

Bogotá D.C., diciembre 12 de 2018
S.G.2-2505/2018

Doctor
ORLANDO ALFONSO CLAVIJO CLAVIJO
Secretario
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Honorable Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Traslado comentarios Proyecto de Ley No. 062 de 2018 Cámara

Respetado doctor Clavijo:

Por medio de la presente me permito enviarle original de los comentarios realizados por el Presidente Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, GUSTAVO MORALES, al Proyecto de Ley N° 062 de 2018 Cámara **"POR LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**.

Lo anterior para que sea haga extensivo a los Honorables Representantes ponentes del Proyecto y que obre en el expediente legislativo, así mismo le informo que estos conceptos ya fueron enviados a Imprenta Nacional para que sean publicados en la Gaceta del Congreso.

Cordialmente,



JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
Secretario General

Anexo lo enunciado en dieciocho (18) páginas

Hasbleidy Suarez



Habteidy Sore
12/ DIC 2018
10:19 A.M.

Bogotá, diciembre 12 de 2018.

Honorable Representante
José Luis Correa
Comisión VII
Cámara de Representantes
Congreso de la República
Ciudad

REFERENCIA: Comentarios Proyecto de Ley 62 de 2018 *“Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*.

Respetados Representantes,

Después de analizar el proyecto en referencia, hemos concluido que la reforma radical allí propuesta, genera no solo grandes traumatismos desde el punto de vista de la institucionalidad actual, sino, lo más grave y en contra del objetivo planteado, afectará sin duda en un mediano plazo el acceso efectivo a los servicios de salud de los colombianos. El proyecto, como lo explicaremos a lo largo de este documento, es un monumento a la incoherencia conceptual. Lo que necesita el sistema de salud colombiano es, por el contrario, mayor claridad conceptual sobre el rol de cada uno de sus actores, y sobre los límites y alcance de sus funciones.

El modelo actual, parte de un concepto de aseguramiento social, en donde a través de un seguro público, único y obligatorio se garantiza el acceso a los servicios individuales de salud a toda la población. Este modelo permite la participación del sector privado tanto en la prestación como en el aseguramiento, permitiendo igualmente el ánimo de lucro en los dos casos señalados, sin que a la fecha pueda demostrarse que este ánimo de lucro juega en contra de los afiliados. Por el contrario, si se analizan las mediciones de satisfacción realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los resultados de los principales indicadores de salud, se hace evidente que esta participación ha jugado en favor del usuario.

No obstante, somos conscientes de la necesidad de avanzar y ajustar el esquema actual, sobre todo en lo que se relaciona con modelos innovadores de aseguramiento y atención en salud, para responder de manera adecuada a los retos que se plantean no solo en materia de universalidad (para alcanzar a la totalidad de la población), sino en materia de equidad (sobre todo regional y rural) y en materia de calidad.

Por lo tanto, y en aras de contribuir con la labor legislativa, de la manera más respetuosa nuestra entidad se permite presentar ante ustedes las siguientes consideraciones y comentarios, a fin de brindar aportes académicos que contribuyan y enriquezcan la discusión,

los cuales esperamos sean considerados en el curso del proyecto. En especial, nos referiremos a:

- **Importancia del aseguramiento en Salud y los beneficios que ha traído al país**
- **Naturaleza de las funciones asignadas a las GIS**
- **Creación y organización de Redes de Prestación de Servicios de Salud**
- **Ingresos de las GIS**
- **Coberturas en salud - Mipres**
- **Integración vertical**
- **Determinantes de la salud**
- **Tarifas**

1. Importancia del aseguramiento en Salud y los beneficios que ha traído al país

1.1 Generalidades

El modelo de seguro social definido en la ley 100 de 1993, ha significado avances importantes reconocidos a nivel internacional, dentro de los cuales podemos mencionar la cobertura del 95% de la población contra el riesgo financiero, el reconocimiento como uno de los sistemas más solidarios del mundo, o el hecho de que la reducción asombrosa en el índice de pobreza multidimensional se explique en una tercera parte gracias a nuestro sistema, para no hablar de la mejora generalizada en los indicadores básicos de salud pública.

Dentro de este modelo el papel de las EPS ha sido fundamental pues no solo han garantizado la protección financiera, sino que han representado al usuario en la organización de redes, han controlado la calidad de los servicios y el costo de los mismos, procurando hacer un uso inteligente de los recursos del sistema, entre otras muchas actividades y responsabilidades a su cargo, asignadas por la ley.

No sobra señalar que, en este sistema, existe una alta intervención del Estado, pues es quien define las reglas fundamentales de la actividad de las aseguradoras: define el plan de beneficios, la prima, y las reglas aplicables en materia de afiliación y en general de operación de las EPS. Las EPS asumen el riesgo financiero derivado de la mayor siniestralidad prevista por el Estado al fijar la UPC y deben administrar el riesgo en salud, al igual que otros riesgos, dentro de un concepto de seguro.

