es decir, desvirtuar, separar los riesgos, es ir en contra del modelo de aseguramiento, es decir, pierde su naturaleza y se vuelve de alguna manera inconstitucional”.

Luis Orlando Ortiz – Consultor y experto en salud.

Sin embargo, para que el aseguramiento funcione adecuadamente deben hacerse ajustes importantes. En primer lugar, **la prima que reciben los aseguradores para gestionar el riesgo en salud debe ser suficiente.** Aunque el gobierno nacional asegura que el cálculo de la UPC se ajusta a parámetros técnicos y que esta es suficiente para financiar la atención en salud, la siniestralidad del sistema, por encima del 100%, muestra una realidad diferente. En segundo lugar, la prima debe distribuirse de mejor manera entre los aseguradores, de manera que considere, además de factores demográficos, la diferencia en la carga de enfermedad. Por último, deben considerarse modelos diferenciales, probablemente basados en la oferta, para las zonas geográficamente dispersas.

Finalmente, en consonancia con la Ley Estatutaria de Salud, **debe mantenerse la libre elección de los aseguradores y prestadores** para los usuarios del sistema.



4.3. Prestación del servicio

Colombia se caracteriza por tener un número elevado de prestadores reconocidos internacionalmente por la alta calidad de la atención en salud. Existen 60 hospitales con acreditación de alta calidad y, según ranking internacionales recientes Colombia tiene 50 hospitales entre los mejores 2.500 del mundo y dos entre los diez mejores de Latinoamérica. Este hito constituye un logro institucional con grandes resultados sociales verificables.

Sin embargo, el sector es vulnerable. **Hay preocupaciones de que se destruyan las actuales redes de servicios y que los ajustes se realicen a costa de la prestación.** Así, un primer elemento de énfasis es cualquier propuesta de cambio y evolución debe estar orientada a generar **garantía de calidad en la prestación**, propendiendo por los mejores resultados en salud y evitando retroceder en los logros que se han alcanzado en los últimos años.

En los foros se destacó el papel que ha desempeñado la asociación público-privada, la cual ha contribuido a posicionar tanto al sistema de salud como a los prestadores. De las 11,140 IPS en Colombia, el 91% son privadas, especializadas en su mayoría en la mediana y alta complejidad, mientras que el 9% restante son públicas, orientadas, principalmente, hacia el primer nivel de atención.



“¿Cuántas instituciones de Colombia estuvieron en el ranking? Miren los números que corresponde a este porcentaje en tantos países. Si son 11 a 12 países, aproximadamente en cada ranking, Colombia siempre se lleva el 50% de las mejores instituciones de prestación de servicios. Esto es admirable. Claramente hemos generado un sistema que ha tenido unos resultados en calidad muy poderosos.”

Nicolás Villegas - Gerente Médico Clínica Bonnadona

Desde esta perspectiva, las **propuestas de reforma del sistema de salud no deben orientarse hacia la estatización**, pues no habría incentivos adecuados para atraer a los profesionales más capacitados y especializados en desarrollos e innovación tecnológica para el cuidado óptimo de las personas. Adicionalmente, el tarifario propuesto en la reforma del Gobierno Nacional para modular la demanda de servicios y el riesgo financiero resultaría ineficaz, debido a que en muchos casos no reconocería los costos de producción, lo que implicaría la quiebra clínicas y hospitales, así como la pauperización en el ingreso de todos los médicos y profesionales de la salud del país. Así mismo, existen experiencias de manuales tarifarios que han tenido efectos contrarios a los deseados, tal y como, escasez de medicamento y afectación a la calidad, debido a que no promueve la competencia e innovación.

Existe **consenso frente a la necesidad de organizar la prestación en redes integrales e integradas organizadas territorialmente**. La territorialización de las redes mejora la disponibilidad de servicios, incrementa el acceso y evita que los usuarios deban desplazarse largas distancias para obtener la atención que requieren. Se insiste en la necesidad de identificar y garantizar la disponibilidad de servicios en las zonas que se requiera, incluyendo en zonas dispersas, de baja densidad poblacional o de difícil acceso, sin consideración a la rentabilidad económica. Esto implica destinar mayores recursos para subsidiar la oferta en estos lugares.

Sin embargo, **no se comparte el propósito de estatizar la conformación de las redes**, pues esto podría generar politización del sistema, incentivaría la corrupción e iría en detrimento de calidad de la atención. Lo anterior se evidencia en la propuesta del Gobierno Nacional al otorgar a las gobernaciones y a las alcaldías la responsabilidad de organizar las redes de servicios y de ejercer el control a todos los convenios. Aunado al riesgo burocrático y clientelista, la medida implicaría un alto riesgo de perder las redes que a la fecha se encuentran consolidadas, teniendo en cuenta que deberán aceptar la imposición de tarifas.



“También hemos dicho que no es necesario tener un sistema estatizado, que estos modelos mixtos ayudan mucho, no solamente a producir inversión en el sector, sino que facilitan también el establecimiento de una regla de escogencia y de libre competencia que favorecen la calidad en la prestación del servicio.”

Carlos Mario Zuluaga Pardo – Vicecontralor con funciones de Contralor General

Tampoco se comparte que los subsidios de oferta sean universales, como propone el gobierno nacional; **deben ser focalizados** en función de las necesidades identificadas en los territorios. Los subsidios de oferta universales son ineficientes y disminuyen los subsidios a la demanda, que brindan mayores posibilidades de acceso por parte de la población.

