Bogotá D.C, 11 de agosto de 2021

Doctor:

**JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO**

Secretario General Cámara de Representantes

Referencia: Radicación Proyecto de Ley “Por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano y la sostenibilidad del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”

Cordial saludo Respetado Señor Secretario:

De conformidad con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992, presento a consideración del Honorable Senado el Proyecto de Ley “Por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano y la sostenibilidad del sistema de salud y se dictan otras disposiciones” iniciativa que cumple las disposiciones correspondientes al orden en la redacción del proyecto consagradas en el artículo 145 de la citada ley.

Por tanto, agradezco surtir el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5 de 1992.

Cordialmente,

***Hernán Banguero Andrade***

*Honorable Representante a la Cámara por Circunscripción especial NARP*

**PROYECTO DE LEY \_\_\_\_\_ 2021**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA EL TRABAJO DIGNO DEL TALENTO HUMANO Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**Artículo 1. Fomento del trabajo digno del talento humano en salud.** De conformidad con el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015, para la dignificación del talento humano en salud, se deberá garantizar la formalización laboral con respeto de todos los derechos salariales y prestacionales del 100% del personal asistencial de todos los hospitales públicos del país, antes del 1 de enero de 2023, para lo cual el gobierno nacional deberá garantizar los recursos necesarios, sin detrimento de los actuales recursos de los Hospitales Públicos.

**Artículo 2. Empresas Sociales del Estado.** Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado (ESE) y deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas.

**Parágrafo 1.** En los municipios más pequeños del país donde con la venta de servicios no se financie totalmente la prestación de servicios, el Estado concurrirá, con subsidio de oferta.

**Parágrafo 2.** Para la conformación de las redes integrales de servicios las Empresas Sociales del Estado podrán optar por la Unión Temporal o cualquiera otra de las modalidades de asociación contempladas en nuestra legislación.

**Artículo 3. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.** Las Instituciones de Educación

Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas, siempre y cuando con dicha oferta se impacté real y positivamente aquellas disciplinas con mayor déficit de especialistas en el país.

**Artículo 4. Giro directo de la UPC**. El pago anticipado en el caso de los contratos de capitación deberá ser del 100%, y del 80% para las otras modalidades de contratación tales como el pago por evento de acuerdo con la Ley 1122 de 2007.

**Artículo 5. Vigencia.** La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

***Hernán Banguero Andrade***

*Honorable Representante a la Cámara por Circunscripción especial NARP*

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS AL PROYECTO DE LEY \_\_\_\_\_ 2021**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA EL TRABAJO DIGNO DEL TALENTO HUMANO Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

Honorables congresistas,

Me es grato someter a consideración de la Cámara de Representantes el presente proyecto de ley el cual, tiene como objetivo la sostenibilidad de nuestro Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS).

**PRESENTACIÓN**

En Colombia tenemos un sistema de salud incluyente; mucho más que sistemas de otros países con mayores posibilidades financieras y a pesar de los cerca de veinticinco billones de pesos ($25.000.000.000.000) anuales que cuesta sólo el Régimen Subsidiado, nuestra Unidad de Pago por Capitación (UPC) es menor que la de países con similitudes con el nuestro, dentro de los cuales citaría inicialmente Chile y México.

Y aunque tal vez la menor capitación pueda incidir en bajos salarios del personal asistencial y/o en imposibilidades para que sobre todo los Hospitales Públicos hayan podido formalizar contractualmente a los médicos y demás personal asistencial, no cito este valor pretendiendo un aumento de dicha Unidad de Pago, ya que considero que hay cuatro (4) problemas mucho más neurálgicos que no han permitido que el sistema sea mejor: Aseguramiento en el Régimen Subsidiado en Salud, Hospitales públicos, Déficit de especialistas y Giro directo de la UPC.