Aunque no es un Sistema perfecto, cualidad que no ha logrado adquirir ningún país del mundo, y aun teniendo mucho por mejorar, es un sistema que ha traído enormes beneficios para la población; no más en Régimen Contributivo, se realizaron aproximadamente 1.007.583.868 actividades en salud entre los años 2010 y 2014, es decir un promedio cercano de 216 millones por año, las cuales fueron recibidas por 15 millones de afiliados cada año en promedio, cifras

que ponen en evidencia el acceso real y efectivo de la población afiliada a los servicios de salud¹

1.2 Avances y logros obtenidos desde el aseguramiento y por la labor de las EPS

A nuestro país le ha tomado cerca de 25 años consolidar las mejores prácticas para la garantía del acceso a la salud y los resultados en salud y el trabajo aún no está terminado. Vale la pena recordar cuál era, en términos generales, el estado anterior a nuestro actual sistema de salud:

1. 24% de los colombianos tenía aseguramiento en salud. En otras palabras, 7 de cada 10 colombianos no tenían ningún tipo de protección y para poder acceder a un tratamiento de cáncer, o enfermedad renal crónica, o incluso para una hospitalización o cirugía debía comprometer en el mejor de los casos su patrimonio familiar o simplemente quedarse sin el tratamiento recomendado.

En conclusión, antes de 1993, los pobres eran vulnerables a un gasto que los empobrecía aún más a raíz de la enfermedad². La literatura reportaba que más de la mitad del quintil inferior de ingresos no podría acceder a atención médica cuando lo necesitaba porque no podía pagarlo.

2. En 1993 Colombia destinaba un 1,4% del PIB al área de la salud, mientras que Chile, México, Venezuela, Brasil y Argentina ya asignaban porcentajes mayores para esa época.
3. Aunque los hospitales públicos en principio debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin seguro médico, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes hospitalizados debía afrontar costos directos³. De otra parte, más del 40% de todas las intervenciones en salud y hospitalizaciones se canalizaba a través del sector privado⁴.
4. El financiamiento de la salud pública se destinaba hacia hospitales públicos, instituciones de atención primaria, programas de salud pública, actividades de control de enfermedades y gastos administrativos de los funcionarios centrales y descentralizadas del Ministerio de Salud sin tener en cuenta las verdaderas necesidades de la población³.

¹ Cifras en Indicadores del Sistema de Salud- Resumen página 23. ACEMI. 2017.

² Guedion, U. F. (2008). *The impact of health insurance on the incidence of catastrophic Health Expenditure: The case of Colombia*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

³ Banco Interamericano de Desarrollo. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia

⁴ Ministerio de Salud. (1994). La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. Bogotá: Carrera séptima.

5. La red de hospitales públicos se componía de instituciones politizadas, con diferentes niveles de desarrollo y calidad y con altas cargas prestacionales. Muchos, con dificultades por la obsolescencia tecnológica y en desventaja competitiva con el sector privado.
6. Hacia finales de los años 80's la carga de enfermedad en Colombia se centraba en enfermedades transmisibles⁵.
7. La mortalidad infantil entre 1975 y 1980 era de 56,7 por cada 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en niños menores de 5 años era de 36,2 por cada 100.000 nacidos vivos.
8. El gasto de bolsillo, es decir proporción del **gasto** que las familias destinan a través de **gastos** directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias era del 37% en 1995⁶

Son muchos los logros del sistema que han conducido a mejores resultados en salud, entre ellos se mencionan:

1. Colombia alcanzó la cobertura universal en aseguramiento: 98% en el 2016. El gasto de bolsillo en salud en Colombia hoy es uno de los menores de Latinoamérica: 16%⁷.
2. El gasto en salud hoy representa alrededor de 6.5 puntos del PIB.
3. Contamos con un plan de beneficios individual amplio que cubre la atención en salud desde la promoción y la prevención hasta la paliación de la enfermedad, para toda la población colombiana, independiente de si labora o no.
4. Contamos con un plan beneficios colectivo, cuya ejecución se encuentra a cargo de las entidades territoriales, definido en los planes de intervenciones colectivas de cada departamento y municipio que abarcan la promoción de la salud colectiva e impacta en los determinantes intermedios de la salud⁸.
5. Los años de vida perdidos por enfermedad y muerte prematura hoy en Colombia representan un 43% menos que en 1990, mayor que el observado en países como Brasil (34%), Argentina (16%) y Chile (11%). En buena medida gracias a la reducción de las enfermedades infecciosas

⁵ Flórez, C. y. (s.f.). *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá, Colombia: Banco de la República