“Lo voy a contestar referido a ese proyecto de reforma. Se está planteando que los centros de atención primaria se financiarán con el subsidio a la oferta. Para los que no conocen esta forma de financiación, el subsidio a la oferta es financiar el funcionamiento de un hospital. Se está planteando también que se va a dar subsidio a la oferta a hospitales de mayor complejidad. ¿Eso a costa de qué? De quitarle el subsidio a la demanda, a la persona. El subsidio a la demanda es a la persona. Yo creo que esa es la forma más ineficiente de financiar un sistema.



Se necesita subsidio a la oferta en los territorios dispersos de difícil acceso, donde hay que tener abierto el hospital, así llegue una materna cada 15 días, pero hay que tenerlo abierto. Ahí se necesita el subsidio a la oferta. Pero darle subsidio a la oferta a un hospital ubicado en la calle 170 de Bogotá, donde tiene toda la competencia y la posibilidad de tener un flujo de acceso, eso francamente es no usar eficientemente el recurso.

Creo que este tema ha pasado desapercibido en esa reforma y no se puede permitir porque es quitarle el subsidio a las personas para dárselo a las instituciones. Y vuelvo a decir, aquí ¿quién es primero? Primero son las personas. Obvio, hay que conseguir algunos recursos para ampliar el subsidio a la oferta que hoy existe, que por cierto se implementó en el año 2016 para los antiguos territorios nacionales. Hay que conseguir unos mayores recursos para poderlo hacer, pero no se puede subsidiar toda la oferta porque entonces los privados van a competir en desigualdad de condiciones."

Julio Mario Orozco - experto académico

Adicionalmente, se insiste en **mejorar la gobernanza del sistema**. Los hospitales públicos deberían contar con normas de gobierno corporativo, que permitan disminuir la corrupción y aislen el manejo del hospital del sistema político y del clientelismo. **En lo relacionado con la integración vertical**, se enfatiza en tener unas reglas más claras del juego y mayores controles.

También se esbozó la importancia de permitir que las instituciones prestadoras del servicio de salud tengan la posibilidad de acogerse a la Ley de Insolvencia 1116 de 2006.

Por último, desde la visión de los prestadores, la evolución de la prestación de servicios de salud debe **considerar las condiciones clínicas y de oferta actuales e incluir la transformación digital como eje fundamental del modelo**. Lo anterior, alineado con el propósito de no fragmentar la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de calidad, dinamicidad en la oportunidad y acceso de manera integral.



"Seguir haciendo consultorios a manera de cajitas y vanagloriarse con inauguraciones de grandes edificios que no evolucionan es un error fatal. La transformación digital tiene que ser para los pacientes, para facilitarles ese acceso, esa oportunidad y esa conversación dinámica con su prestador de servicios. Ese experimento ya está en Colombia. Hay varios centros de excelencia creados en el país y por eso hay 50 entidades colombianas entre las 2.500 mejores del mundo y hay dos entre las 250."

Henry Gallardo - Director Fundación Santa Fe



4.4. Financiamiento y sostenibilidad del sistema de salud

El financiamiento y la sostenibilidad de los sistemas de salud son fundamentales para lograr una respuesta eficaz a las demandas sociales. Las dinámicas propias de los sistemas de salud, el envejecimiento de la población y la evolución del contrato social generan tensiones permanentes entre los ingresos disponibles y las necesidades de la población.

En Colombia contamos con un sistema solidario que mancomuna distintas fuentes de ingreso. **En grandes rubros, el sistema se financia principalmente vía cotizaciones sobre el empleo y el Presupuesto General de la Nación**, que incluye tanto el aporte de la Nación para el cierre del aseguramiento como el porcentaje del SGP salud que financia el régimen subsidiado (87% del SGP Salud). Si bien existen otras fuentes de financiamiento como Coljuegos, aportes de las Cajas de Compensación Familiar, las rentas cedidas, entre otros, su participación es menor. **En materia de gastos, la mayor parte del presupuesto se destina a financiar los servicios y tecnologías en salud que requiere la población a través de la UPC y de los Presupuestos Máximos.**

Las necesidades de gasto han seguido una senda creciente, debido, entre otros, a la igualación de planes de beneficios, a la ampliación de tecnologías incluidas en el plan de beneficios y al crecimiento y envejecimiento poblacional. La pandemia ocasionada por el Covid-19 parece haber cambiado la tendencia de uso de servicios de salud, observándose un crecimiento inusitado en las frecuencias de

uso en un escenario de postpandemia. A pesar de lo anterior, **no se han adicionado nuevas fuentes al sistema de salud**. De hecho, la normatividad reciente ha generado nuevas exenciones para la cotización, por ejemplo, para pensionados de distintos rangos de mesada pensional.



“Después de la pandemia, el gasto en salud, la siniestralidad, creció por muchas circunstancias. Porque la gente no estaba acudiendo al médico y después del 2021 aumentó la demanda; porque hay unas patologías que han sido más consultadas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares y de salud mental. Por ejemplo, tuvimos en el año 2022 la inflación más alta de los últimos 20 años y eso incrementó los costos sin duda de manera importante. Ese año hace base para los siguientes. Entonces, ahí tenemos un desfase como de nueve puntos que no se corrigió y eso tiene un costo bien importante. Entonces, hay un desfase desde ahí. Entonces, es un problema estructural, sí, porque hay más gastos que ingresos.

Hay más siniestralidad y no hay nuevas fuentes”.