1. **Aseguramiento en el Régimen Subsidiado en Salud.** El Aseguramiento en el Régimen Subsidiado en Salud hizo agua y todos los estamentos del país, incluidas la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las Altas Cortes y desafortunadamente el Congreso mismo, asistimos impávidos a irregularidades diarias que han causado que se empeore el estado de salud de los colombianos y que se mueran muchos más colombianos de lo debido en un entorno de aseguramiento universal como el que hoy tenemos, sin contar con las multimillonarias deudas que año a año acumulan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) amen de otra multimillonaria cantidad ya incobrable en cabeza de las que también año a año han sido y seguirán siendo liquidadas por ilíquidas e insolventes.

Sea oportuno además mencionar lo costoso y lo ineficaz que resulta para el sistema de salud, la intermediación financiera de las EPS:

1. En primer lugar mediante el 8% de intermediación, que equivale a más de dos billones de pesos ($2.000.000.000.000) anuales.
2. En segundo lugar mediante el 30% que destinan para integración vertical, que equivale a cerca de siete billones y medio de pesos ($7.500.000.000.000) anuales.
3. En tercer lugar el valor de la UPCS diferencial que aunque la reciben no se la trasladan a los prestadores, reteniendo entonces por esa vía cerca de cinco billones de pesos ($5.000.000.000.000) anuales más.
4. En cuarto lugar el valor del aumento de la UPCS anual del que trasladan a los prestadores aproximadamente solo el 50%, significando otro medio billón de pesos ($500.000.000.000) anuales adicionales.

Así las cosas pueden ser hasta quince billones de pesos ($15.000.000.000.000), el sesenta por ciento (60%) de los veinticinco billones de pesos ($25.000.000.000.000) que cuesta el régimen subsidiado, el porcentaje que debiendo llegar a la prestación de servicios en los Hospitales Públicos de todos los rincones de nuestro país, no llega; no llega donde está la gente que más lo necesita, que lo necesita oportunamente y sin dilaciones, aprobaciones, ni ninguna otra condición adicional.

El actual ministro de Salud y Protección Social Fernando Ruiz en su artículo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en Agenda de Salud 2018 afirmó: “Ante este panorama y la magnitud de la deuda, habría de esperarse que el proceso de RECUPERACIÓN de las EPS, dejara depuradas al final de largo periodo las EPS que quedarían operando en el país. Sin embargo el plan a 10 años, de los cuales van 3, parece ser muy lento si no se toman medidas radicales cuando las EPS no cumplan con el compromiso anual. La laxitud y debilidad en estas acciones es contraproducente. La depuración debería correr más rápido”.

1. **Hospitales públicos.** Los Hospitales Públicos y mucho más en esta pandemia, son los que han llevado el mayor peso en la resolución de salud de los más pobres del país, bien sea:
2. Tomando oportunamente las pruebas Covid 19 con su correspondiente costo de educación y especialización del personal.
3. Abriendo Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que a pesar del apoyo del gobierno nacional, ha implicado nuevos costos de adecuación de infraestructura y equipos
4. Coadyuvando con la vacunación, para lo cual de nuevo fue necesario incurrir en costos de adecuación y educación del personal, y sobre todo
5. Asumiendo inmensos sobrecostos de los Elementos de Protección Personal, elementos de los cuales además ha aumentado la variedad, calidad y periodicidad requerida.

Y ni siquiera, ellos -los Hospitales Públicos- se salvaron de la reciente barbarie que se generó a raíz del paro de abril y mayo en las principales ciudades del país, donde fueron vandalizadas varias ambulancias.

Aunque el gobierno se ocupó en su momento de reglamentar que las EPS deberían contratar como mínimo el 60% de los recursos del régimen subsidiado con Hospitales Públicos, éstas con tolerancia y ausencia de las autoridades competentes no lo cumplen, sin que haya ninguna entidad estatal que hasta el momento haga honrar lo reglamentado.

Adicionalmente vienen arrastrando grandísimos sobrecostos por la falta de liquidez que le generan las EPS, ya que deben recurrir permanentemente a créditos y sobregiros, y al no pagar oportunamente terminan comprando más caro, porque nadie está interesado en venderles insumos y equipos médicos a crédito y a largo plazo.