⁶ Institute of health metrics. Global burden of disease. Disponible en: [Vizhub.healthdata.org](http://vizhub.healthdata.org)

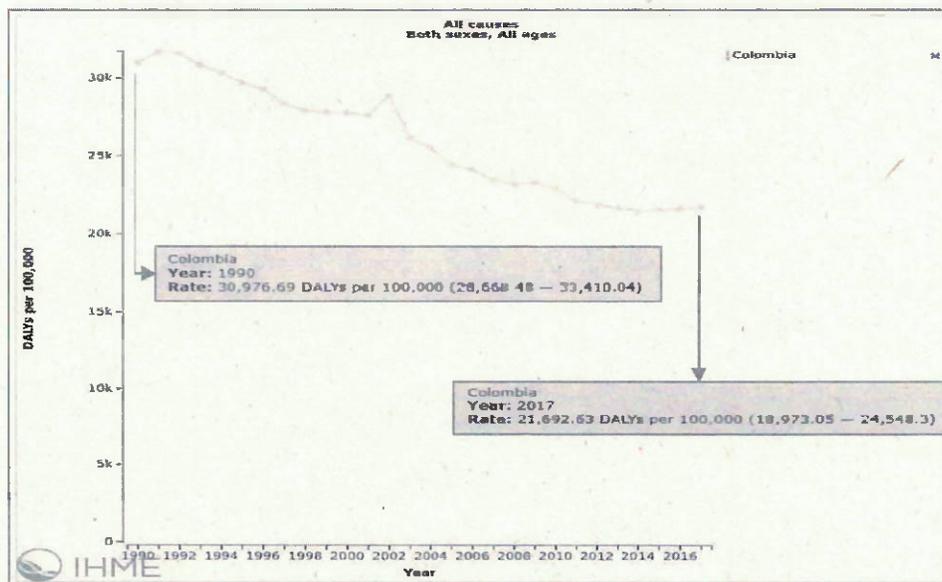
⁷ Sistema integral de Información de la protección social. Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.sispro.gov.co/#>

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5269 de 2017.

y la mejora de las condiciones de la atención del parto. Se puede reconocer entonces que hoy los colombianos mueren menos y pierden menos años de vida por enfermedades.

El estudio de carga global de enfermedad, es el mejor comparador a nivel mundial y sus datos se encuentran disponibles en <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>⁵.

Figura 1. Carga de enfermedad para Colombia, 1990-2016.

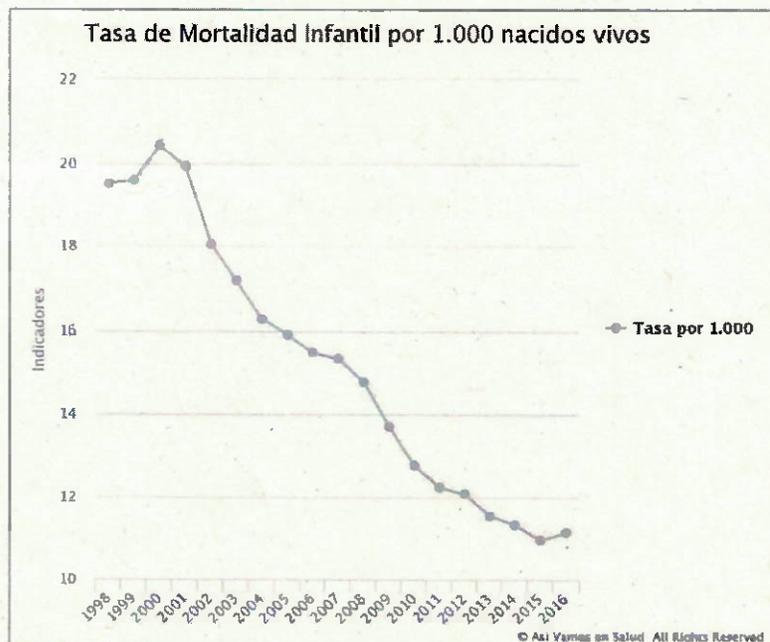


Fuente: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

- La mortalidad infantil ha tenido un descenso considerable en las últimas dos décadas, alcanzando una tasa de 11 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa un 74% menos que en el año 98⁹. La mortalidad infantil es un indicador trazador por representar las condiciones de desarrollo del país, de atención y calidad en salud. Resultados innegables.