Carmen Dávila – Exviceministra de Protección Social

Aunque el gobierno nacional sostiene lo contrario, **existe consenso técnico sobre la desfinanciación del sistema**. Esto tiene tres causas: 1.) los usos del sistema han crecido por encima de las fuentes disponibles, lo que ha supuesto presiones crecientes sobre el Presupuesto General de la Nación; 2.) la UPC estimada por el Ministerio de Salud no es suficiente para financiar la totalidad del gasto requerido por la población, lo que ha acelerado las pérdidas de las aseguradoras, la disminución de las reservas técnicas y la acumulación de pasivos; 3.) decisiones de política del gobierno nacional han sustraído recursos del aseguramiento para otros usos.

La insuficiencia de la UPC, y su magnitud, puede analizarse a través de la siniestralidad del sistema, calculada a partir de los estados financieros de las EPS. En términos generales, la siniestralidad compara los ingresos por UPC contra los gastos en los servicios y tecnologías financiados con esta. En teoría, la siniestralidad debería ser del 90% para el régimen contributivo y de 92% para el régimen subsidiado, pues, con cargo a estos ingresos, las EPS deben pagar no solo el gasto en salud sino también financiar su gasto de administración, que está acotado normativamente al 10% y el 8%.

Si bien existen distintas formas de calcular la siniestralidad, su forma de cálculo no siempre se hace pública, lo que dificulta analizar la solidez metodológica y realizar comparaciones. En 2023, un estudio liderado por Oscar Espinosa, que contó con la participación de profesores de las universidades de Harvard y MIT, propuso una metodología explícita, transparente y replicable para estimar la siniestralidad del sistema de salud entre 2017 y 2021. Siguiendo esta metodología, que utiliza un enfoque financiero y actuarial, se observa que **la siniestralidad del sistema de salud en 2022 fue de 100,6% y en 2023 de 102,5%, lo que implica faltantes de casi \$10 billones solamente en estas dos vigencias**. Para 2024, si se mantiene la siniestralidad del año anterior, la insuficiencia sería de algo más de \$6 billones en la vigencia. Sin embargo, dado que la UPC, sin considerar las inclusiones de nuevas tecnologías, apenas creció el equivalente a la inflación causada en 2023, lo que significa que no contempla un aumento en las frecuencias de uso, el faltante podría ser incluso mayor.



“¿Y eso qué quiere decir en términos de plata? ¿A cuánto equivale esa insuficiencia? Pues contestarlo es un poco difícil por dos razones. La primera razón es que la siniestralidad debería estar entre el 90 y el 92%. Pero las EPS también son aseguradoras, lo que quiere decir que deberían asumir algún tipo de riesgo. Entonces, ¿cuánto es eso? Es un poco difícil de contestar.

Pero aquí se hace un ejercicio retrospectivo, y el ejercicio retrospectivo es: supongamos que la siniestralidad del sistema debería ser del 95%, y devolvámosle a las EPS en 2022 y 2023 tal que en el agregado la siniestralidad fue del 95%. Y los resultados lo que dicen es que en 2022 faltaron 3,9 billones de pesos, y en 2023 faltaron 5,9 billones de pesos. Y aquí además se hace un ejercicio prospectivo, y es si yo tengo la misma siniestralidad de 2023, ¿cuánto estaría faltando este año? Y la respuesta es que estamos hablando de 6,4 billones de pesos”.

Paul Díaz – Consultor independiente. Exsubdirector de salud del Ministerio de Hacienda

Las cifras de siniestralidad demuestran que, contrario a lo que señala el Ministerio de Salud, la UPC es insuficiente para financiar la totalidad de gastos en salud que requiere la población colombiana. Dado que el Ministerio de Salud no comparte los datos de suficiencia ni siquiera con las demás entidades que hacen parte de la Comisión de Beneficios, no es posible determinar la causa de esta discrepancia.

Por otro lado, **el sistema de salud enfrenta problemas de liquidez y suficiencia adicionales por cuenta de los Presupuestos Máximos.** A principios de 2024, el Gobierno nacional acumulaba pasivos reconocidos por \$2 billones correspondientes a 2022 y 2023. Además de esto, las EPS alegan que estos recursos ni siquiera resultan suficientes para pagar la totalidad de tecnologías que se han dispensado a través de este mecanismo.

Es importante recordar que la Corte Constitucional, por ejemplo, en la Sentencia C-162 de 2022, avaló el mecanismo de Presupuestos Máximos con dos condiciones: **1.)** Que se giraran de manera anticipada; y **2.)** Que fueran suficientes para pagar la totalidad de servicios, toda vez que, en este mecanismo, no había transferencia de riesgo y su financiación y pago no eran competencia de las EPS sino de la Nación. La acumulación de pasivos es muestra de que el gobierno nacional está incumpliendo las órdenes dadas por la Corte Constitucional.

Como si esto fuera poco, **las decisiones tomadas por el Ministerio de Salud han profundizado la desfinanciación del sistema, ya que entre 2022 y 2024 este Ministerio ha venido sustrayendo recursos que el Congreso aprobó para el aseguramiento y los ha destinado a otros usos.** En 2022, fueron apenas \$50 mil millones que usó del Presupuesto de la ADRES para financiar equipos básicos de salud. El uso de estos recursos no contó con la aprobación de la junta directiva de la entidad y sus resultados se desconocen. En 2023, de la adición presupuestal por \$2 billones aprobada por el Congreso para el sector, utilizó la mitad para invertir en infraestructura pública.