Ello sin contar con toda la tramitomanía que implica cobrar los servicios prestados, donde a pesar de la facturación electrónica validada por la DIAN, deben pasar por lentos procesos de radicación en inmensa variedad de plataformas, que genera devoluciones y glosas sin fundamento, y además penosos procesos de conciliación donde frecuentemente se les impone que su talento humano encargado del tema deba desplazarse para ello a otras ciudades. No obstante haberse implementado mecanismos como el de la Circular 030, ésta ha resultado ineficaz y desgastante, porque las EPS no cumplen lo acordado o ni siquiera envían a funcionarios que realmente puedan comprometerse con pago alguno originado en las conciliaciones.

Factores, estos dos últimos, que además atenta contra la posibilidad que los hospitales avancen en infraestructura, hotelería, equipos, tecnología, modernización y mantenimiento e instalaciones en general, convirtiéndose en un círculo vicioso, porque frecuentemente las EPS esgrimen esas falencias para no contratar o asumir su posición dominante de imponer sus tarifas, so pretexto que en modernas entidades privadas propias y de terceros, encuentran mejores condiciones.

Capítulo aparte merecería lo gravoso de la atención a venezolanos, que ha implicado para los Hospitales Públicos grandes costos de personal, insumos y medicamentos, pero donde el gobierno central se demora demasiado para girar a los entes territoriales y estos por supuesto otro poco más a los Hospitales Públicos.

Por último, arrastran el enorme compromiso de atender las urgencias, con la obligatoriedad de atender a todo el que llegue a dicho servicio, independientemente de su capacidad de pago, situación que aunque muchas entidades privadas no cumplen y/o ponen barreras de acceso, a éstas últimas no les generan sanción alguna, mientras que a los Hospitales Públicos sí. Al mismo tiempo que no puede existir un Hospital Público sin servicio de urgencias, si se habilitan día a día muchas entidades privadas que si tienen la liberalidad de abrir o no dicho servicio. Es decir que las privadas solo abren la puerta a servicios donde esté 100% garantizado el pago, mientras que los Hospitales Públicos no.

1. **Déficit de especialistas.** En Colombia solo hay cerca de 27.000 especialistas de los 40.000 que necesita nuestro país, y hasta ahora las Instituciones de Educación Superior que ofrecen especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, siguen abriendo promociones a cuenta gotas de apenas 2 o 3 especialistas por promoción, paso al que nunca vamos a llegar a la cobertura que logre aumentar nuestro nivel de calidad de vida y por ende disminuya la posibilidad de enfermar y de morir.

Al respecto es importante traer a colación algunos pronunciamientos de importantes galenos:

Gustavo Quintero, presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) asegura que:

“…el déficit de profesionales especializados en las distintas ramas de la medicina, incluyendo enfermeras y auxiliares de enfermería, es un problema que se ha intensificado con la coyuntura actual, sin embargo, tiene años latente en el país. Hoy, de los 110 mil médicos que hacen vida en el territorio nacional, 27 mil son especialistas y apenas 1.200 son intensivistas. Una desproporcionada cantidad frente a los 50 millones de colombianos que habitan el país.

Antes de la pandemia, explica el doctor Quintero, un intensivista lideraba hasta tres Unidades de Cuidados Intensivos al mismo tiempo. Hoy, la responsabilidad se multiplica, pues, formar a un especialista en esta rama requiere de, al menos, tres años de formación académica y práctica...”