⁹ Así vamos en salud. Indicadores del estado de salud. :

<https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-infantil-georeferenciado>



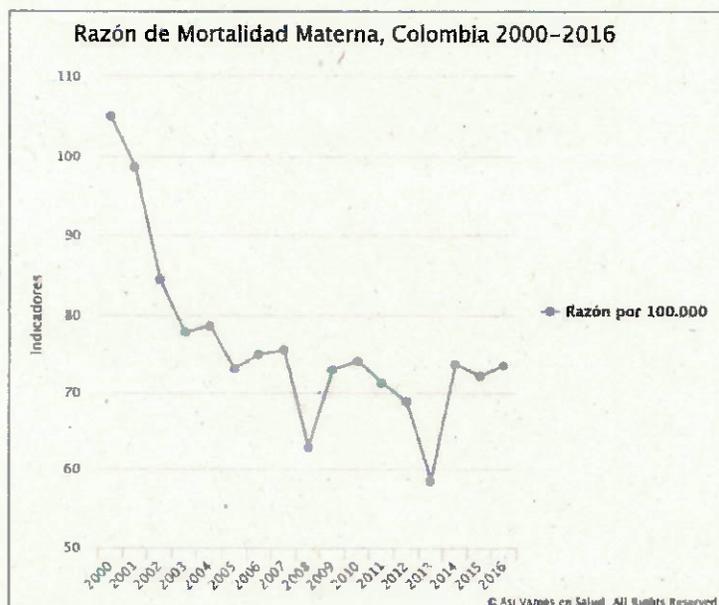
Fuente: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-infantil-georeferenciado>

7. Protección a la gestante: Es de reconocer los avances en la protección a la gestante:

- a. 98,9% de los partos son institucionales, es decir se encuentran garantizadas las condiciones de seguridad y atención por personal calificado¹⁰.
- b. 88.4% de los nacidos vivos tuvieron 4 o más controles prenatales.
- c. El promedio de controles prenatales en Colombia es de 6.04 durante toda la gestación⁹.

Los últimos dos logros indiscutibles de la baja y mediana complejidad. Estas cifras respaldan un 42% en reducción de la mortalidad materna. El año 2016 finalizó en 73 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Este indicador refleja claramente la capacidad del sistema de proteger a las gestantes y garantizar sus derechos.

¹⁰ Sistema integral de información de la protección social. Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.sispro.gov.co/#>



Fuente: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-sexual-y-reproductiva/razon-de-mortalidad-materna-georeferenciado>

8. Las encuestas nacionales han dado cuenta del acceso a servicios de salud. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida que realiza el Departamento Nacional de Estadística (DANE) reportó, en el año 2010, que el 77,9 % de las personas encuestadas que estuvieron enfermas en los últimos treinta días habían acudido a médico general o especialista y el 82 % de los menores de cinco años habían acudido a control de crecimiento y desarrollo¹¹. Por otra parte, en el año 2015, el 73,5 % de las personas encuestadas consultó al menos una vez en el último año con el médico o el odontólogo¹².
9. 72% de los colombianos calificó la experiencia global de los servicios de salud como buena y muy buena. El 80% de los colombianos recomendaría su EPS a sus familiares y amigos¹³

Ante este panorama, susceptible de mejoras pero en todo caso positivo, cabe preguntarse si es conveniente una ruptura radical, como la que propone el proyecto, o si, más bien, lo que corresponde es que el legislador analice aquellos aspectos que ameritan reformas graduales y puntuales, dentro de un marco general que ha traído enormes beneficios al país.

¹¹ Departamento Nacional de Estadística. (2010). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida-Boletín de Prensa*. Bogotá: DANE

¹² Departamento Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida-Boletín técnico*. Bogotá

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Encuesta Nacional de evaluación de los servicios de las EPS*. Bogotá: MSPS

2. Naturaleza de las funciones asignadas a las GIS

De la lectura del texto, se infiere que sus autores pretenden transformar las actuales EPS en unas figuras poco claras llamadas GIS. Al parecer las GIS pierden su calidad de aseguradoras y en consecuencia todas las funciones y responsabilidades asociadas a este concepto, desaparecen. Pero decimos que “al parecer”, porque el proyecto, de aprobarse, inyectaría dosis adicionales de incertidumbre jurídica en relación con el alcance de las funciones de estas entidades. En varios apartes del articulado se genera una enorme confusión en relación con la naturaleza jurídica que tendrían las Gestoras Integrales de Salud (GIS), siendo absolutamente importante definir si serían “aseguradoras” o simplemente cumplirían funciones de “administración”. Para ilustrar un poco, la ley 1122 en el artículo 14, trajo a colación algunas de las funciones relacionadas con el aseguramiento, así:

“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud” y además indica que *“las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento”*. (resaltado propio)

En la ponencia para primer debate del proyecto encontramos, las siguientes alusiones parciales a funciones de aseguramiento: artículo 5 literal “d”, artículo 6 literal “j” y artículo 15 literales “b-c-f-o”, como se transcribe a continuación:

Artículo 5. Características generales del Sistema de Salud. (...) El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:

(...) d) Gestoras Integrales de Salud- GIS. La afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.” (resaltado propio)

Artículo 6. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:

(...) j) Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud. Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud - GIS, se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las

RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud - GIS. (...) (resaltado propio)

Artículo 15. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud - GIS. Son funciones de las GIS, las siguientes:

(...) b) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.

c) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;

(...) f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados en las fases de identificación, caracterización e intervención;

(...) o) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera; (...)" (resaltado fuera de texto)

Con base en los apartes del proyecto anteriormente anotados, se observa que se le atribuyen a las GIS funciones de aseguramiento, gestión del riesgo en salud, dar garantía las prestaciones de la Ley Estatutaria y cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera, administrativa y técnica, todas las cuales corresponden a una verdadera aseguradora.