En 2024, el Ministerio de Salud sustrajo recursos por \$5 billones para otros usos, sin embargo, existe un compromiso ante la Comisión de Beneficios, Costos y Tarifas de devolver \$2,5 billones para el cierre del aseguramiento. A la fecha, dicho traslado no se ha realizado y, en cualquier caso, resulta insuficiente para cerrar el déficit de UPC y Presupuestos Máximos corrientes que, sin considerar la insuficiencia, es cercano a \$5 billones. Si bien estas decisiones del Ministerio de Salud obedecen a nuevas prioridades de política, su financiación no debería hacerse a costa del aseguramiento en salud.

Finalmente, existe consenso entre los actores del sistema sobre la necesidad **de incrementar el nivel de transparencia de las cifras a través de sistemas de información robustos y de sincerar las cifras actuales y futuras para entender mejor tanto las necesidades esperadas como las posibilidades de financiamiento.** Esta discusión adquiere particular relevancia en un contexto de reforma, especialmente si esta incrementa de manera importante los gastos para el sector.



“Necesitamos transparencia. El tema de la UPC me sorprende y desde que uno mira las cifras... es que definitivamente la definición de la UPC terminó siendo como una caja negra a la cual solo accede el Ministerio de Salud.

Eso no debería ser así. Cuando tenemos transparencia, eso debería ser replicable, debería ser producto de la información que se tiene por parte de todos”.

Jairo Humberto Restrepo - Director Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.

A manera de ejemplo, se realizó un ejercicio donde el valor de la UPC se mantiene constante y el gasto en salud crece únicamente en función del crecimiento y envejecimiento de la población. Si el valor de **la UPC se mantiene constante, para 2034 se gastará 16% más y para 2050 se gastará 39% más.**

Cuando se compara el gasto de mediana y alta complejidad en este escenario contra el calculado por el gobierno nacional en un contexto de reforma, puede verse que en 2034 el gasto indicado por el Ministerio de Salud resultaría \$20 billones menor, lo que no resulta realista. En particular, aunque se comparte el propósito de mejorar la atención primaria y los programas de promoción en salud y prevención de la enfermedad como una manera de mejorar los resultados en salud, esto no disminuye los gastos de mediana y alta complejidad. **Existe la percepción generalizada de que el Ministerio de Salud subestima el gasto esperado como una manera de dar viabilidad política a su propuesta de reforma.**



“Ciertamente es una gran preocupación la sostenibilidad financiera del sistema de salud. No solo es preocupación de Colombia, en todo el mundo apreciamos una tendencia y es un crecimiento del gasto en salud por encima del ingreso. La respuesta que tenemos que dar es cuáles son las explicaciones de ese desfase, incluso para tener en cuenta dónde pueden estar las medidas.

Una gráfica que sorprendió en la discusión en el Congreso, que yo bauticé la gráfica de Benjamin Button, recordando la película de quien nace viejo y muere bebé, porque pareciera ser que uno mientras más viejo va a

gastar menos en salud, lo cual no es cierto. Lo que tenemos que explicar es qué es lo que hace que el gasto en salud aumente.

No tenemos evidencia y no podemos esperar que el gasto vaya a bajar por mucho que gastemos en promoción y prevención, lo cual éticamente es un imperativo, pero lo que no nos podemos engañar es que invirtiendo en prevención y promoción vamos a lograr reducir el gasto. Bien decía mi papá: de alguna cosa nos hemos de morir y antes de morir necesitamos tratamiento, y la tecnología está ahí poniendo soluciones que necesariamente se deben financiar”.

Jairo Humberto Restrepo - Director Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.

Sincerar los costos del sistema nos permite determinar en qué lugar nos encontramos y hacia dónde podemos ir de manera sostenible. **Las discusiones técnicas sobre la financiación del sistema no deberían tener matices políticos y deberían responder a las mejores estimaciones posibles.** Lo contrario, podría dejar al país o bien en una situación fiscal compleja o bien significar restricciones y retroceso en la prestación de servicio, lo que significa una pérdida en la calidad de la población y de vidas humanas.

Finalmente, especialmente considerando el envejecimiento de la población, así como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, **es imperativo buscar nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud.** A manera de ejemplo, los expertos discutieron la posibilidad de revisar las exenciones contenidas en el Estatuto Tributario frente al aporte patronal para ciertos grupos de ingresos. Así mismo, recomendaron profundizar la implementación de impuestos saludables, como incrementar la carga tributaria al tabaco, con destinación específica para el sistema de salud.



4.5. Talento Humano en Salud

Si bien los sistemas de salud deben estar en función de los pacientes, **una condición necesaria para lograrlo pasa por brindar condiciones mínimas que permitan desarrollar al Talento Humano en Salud -THS**. Esto implica, al menos, propiciar la formalización laboral del THS, mejorar la resolutiveidad por parte de los no especialistas, permitiéndoles ejecutar acciones integrales en salud, e incrementar los niveles de especialización en el país.



"Si estamos hablando de un modelo de atención centrado en las personas, las personas somos los trabajadores que estamos allí a diario 7 por 24. Y esa conversación tiene que tener el respeto de las condiciones del equipo humano que está allí"

Henry Gallardo - Director Fundación Santa Fe

Por otra parte, se manifestó que, en la práctica, **Colombia carece de un modelo de atención en salud que genere la articulación necesaria de los roles y las funciones asociadas de cada agente**. Esto se ha manifestado en diversas confusiones a la hora

de desempeñar funciones. Un ejemplo de ello es que en todos los países hay menos médicos que enfermeras, mientras que en Colombia la razón se encuentra invertida, es decir, Colombia tiene más médicos que enfermeras profesionales.