Juan José Rey Serrano, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNAB afirma:

“…En cifras redondas, en Colombia hay alrededor de 100 mil médicos generales y cada año se gradúan alrededor de cinco mil. La relación médico general con especialista es más o menos de cinco a uno. “De cada cinco generales uno es especialista y de cada cinco generales que se gradúa hay cupo para uno en cualquier de las especialidades. Hay un cuello en los cupos, se explica porque la formación para el tema de las especialidades médico-quirúrgicas se apropia como residencia, la formación requiere de educación personalizada, práctica total y un acompañamiento muy cercano…”

La doctora Clemencia Mayorga, presidenta del Sindicato Nacional de Pediatras de Colombia (SICOLPED), afirmó en su momento que:

“…La administración nacional no permite que un mayor número de médicos generales se especialice y pueda trabajar en zonas apartadas. “Desde hace décadas se mantiene la desproporción que indica que solo uno de cada tres médicos generales ingresa a la residencia. Cada semestre miles aspiran a un cupo en la universidad para hacer un posgrado, pero muy pocos son admitidos, aun cuando están dispuestos a pagar las matrículas más costosas de todo el continente y no reciben ningún tipo de remuneración durante la especialización, cosa que no ocurre en ningún otro país del hemisferio”. Para la pediatra, si la nación no ha podido formar a los especialistas que necesita es porque el sistema es ineficiente. Los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que Bogotá cuenta con 1.6 médicos por cada mil habitantes y que el promedio en Colombia está en 1.4 médicos por mil habitantes. En tanto, países de la región en condiciones similares tienen una media de 2.5 médicos por mil habitantes…”

El doctor José Felix Patiño Restrepo, miembro de la Comisión para la Transformación de la Educación Médica, a su turno afirmó que:

“El sistema de salud es responsable del deterioro de la educación médica.

Es necesario acabar con el negocio de las aseguradoras para mejorar la educación médica y la atención a la salud.

La burocracia de las EPS acabó con la salud y la educación.”

**4. Giro directo de la UPC.** El pago anticipado del 50% para modalidades de contratación tales como el pago por evento funciona irregularmente. Algunas EPS no lo hacen, otras privilegian solo a su propia red, otras lo hacen incompleto y otras lo hacen pero no sobre el valor de lo facturado en el mes anterior como debe ser; sino que mediante esa modalidad y con la permisividad de todos los organismos de control lo hacen pero sobre lo facturado hasta 6 o más meses atrás, mientras que para el restante 50% del pago tampoco hay garantía alguna de cuando se haga, haciendo que hoy se acumulen miles de millones de pesos, ya incobrables para los Hospitales Públicos, pero de dineros que ellos ya usaron para pagar a su personal y proveedores, entre otras obligaciones, y que hacen parte de la grave crisis hospitalaria, que está a punto de tocar fondo y volverse un problema de salud pública nacional.

Después de hablar de los cuatro (4) problemas más neurálgicos que no han permitido que el sistema sea mejor, retomemos el problema central del trabajo digno del personal asistencial:

En una encuesta presentada por la Contraloría General de la República (CGR) en donde se sondeó a 12.230 profesionales de la Salud en medio la emergencia por el Covid-19 dio a conocer precarias condiciones laborales, sueldos irrelevantes, pagos impuntuales y horarios extensos es el diario vivir del talento humano en salud en Colombia. Los resultados fueron revelados en un encuentro virtual convocado por la CGR a manera de Mesa de Trabajo, en desarrollo del Programa “Transparencia para la Emergencia”, en donde participaron 12 sociedades científicas, junto a los Ministerios de Salud, Trabajo y Hacienda, así como la Federación de Aseguradores Colombianos “FASECOLDA”.

En 2019 el Colegio Médico Colombiano (CMC) recopiló las respuestas de 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer de primera mano la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud, encontrando que el 80% de los médicos generales, el 81% de los especialistas, el 52% de los rurales y el 75% de otros profesionales de la salud se ha visto afectado en el ámbito laboral. En otras palabras, tres de cada cinco médicos o profesionales de la salud reportan haber tenido inconvenientes en el trabajo. Las principales causas han sido los cambios en las condiciones del trabajo, constricción del ejercicio profesional y acoso laboral.

***Hernán Banguero Andrade***

*Honorable Representante a la Cámara por Circunscripción especial NARP*