Sin embargo, en otros artículos que se señalan a continuación, se hace alusión a que cumplirían funciones específicas de administración:

Artículo 6. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. "El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:

(...) b) No habrá intermediación financiera. Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud - GIS." (resaltado propio)

Artículo 16. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud - GIS. Las Gestoras Integrales de Salud - GIS tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 12.5% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.

Parágrafo. Cupo o capacidad de Contratación. La ADRES, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. “ (resaltado propio)

Como se puede observar de la lectura anterior, también se les atribuye a las GIS el rol de “administradoras”, y se señala que no recibirían el pago de una prima, sino que recibirán un ingreso por “gastos de administración”, basado en el concepto de pago por resultados, resultados que no se miden en calidad de administrador, y adicionalmente tendrían un cupo o capacidad de contratación ante la ADRES, aspectos que no se ajustan a los conceptos propios de un asegurador.

Esta situación genera una enorme inseguridad jurídica y falta de confianza legítima de todos los actores, toda vez que no se puede tener el rol de administrador, con las responsabilidades de asegurador. Bien se sabe que incluso con las leyes vigentes, mucho más claras que el proyecto, los organismos de control han creado enorme confusión sobre el papel de las EPS dentro del sistema. Este proyecto elevaría esa confusión conceptual al rango de ley de la república, con grave perjuicio para los pacientes.

3. Creación y organización de Redes de Prestación de Servicios de Salud a cargo de una Comisión especial.

Las redes han sido originalmente una función propia del asegurador (EPS) pues es quien debe garantizar ya sea mediante prestación directa o contratación con terceros, la existencia de la oferta requerida para permitir el acceso a los servicios de salud contemplados en el plan de beneficios, a todos sus afiliados.

El Ministerio de Salud ha venido desarrollando el concepto de redes (Resolución 429 de 2016), definiéndolas como:

“el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud”.

De forma complementaria, en el documento marco donde se establecen los lineamientos generales para la conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las Redes

Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, el cual fue publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016, se entiende que:

“Con la prestación de servicios mediante redes se busca dar respuesta a problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutoria, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera, entre otros. La prestación de servicios en redes demanda de aseguradores y prestadores la planeación y gestión coordinada de la atención en salud para garantizar a la población un continuo de servicios o asistencial (Henao-Martínez et al, 2008). En tal sentido, implica la definición y puesta en operación de relaciones e interacciones (nodos y conexiones) entre los diferentes agentes, no solo de carácter funcional sino de acuerdos entre las partes, instrumentalizados mediante arreglos administrativos, acuerdos de voluntades o contractuales (que involucran condiciones de servicios asistenciales, gestión de la red y resultados de salud como base para reconocimiento de pagos e incentivos, entre otros.

La especificación de los aspectos que posibilitan la conformación, organización y gestión, se fundamentan principalmente en la articulación de actores donde cada uno de ellos cumple una función específica para la planificación, diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las redes. (...)¹⁴ (resaltado propio)

Las anteriores definiciones advierten que las redes integrales de prestadores demandan un proceso de gestión, articulación y coordinación entre las actuales EPS (futuras GIS) y las Instituciones Prestadoras, requiriendo una planeación especial y un ajuste de las redes, a las necesidades y oferta de cada región o zona geográfica, ateniendo adicionalmente el perfil de salud de la población afiliada a esa entidad.

Igualmente, el Ministerio de Salud ha establecido los roles que cumplen cada uno de los actores del Sistema de Salud dentro de las Redes, indicando que las EPS tienen a su cargo, entre otras funciones, las que se enuncian a continuación, las cuales tienen como propósito la planeación y gestión de las mismas para su población a cargo en un territorio determinado. En este sentido actualmente las EPS realizan las siguientes actividades:

- Identificar en cada territorio a su población afiliada.
- Realizar la identificación y caracterización del riesgo de su población a cargo, la cual se hará en forma individual, y deberá actualizarse periódicamente teniendo en cuenta al menos, las características demográficas, sociales, económicas, culturales, de

¹⁴ Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación- Dirección de prestación de servicios y atención primaria. - Documento marco donde se establecen los lineamientos generales para la conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con lo definido en la Resolución 1441 de 2016. Bogotá, D.C., noviembre de 2016. Página 8.

pertenencia étnica y de enfoque diferencial prevista por las disposiciones normativas vigentes.