"Bueno, yo creo que un tema esencial que se debe colocar en la agenda de discusión es la creación de un modelo de atención en salud coherente y articulado, que permita una mejor distribución de roles y responsabilidades entre los diferentes profesionales de la salud. Este modelo debe estar centrado en la atención primaria y la prevención, y debe incluir mecanismos claros de formación continua y actualización para todos los profesionales de la salud. También es crucial mejorar las condiciones laborales y eliminar la tercerización en el sector salud, para garantizar que todos los profesionales puedan trabajar en condiciones dignas y adecuadas."

Luis Carlos Ortiz – Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Esto ha derivado en que finalmente no logremos establecer qué tipo de perfiles requerimos para nuestras instituciones y para atender las necesidades de salud de la población. **Así, es posible que hoy tengamos enfermeras que están haciendo labores administrativas, pero, al tiempo, tenemos médicos que están haciendo labores probablemente que podrían hacer las profesionales de enfermería.** En últimas, no hemos logrado responder ¿Cuál es el tipo de médico que necesitamos en Colombia?

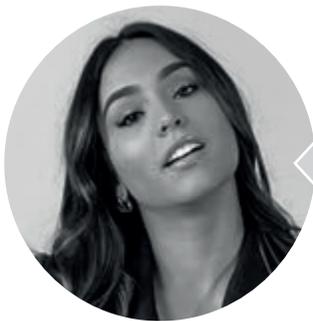
En línea con lo manifestado, **la conversación de hacia dónde debe evolucionar el sistema parte de definir claramente qué hacen en cada uno de los servicios con cada uno de los pacientes a partir de un diagnóstico de las capacidades actuales y proyectadas de largo plazo.**



"Se deben tener en cuenta cuatro palabras claves: la primera es acceso, es decir cómo podemos brindar la posibilidad a todos los colombianos de llegar y tener atención, eso significa que en las grandes ciudades tenemos mejores posibilidades y en las zonas rurales mejorar el acceso. La segunda es oportunidad que significa cómo atendemos en el tiempo correcto. La tercera es integralidad, que implica cómo podemos integrar un modelo de atención de principio a fin, y la cuarta palabra es calidad"

Rafael González – Gerente General Clínica Imbanaco

Por otra parte, se hace énfasis en el déficit de especialistas por falta de acceso, principalmente por los pocos cupos anuales dispuestos por las facultades de medicina. En ese orden de ideas, se requiere lograr mayor articulación entre las instituciones, con especial énfasis en el Estado como ente regulador, para generar más oportunidades de estudio posgradual.



“En Colombia hay 500 programas de especialización, los cuales gradúan a 1.800 especialistas, y nos graduamos al año 5.000 médicos, es una desproporción amplia y grande. Además, somos más de 50 millones de colombianos que necesitan una atención y que en el sistema de salud actual está basada más hacia el especialista que hacia el médico general.”

Entonces, nos vemos en esa encrucijada, y por eso vemos las altas tasas de migración de los médicos generales recién graduados a otros países para especializarse. Y vemos que sí, hay especialistas que ganan bien, pero también hay miles de médicos que seguimos en Colombia, que nos hemos quedado en Colombia con ganas de especializarnos, con el interés de hacerlo, que probablemente algunos con la capacidad o no económica para hacerlo, pero no están los cupos para lograrlo.”

Laura Daniela Ramírez - Joven Médico

Finalmente, se discutieron medidas para mejorar la disponibilidad, calidad y bienestar del talento humano en salud, incluyendo la formalización laboral de los trabajadores, en la que se ha insistido reiteradamente, y la democratización del acceso a la formación posgradual, a través de becas. De manera particular, podría considerarse un plan de choque que considere no solo estos elementos, sino además estrategias para ampliar la oferta del talento humano disponible en el país, principalmente especialistas.



“En Colombia tenemos 25% de especialistas cuando en Argentina, Brasil, España o México están en 50%, van a pasar décadas para que pasemos al 50%. Es una obligación del gobierno frente a las entidades privadas”

Sergio Rada - Director de la clínica Medicina Estética Especializada



4.6. Academia y hacedores de política

Los panelistas que se desempeñan en la academia y en los sectores público y privado como expertos en salud coinciden en **priorizar las discusiones técnicas sobre los intereses políticos**. Para ello, resulta necesario realizar un diagnóstico de las capacidades actuales del sistema, así como contar con información que permita tener **una mayor conciencia de los costos reales del sistema de salud, dado que estos son independientes de quién administre el sistema y la nación tendrá que incurrir en ellos**.

A partir de ese entendimiento se desprenden diferentes hilos conductores. Por ejemplo, en el panel relacionado con el financiamiento del Sistema de Salud se buscaba no solo entender cuál es el verdadero costo de la salud en el que se está incurriendo, sino también **analizar dónde estamos y hacia dónde vamos. Esto resulta primordial en un contexto de envejecimiento acelerado y análisis de sostenibilidad a medio plazo del sistema**. Así, dado ese panorama, podremos establecer qué tenemos y qué queremos brindar, así como las posibilidades reales de financiamiento que tengan **sentido para el contexto macroeconómico del país y decidir crecer y financiar progresivamente**.

Por otra parte, se desprende la visión empresarial, dejando claro que la salud debe ser una ecuación económica sustentable y sostenible en el tiempo. Es crucial concienciar que la salud no solo puede, sino debe ser un negocio rentable, dado que de ello depende el pago de salarios a médicos, especialistas, personal administrativo y la adquisición de tecnologías. Sin embargo, al ser recursos públicos, su trazabilidad debe ser transparente y cada gasto justificado.