- Cuantificar y valorar la demanda en salud aplicando la metodología e instrumentos desarrollados para la cuantificación de la magnitud de la demanda agregada.
- Evaluar la pertinencia de la oferta en términos de modalidades de atención, y cuando lo requiera o por criterios de accesibilidad geográfica de sus afiliados, deberá establecer los procesos y procedimientos que garanticen la atención en salud tanto de servicios de carácter primario como complementario.
- Planificar y desarrollar las estrategias y los procesos para cubrir los déficits de oferta de servicios a partir de las necesidades de su población y el análisis de suficiencia de oferta antes señalado, y generar los incentivos para ampliar o incrementar la oferta de conformidad con los criterios de demanda insatisfecha, o por las modificaciones en la demanda atendida por razones de orden epidemiológico y de nuevas necesidades en salud.
- Realizar el seguimiento y la evaluación de la gestión de los servicios de salud provistos por las redes integrales de prestadores de servicios de salud.¹⁵

En este orden de ideas, son las EPS las entidades más capacitadas para conformar y gestionar las Redes Integrales de la población a su cargo, ya que son las que mejor conocen las condiciones específicas de salud de sus afiliados y sus necesidades, las cuales varían de acuerdo a múltiples factores entre ellos, los perfiles epidemiológicos y los determinantes de la salud. En la misma línea y teniendo en cuenta los resultados en salud, actualmente van realizando ajustes a sus redes en un proceso de mejoramiento continuo.

Al respecto, la Política de Atención Integral en Salud, publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2016, advierte que:

“La RED se define a partir de: 1. Las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial; 2. La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial y consecuente con: 3. Los requerimientos de las RIAS y 4. Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio donde esté autorizada para operar la red.(...)”¹⁶

Siendo así las cosas, no es para nada clara la justificación que motiva a quitarle a las futuras GIS la conformación y gestión de la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud, y estamos en total desacuerdo en relación con la propuesta planteada en el artículo nuevo de la ponencia para primer debate, que hace referencia a la conformación de una “comisión” integrada por representantes de cada actor, para la gestión, creación, modificación o supresión de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud, comisión que además se encargaría, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos, siendo sus decisiones de carácter obligatorio y sus actuaciones ad honorem.

¹⁵ *Ibíd.* Páginas 12,13,14,15,16

¹⁶ Política de Atención Integral en Salud. “Un Sistema de Salud al servicio de la gente”. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Enero de 2016. Pág. 66

Las razones de nuestro desacuerdo con este artículo son las siguientes:

1. Existiría un evidente conflicto de intereses entre los miembros de la comisión y las funciones que les están siendo encomendadas, ya que podrían llegar a buscar el mayor beneficio para las entidades que representan dentro de esas contrataciones.
2. No se garantiza transparencia en materia de organización de la red y se permiten prácticas restrictivas de mercado en la medida en que esa Comisión puede simplemente dejar por fuera a prestadores habilitados, o centros de diagnóstico, entre otros.
3. La autorización de contratos o convenios por parte de esta comisión, es indudablemente violatorio al régimen de libre competencia y violatorio de la libertad contractual y podría ser el escenario de prácticas corruptas.

4. Ingresos de las GIS

4.1. Remuneración fija y variable

Se plantea a lo largo del proyecto, que las GIS recibirían, de una parte, una cifra fija por el resultado de su gestión o gastos de administración, el cual se fija como un porcentaje de la UPC. Es necesario precisar en primer lugar que la UPC está legalmente establecida en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, como ingreso de la EPS, lo cual genera contradicciones con esta nueva propuesta, pues en ninguna parte se establece quién y cómo se calcula esta UPC para efectos de calcular adicionalmente el pago de la GIS, así como tampoco señala si el porcentaje de la UPC destinado a financiar los servicios de salud se confunden en un fondo común o si se mantienen cuentas independientes por cada una de las GIS.

Este esquema, en principio y si no existiera confusión en relación con la naturaleza de las funciones de la GIS, sería el pago que recibirían y cualquier desviación de riesgo o gasto superior al conjunto de UPC destinadas a su población, debería ser asumida directamente por el ADRES. No está claro con qué recursos.

De igual manera se plantea que el pago a la GIS tiene dos componentes, uno fijo y otro variable. Este último sería el calculado con base en un sistema de pago por resultados, estableciendo para el efecto unos indicadores. Al respecto consideramos lo siguiente:

- En el primer indicador, nivel de satisfacción del usuario, (literal "a" numeral 1), relacionado con número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra, se debe tener en cuenta que existe un número importante de tutelas que son falladas en contra de las EPS no por falta de diligencia, sino porque en las mismas se solicitan o se requieren bienes o servicios que están por fuera de las obligaciones legales de las EPS y no son financiadas por vía administrativa (ADRES).

El sistema lleva décadas recibiendo tutelas por aspectos que no corresponden a servicios de salud, para citar *algunos ejemplos*, están aquellas donde se solicitan: servicios socio sanitarios tales como cuidadores, el cubrimiento de servicios que no son prestaciones de salud tales como implementos de cocina- impresoras o calculadoras para personas en condición de discapacidad, cánones de arrendamiento del accionante, adecuaciones locativas a los inmuebles de residencia del usuario, aceites de cocina, suplementos nutricionales, entre otros.

Este indicador estaría condenando a la GIS por que cumple con el marco legal vigente, por lo tanto, debería excluir las tutelas mencionadas por cuanto no sirven para medir si la futura GIS lo estarían haciendo bien o no.

- En el indicador que hace referencia al diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez y interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información (literal “a” número 3), es preciso advertir y recordar que no todas las futuras GIS tienen población afiliada en estas zonas geográficas, por tanto este indicador no podrían considerarse como general y también tendría excepciones. Adicionalmente estarían imponiendo a la GIS obligaciones que el Estado no ha podido satisfacer.
- De otro lado, hay una serie de indicadores que generan preocupación en la medida que están directamente relacionados con la gestión que realizan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y son propios de la prestación, en donde será muy difícil para la futura GIS controlar los resultados de los mismos, más aún cuando se les está quitando de forma paralela la facultad de conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud. Estos indicadores serían:
 - ✓ El que hace referencia a la aplicación de las Guías de Atención emitidas por el Ministerio de Salud, las cuales son obligación del prestador.
 - ✓ El indicador que se refiere al cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.
 - ✓ El indicador que hace referencia al tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después de la orden de diagnóstico médico.
 - ✓ El indicador que hace referencia a las condiciones laborales del personal de la salud, toda vez que las futuras GIS no realizarían la contratación laboral directa de los mismos.

4.2. Inquietudes frente al cumplimiento de las normas de habilitación financiera y constitución de reservas

Resulta contradictorio dentro del articulado del proyecto, la alusión al cumplimiento de las normas de habilitación actuales para las GIS, pues son requisitos para entidades que realicen una labor de aseguramiento. Por ejemplo, para el cumplimiento de las normas de habilitación financiera ¿cómo se constituirían las reservas para respaldar el pago de los servicios de salud? Si las GIS son administradoras, no tiene sentido obligarlas a hacer reservas, y si las obligan, deben pagarle la totalidad de la prima (UPC).

Esta contradicción no es nueva: los organismos de control en Colombia se han inventado la teoría de que las EPS no pueden operar como aseguradoras, y que sus ingresos por UPC no son propios, lo cual es contradictorio con el hecho de que, por otro lado, se les impone a las EPS un régimen de reservas e inversiones que sólo se entiende si a esos recursos se les da el tratamiento de ingresos. Es sorprendente que el legislador pretenda cristalizar esas inconsistencias en ley de la república.

5. Coberturas en salud - MIPRES

En la actualidad, el MIPRES es una herramienta tecnológica administrada por el Ministerio de salud que cumple con dos funciones fundamentales: permite a los profesionales de la salud prescribir con cargo a los recursos del sistema beneficios no incluidos en el plan y permite al Ministerio de Salud y Protección Social, autorizar el gasto.

A lo largo del proyecto, no se hace referencia a qué va a pasar con los conceptos que actualmente se tramitan a través de ésta plataforma. Es necesario establecer si la misma desaparecería o no. De desaparecer, es necesario precisar cuáles son las exclusiones y cuál es la política de ampliación gradual de beneficios atendiendo las posibilidades del país.

6. Integración Vertical

No compartimos la restricción radical en materia de integración vertical. Es desconocer, por una parte, la realidad del país y las restricciones que en materia de oferta de servicios se enfrentan día a día los colombianos y de otra, que existen normas que regulan de manera amplia y suficiente la posición dominante y su abuso.

Queremos hacer referencia especial, a la atención primaria pues es la puerta de entrada para la gestión de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, está centrada en el individuo y la familia, y es allí donde a través de actividades coordinadas entre diferentes actores se busca el mejoramiento de la salud de la población, antes de que surjan complicaciones y se necesite un mayor nivel de atención. Por lo anterior, lo más conveniente para el país, es que la atención primaria siga siendo manejada por las actuales EPS /futuras

GIS, ya que como se ha anotado en títulos anteriores, ellas son quienes han construido y desarrollado el perfil epidemiológico de la población a su cargo, han hecho la caracterización de la población y conocen de primera mano sus necesidades.