A partir de este diagnóstico, podemos confirmar que existe un desfinanciamiento estructural. Consultorías recientes han demostrado que los gastos por atención en salud superan los ingresos percibidos, resultando en una siniestralidad desbordada. Este problema es común en todos los sistemas de salud del mundo, ya que los recursos para financiar la salud crecen de manera lineal, mientras que las necesidades lo hacen de forma exponencial.

Por lo tanto, podríamos considerar al Sistema de Salud como un "paciente crónico". La diferencia radica en cómo cada país aborda su solución. En el caso de Colombia, enfrentamos varios desafíos: i) falta de nuevas fuentes de financiación, ii) opacidad en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el principal mecanismo de gasto, accesible solo para el Ministerio de Salud y Protección Social, y iii) decisiones del ejecutivo que han dirigido recursos del aseguramiento hacia inversiones en infraestructura.

En cuanto a la visión de hacia dónde debe evolucionar el Sistema de Salud, además de sincerar los costos, hay consenso frente a no perder los logros consolidados en términos de derechos y proteger los avances alcanzados para los más vulnerables, especialmente los usuarios del régimen subsidiado. Se enfatiza la necesidad de acuerdos entre todos los actores, públicos y privados, con un enfoque de cambios progresivos y entendiendo que es un asunto de corresponsabilidad.



"Si usted le cambia esa función al asegurador y lo transforma en simplemente un observador, entonces se genera una figura que en los modelos de aseguramiento se llama la figura del tercero pagador: alguien más va a pagar eso. Y entonces a mí deja de importarme. Eso ya lo vivimos con lo que hoy son los presupuestos máximos, que en algún momento se utilizaban como un reaseguro o un aseguramiento que finalmente el estado era quien respondía.

Cuando se intentó, por ejemplo, que los aseguradores sencillamente autorizaran los procedimientos que iban con cargo a esos costos, los controles se perdieron completamente. Y eso fue lo que nos llevó, como estado, a retomar ese modelo de reaseguro a través de presupuestos máximos.

Entonces, de verdad que es intentar algo, primero, que nunca ha funcionado en ninguna parte, por lo menos no de la forma en la que nos intentan vender a nosotros. Segundo, para reemplazar algo que hemos demostrado durante 30 años que funciona y que cada vez funciona mejor. Y tercero, que es lo más importante, sin ningún cálculo financiero."

David Scott - médico cirujano PhD y decano de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Costa.



5.

Conclusiones y propuestas



“Entonces, este es un tema que yo creo sí demanda un acuerdo grande entre actores para discutirlo, para hablarlo descarnadamente y buscar las soluciones porque está en la mente. Sencillamente es un tema cultural. La corrupción pasa también por el usuario que salta la fila, por el usuario que excede el uso de medicamentos, por el profesional de la salud, por el proveedor. Todos estamos involucrados. El problema si no lo reconocemos, no vamos a salir de ahí. Entonces, finalmente creo yo, el tema del buen gobierno introducido o más bien incorporado en las distintas entidades.”

Jairo Humberto Restrepo - Director Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.

Dentro de los principales consensos y propuestas se encuentran las siguientes:

1.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el mayor logro social de los últimos 30 años en el país. En consecuencia no se debe pretender la sustitución del modelo de aseguramiento sino su fortalecimiento, teniendo como eje central el posicionamiento del paciente como prioridad, con la libre elección como pilar básico.

2.

Dado que uno de los principales logros del Sistema de Salud ha sido el incremento progresivo de la afiliación y acceso a los servicios de salud, con **cobertura universal**, pues más del 99% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe mantenerse la convergencia de los regímenes subsidiados y contributivo, garantizándose el mismo nivel de atención y plan de beneficios.

3.

Existe consenso frente a la necesidad de **mantener el aseguramiento en salud, lo que implica evitar la fragmentación y la inseparabilidad entre la gestión del riesgo en salud y la administración del riesgo financiero**. Así mismo, se concluye que la gestión integral del riesgo en salud, en la medida en que articula y coordina a los actores para lograr una identificación e intervención de los riesgos, no puede desligarse de la conformación de las redes, la representación de los afiliados ni de la garantía de calidad.

4.

Para que el **aseguramiento** funcione adecuadamente deben hacerse ajustes. En términos financieros, es necesario que **la prima que reciben los aseguradores para gestionar el riesgo en salud sea suficiente y se distribuya de mejor manera**, considerando además de factores demográficos y de ubicación geográfica, la diferencia en la carga de enfermedad, entre otros. Así mismo, para las zonas geográficamente dispersas, se requieren modelos diferenciales basados en la oferta.

5.

En cuanto a las **intervenciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud**, se planteó que estas deben utilizarse como mecanismo de última instancia que permita preservar las capacidades acumuladas y garantizar la gestión del riesgo en salud de los afiliados. **Históricamente, las intervenciones realizadas no han permitido** mantener buenos niveles de atención ni recuperar los indicadores financieros. Las subsecuentes liquidaciones han dejado deudas para los prestadores y proveedores, sin que exista perspectiva de recuperación. En el contexto actual, las EPS intervenidas por el gobierno concentran alrededor del 50% de la población sin que se observen mejoras en los indicadores de salud o financieros.

6.

Se evidencia la necesidad de diseñar un **sistema nacional de cuidado** que considere fuentes adicionales para la financiación de los servicios sociales complementarios.

7.

Es necesario evaluar y fortalecer los mecanismos de puerta de entrada para garantizar costo eficiencia en los nuevos tratamientos disponibles para la población colombiana. Al mismo tiempo, se requiere incrementar la **corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado de la salud**, así como fomentar la educación en salud y la importancia de robustecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

8.

Así mismo, se plantea la posibilidad de lograr mayor integralidad de servicios y de articulación entre toda la cadena de prestadores y gestores farmacéuticos, que permita **aliviar la carga administrativa que recae sobre los usuarios**.

9.

Frente a las preocupaciones de que se destruyan las actuales redes de servicios y que los ajustes se realicen a costa de la prestación, existe consenso en que cualquier propuesta de reforma y evolución del sistema debe estar orientada a generar garantía de calidad en la prestación, partiendo de las necesidades actuales de atención y consumo de servicios, considerando el contexto del envejecimiento, que incrementará el costo del sistema en el mediano plazo, así como las necesidades en materia de atención de enfermedades raras y salud mental.

10.

Las **propuestas de reforma del sistema de salud no deben orientarse hacia la monopolización estatal. Así, no se comparte el propósito de estatizar la conformación de las redes**. Las alcaldías y gobernaciones carecen de las capacidades para organizar las redes de servicios y ejercer control a todos los convenios. Además del riesgo burocrático y clientelista, esta medida implicaría un alto riesgo de perder las redes que a la fecha se encuentran consolidadas, teniendo en cuenta que deberán aceptar la imposición de tarifas, e iría en detrimento de calidad de la atención.

11.

Existe **consenso frente a la necesidad de organizar la prestación en redes integrales e integradas organizadas territorialmente**. La territorialización de las redes mejora la disponibilidad de servicios, incrementa el acceso y evita que los usuarios deban desplazarse largas distancias para obtener la atención que requieren.

12.

En zonas rurales de baja dispersión poblacional, deben diseñarse modelos de atención diferenciales que consideren las capacidades territoriales y las necesidades de la población.

13.

Los subsidios a la oferta deben ser focalizados en función de las necesidades identificadas en los territorios, contrario a lo que promueve el actual Gobierno.

14.

Se insiste en **mejorar la gobernanza** del sistema. Los hospitales públicos deberían contar con normas de gobierno corporativo, que permitan disminuir la corrupción y aislen el manejo del hospital del sistema político y del clientelismo.

15.

En lo relacionado con la integración vertical, se enfatiza en su regulación, con reglas claras del juego y mayores controles.

16.

Se esbozó la importancia de permitir que la instituciones prestadoras del servicio de salud tengan la posibilidad de acogerse a la Ley de Insolvencia 1116 de 2006.

17.

Se enfatiza en **considerar las condiciones clínicas y de oferta actuales e incluir la transformación digital como eje fundamental del modelo bajo esquemas de información interoperables**. Lo anterior, alineado con el propósito de no fragmentar la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de calidad, dinamicidad en la oportunidad y acceso de manera integral, al tiempo que se garantice transparencia de flujos, trazabilidad y resultados en salud.

18.

Para garantizar la **integralidad en la atención** es necesario garantizar la articulación de las funciones básicas del aseguramiento. Esto implica articular la gestión del riesgo en salud con la conformación y articulación de redes para la prestación del servicio, la representación del afiliado y el **establecimiento de una ruta clara para los pacientes** en los distintos niveles de complejidad, así como la garantía en la calidad de la prestación.

19.

El mayor reto del Sistema de Salud está relacionado con la financiación y sostenibilidad. Existe consenso técnico sobre la desfinanciación del sistema, destacándose tres causas: 1.) los usos del sistema han crecido por encima de las fuentes disponibles, lo que ha supuesto presiones creciente sobre el Presupuesto General de la Nación; 2.) la UPC estimada por el Ministerio de Salud no es suficiente para financiar la totalidad del gasto requerido por la población, lo que ha acelerado las pérdidas de las aseguradoras, la disminución de las reservas técnicas y la acumulación de pasivos; 3.) decisiones de política del gobierno nacional han sustraído recursos del aseguramiento para otros usos.

20.

Las cifras de siniestralidad demuestran que, contrario a lo que señala el Ministerio de Salud, **la UPC es insuficiente para financiar la totalidad de gastos en salud que requiere la población colombiana.**

21.

Existe consenso entre los actores del sistema sobre la necesidad **de incrementar el nivel de transparencia y control de las cifras a través de sistemas de información robustos y de sincerar las cifras actuales y futuras para entender mejor, tanto las necesidades esperadas como las posibilidades de financiamiento,** partiendo de un diagnóstico de capacidades de todos los actores que permita establecer las corresponsabilidades de cada partícipe.

22.

La UPC debe considerar ajustadores de riesgo por condiciones de salud, de manera que las aseguradoras que concentren población con mayor carga de enfermedad sean compensadas de manera justa y evitar los incentivos para la selección de riesgo por parte de las EPS.

23.

Es **imperativo buscar nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud.** A manera de ejemplo, los expertos discutieron la posibilidad de revisar las exenciones contenidas en el Estatuto Tributario frente al aporte patronal para ciertos grupos de ingresos.

24.

Así mismo, recomendaron profundizar la implementación de impuestos saludables, como incrementar la carga tributaria al tabaco, con destinación específica para el sistema de salud.

25.

Es crucial concienciar que la salud no solo puede, sino debe ser un negocio rentable, dado que de ello depende el pago de salarios a médicos, especialistas, personal administrativo y la adquisición de tecnologías. Sin embargo, al ser recursos públicos, su trazabilidad debe ser transparente y cada gasto justificado.

26.

Si bien el sistema de salud debe estar en función de los pacientes, **una condición necesaria para lograrlo pasa por brindar condiciones mínimas que permitan desarrollar al Talento Humano en Salud -THS.** Esto implica, por un lado, la formalización laboral de los trabajadores del sector salud, como la democratización del acceso a la formación posgradual a través de becas.