De otro lado, el proyecto también hace referencia a que los prestadores no asumirán funciones de GIS, afirmación que resulta ambigua ya que actualmente esa situación no se presenta, no obstante, se hace importante aclarar, si lo que se pretende en el proyecto es que las IPS no puedan ser socias de las Gestoras, caso en el cual, debe la ley expresar la inhabilidad de forma explícita, y explicar las razones de esa restricción a la libertad de empresa.

7. Necesidad de incluir regulación en relación con los Determinantes de la Salud

El proyecto busca garantizar el goce efectivo al derecho a la salud mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento. No obstante, para lograr este objetivo es imprescindible analizar y determinar las causas que generan barreras de acceso, problemas en infraestructura, oportunidad, recursos humanos, tecnología, que tienen un origen múltiple y diverso, todo lo anterior para establecer una política pública que fortalezca y amplíe esos recursos.

Por lo anterior, es absolutamente necesario incluir en esta reforma, el tema de los determinantes de la salud, a que hace referencia el artículo 9 de la Ley Estatutaria, de la siguiente manera:

“Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.”

El derecho a la salud, al ser entendido como un derecho prestacional, y de acuerdo a lo dicho por la Corte Constitucional, requiere que el tema de los determinantes de la salud deba ser abordado de manera integral en la ley, definiendo recursos y responsables, los cuales no necesariamente siempre pertenecen al sector salud. Debe considerarse que hay muchos determinantes, tales como la educación, la alimentación segura, vivienda, agua potable con buena calidad, tienen un alto impacto en la salud, pero para atender estas situaciones se requieren recursos y que los responsables de otros sectores asuman sus funciones.

Al respecto, la Ley Estatutaria señaló:

“El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los

procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.”

Si el objeto del proyecto es mejorar problemas actuales tales como acceso, oportunidad, recursos humanos, los mismos deben ser estudiados de fondo, analizando las causas reales de estas situaciones, que en casos como la oportunidad y accesibilidad, obedecen en gran parte al déficit de especialistas en el país y a la falta de infraestructura hospitalaria de calidad en algunas zonas apartadas, que requieren mayores inversiones por parte del Estado, todos estos temas relacionados con los determinantes de salud.

8. Sistema Unificado de tarifas

Al fijar las tarifas es fundamental que sean consideradas las condiciones de oferta en todas las regiones del país, lo cual hace que algunas de ellas fluctúen para un mismo servicio y que se fijen claramente los techos con el propósito de proteger al sistema de los abusos que se presenten en situaciones de dominio del prestador. Deberán existir criterios y parámetros para aplicar los techos y pisos de las tarifas que se llegaren a establecer.

Adicional, resulta preocupante que se establezca como tarifas mínimas las establecidas en el Manual Tarifario SOAT, toda vez que estas son las tarifas más altas que actualmente se pagan en el mercado, es decir, que la Ley ya estaría poniendo como mínimas las que hoy día están dentro de las más altas, generando mayor presión al gasto en salud y requiriendo la apropiación de mayores recursos en la Ley de presupuesto para garantizar el pago de dichas tarifas.

Como principio general, no es sano que el legislador establezca reglas rígidas para intervenir en los precios de los servicios o productos. Parece más razonable otorgarle una autorización general al gobierno, con unos criterios metodológicos, como ha sucedido por ejemplo con el tema de control a los precios de medicamentos.

9. Otros temas que generan inquietudes

No resultan claros, algunos aspectos, sobre los cuales nos surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el propósito o justificación para señalar que el 30% de los excedente financieros que genere la ADRES serán destinados en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas?¹⁷ ¿No es ambigua la figura de la ADRES comprando IPS? ¿Serán IPS del nivel nacional? ¿redes públicas territoriales? ¿Deberán intervenir las Asambleas y Consejos para su constitución? ¿Se volverá el ADRES un prestador?

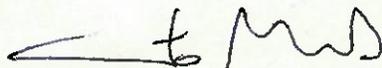
¹⁷ Proyecto de Ley 62/18 Cámara. Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Artículo 10, parágrafo 1.

- ¿Al establecer un régimen único, desaparecerían los regímenes de excepción?
- En este nuevo esquema, ¿cuál sería el alcance de la responsabilidad en caso de incumplimiento o atención inoportuna en la prestación de los servicios de salud?

En resumen, estos comentarios ponen de presente que el proyecto le haría daño enorme al sistema de salud colombiano, introduciendo en él factores de incertidumbre y contradicción, favoreciendo a unos subsectores sin razón aparente, y burdamente interviniendo allí donde el mercado parece haberle servido bien a los pacientes.

Esperamos que las anteriores reflexiones brinden mayores aportes a la discusión del proyecto y que sean considerados por los honorables miembros de esta Comisión.

Cordialmente,



GUSTAVO MORALES
Presidente Ejecutivo