27.

La mayor parte de la falta de oportunidad en el acceso se explica por el **déficit de especialistas**. A su vez, este déficit se debe, principalmente a los pocos cupos anuales dispuestos por las facultades de medicina. En ese orden de ideas, se requiere lograr mayor articulación entre las instituciones, con especial énfasis en el Estado como ente regulador, para generar más oportunidades de estudio posgradual. En el corto plazo, podría considerarse un plan de choque que permita ampliar la oferta de talento humano en salud disponible en el país, con énfasis en incrementar el número de especialistas.

28.

Finalmente, se concluye que cualquier camino de reforma debe conducir a **alcanzar la quintuple meta**, considerando un periodo de transición suficientemente amplio, con garantía de atención de aquellos pacientes con enfermedades crónicas y raras. Así, el país debería apuntar a tener un sistema con: 1.) mejores resultados en salud; 2.) alta satisfacción de los usuarios y experiencia de atención en salud; 3.) más eficiente, esto es que permita o bien incrementar los resultados en salud con los costos actuales o disminuirlos; 4.) incrementar el bienestar del talento humano en salud; y 5.) que sea más equitativo y supere la heterogeneidad en el acceso entre zonas rurales y urbanas.

29.

Con ocasión de este ejercicio y a partir de las conclusiones de estos foros liderados por la Fundación Carlos Lleras Restrepo, el Partido Cambio Radical comprometido con la garantía del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos, radicó nuevamente como proyecto de ley Estatutaria la Reforma a la Salud, comprendido por 23 artículos que se detallan a continuación.

1.

Texto Propuesto

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. ____ DE 2024
"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 1751 DE 2015
Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES ORIENTADAS A FORTALECER
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 1751 de 2015 para garantizar el derecho fundamental a la salud, fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

"Artículo 4. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones públicas, privadas y mixtas, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado dispone para garantizar el derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo financiero.

Este sistema deberá coordinarse con las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud".

Artículo 3. Adiciónense los literales k), l), m), n) y o) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

"Artículo 5. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para ello deberá:

(...)

k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas.

l) Ajustar cada año con fundamento en la información de la vigencia anterior el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica.

m) Garantizar, a las aseguradoras y/o prestadoras, el pago oportuno de los recursos derivados de la prestación de los servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud.

n) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, sociodemográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.

o) Garantizar la atención primaria en salud, entendida como la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos."

Artículo 4. Adiciónese el literal o) al artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

"Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

(...)

o) Territorialización. El Estado deberá garantizar y promover que el Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas".

CAPÍTULO II GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Artículo 5. Gobernanza y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor.

Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definir la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.
3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes.
5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.
8. Un representante de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud públicos y mixtos.
9. Un representante de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.
11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupan.
13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quién lo presidirá.
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los miembros del Consejo.

CAPÍTULO III GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD – GIRS Y ASEGURAMIENTO

Artículo 6. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema para identificar, analizar, y clasificar los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral.

La Nación, las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud – EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.

Artículo 7. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, en la zona rural y dispersa. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en zonas marginadas, zonas rurales y dispersas. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En estas zonas el Estado deberá adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran.

En estos casos, el aseguramiento podrá ser administrado por una única empresa promotora de salud que recibirá una Unidad de Pago por Capitación -UPC- de manera diferencial para cada territorio ajustado al riesgo, las condiciones de dispersión y de oferta de servicios”.

Artículo 8. Unidad de Pago por Capitación- UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. El componente fijo tendrá en cuenta como base mínima las condiciones en salud de la población como factor de riesgo individual, los perfiles epidemiológicos, las condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia de los recursos para la garantía del derecho a la salud como el aumento en frecuencia, de uso y los mayores costos que se deriven de esta. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente variable de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional.

Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.

Parágrafo 2. Con el fin de garantizar la equidad en la prestación de servicio, la Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios

y tecnologías en salud dentro del Plan Básico de Salud del régimen contributivo y subsidiado.

Parágrafo 3. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda como mínimo cada dos (2) años deben revisar y ajustar los factores de ajuste de riesgo con los cuales se calcula la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Artículo 9. Giro Directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para el pago de servicios de salud. El 100% de los recursos girados bajo esta modalidad deberán ser auditados.

CAPÍTULO IV MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Artículo 10. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud en el marco del SGSS se desarrollará con base en la estrategia de la Atención Integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.

Toda persona estará adscrita a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.

La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Para garantizar la atención primaria en salud se deberá tener actualizada la Historia Clínica Electrónica Interoperable, que trata la Ley 2015 de 2020, de cada uno de los afiliados al sistema.

Artículo 11. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 13. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada y coordinada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas Redes.”

Artículo 12. Prestador primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Artículo 13. Prestadores complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.

Artículo 14. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Artículo 15. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 20. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente y la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio

Civil, para periodos institucionales de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.

En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, previo concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, para periodos institucionales de cuatro (4) años.

Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.”

CAPITULO V. TALENTO HUMANO EN SALUD.

Artículo 16. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud.

El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.

Artículo 17. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud.

El Gobierno Nacional en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SIS-PRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.

Artículo 18. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.

Las Instituciones de Educación Superior -IES- que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia- servicio

CAPITULO VI. FINANCIACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 19. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPS o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.

Artículo 20. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Asimismo, definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.

Artículo 21. Régimen de Insolvencia. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 previa armonización con la regulación aplicable.

Artículo 22. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención previsto en la presente ley.

Artículo 23. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

