



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

Bogotá D.C. 23 de Marzo de 2023

D.E.2917-2023

Doctor

RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO

Secretario General Comisión Séptima

Comisión Séptima Constitucional Permanente

HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES

comision.septima@camara.gov.co

Carrera 7 N° 8 – 68 Piso 5

Ciudad

Asunto: Concepto del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara “POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

Respetado secretario Albornoz:

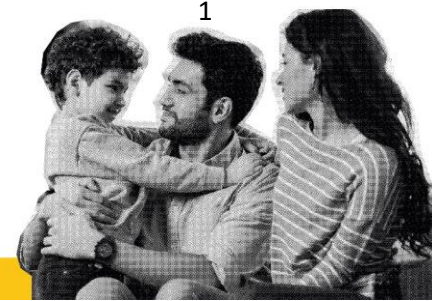
Atendiendo su solicitud de emitir nuestro concepto relacionado con el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara “POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, nos permitimos pronunciarnos sobre lo solicitado en los siguientes términos:

1. Aspectos que compartimos

Reconocemos que el país tiene que avanzar en varios aspectos que se han propuesto. Hay casi que un consenso nacional en, al menos, los siguientes puntos que también aborda la reforma:

- Mejorar la infraestructura de la red pública hospitalaria.
- Fortalecer la atención primaria en salud.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales.
- Fortalecer el trabajo intersectorial sobre los determinantes de la salud.
- Mejorar las condiciones de trabajo del talento humano en salud e incrementar su formación tanto en cantidad, como en capacidad resolutive.

1



@Gestarsalud



@gestarsaludtecuenta

www.gestarsalud.com



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

No obstante, nos preocupa que no hay claridad, en el proyecto de ley, sobre las fuentes y los recursos financieros que garanticen su implementación y sostenibilidad, y más aún, no observamos una estimación, más o menos certera, de su impacto. No hay recursos nuevos que alivien la situación financiera del sistema y preocupa que, al parecer, los recursos que financian hoy el derecho individual a la seguridad social en salud, se distribuirán en subcuentas, dentro de la ADRES, que van a financiar los gastos de la reforma y, entonces, la salud que demanden los colombianos se financiará hasta donde el presupuesto lo permita, situación que se ratifica en el texto cuando se dice que lo dispuesto en el proyecto está sujeto a disponibilidad presupuestal y al marco fiscal de mediano plazo.

2. Otros aspectos positivos del proyecto.

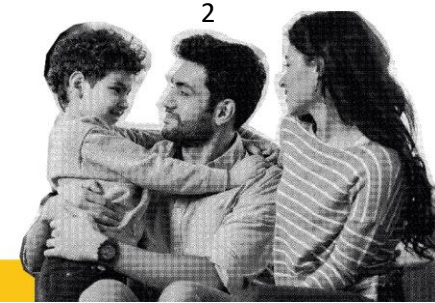
Es claro que el sistema debe tener una permanente mejora en diferentes aspectos de su operación, no sólo dónde hay problemas y debilidades, sino también, donde hay oportunidades.

En este aspecto, coincidimos en la necesidad de mejorar los sistemas de información, mejorar el acceso a los servicios de salud más cuestionados por las tutelas, peticiones y quejas de los usuarios y combatir la corrupción en todos los actores y a todos los niveles. Estas son tareas permanentes, ineludibles e interminables, cuyo fortalecimiento apoyamos y compartimos plenamente.

No obstante, se advierte que estas buenas intenciones tienen que instrumentalizarse y financiarse adecuadamente, para evitar frustraciones.

3. La necesidad de mantener el aseguramiento en salud.

Al comienzo del debate sobre la reforma se interpretó la labor de las EPS como de simple “intermediación financiera”, cuya eliminación, en consecuencia, no sería relevante, ni traumática. La realidad demuestra lo contrario y el texto mismo de la reforma termina por reconocer, tácitamente, la importancia del rol de las EPS, pues dedica la parte más importante y robusta del articulado a reacomodar y distribuir sus funciones, en varias nuevas instancias sustitutas, sin augurar mejora alguna y amenazando la integralidad y eficiencia de la garantía del derecho a la salud.





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

Así las EPS desaparezcan, se necesita quien haga sus veces. Ahora bien, quien haga esa tarea, debe saber hacerla, y debe hacerla bien y de manera coordinada. Debe tener un talento humano idóneo, herramientas tecnológicas y administrativas adecuadas para ello. El afán de sustituirlas no puede llevar a la improvisación y al deterioro de funciones que va a ir en contra de la atención a los usuarios.

El aseguramiento en salud ha permitido lograr la cobertura universal, el acceso a tratamientos de alta complejidad, que no habría sido posible financiar sin el aseguramiento, que fue el modelo que adoptó el país para garantizar el derecho a la salud y seguridad social según el artículo 48 de la Constitución Política. El mandato constitucional señala que la seguridad social es un servicio público obligatorio, que podrá prestarse en concurrencia con los particulares. Es así como se invita, en la Ley 100 de 1993, a que participe la empresa privada, continúan las entidades de la seguridad social como el ISS, Cajanal, Caprecom y otras cajas de previsión, que inicialmente tuvieron la posibilidad de adaptarse al Sistema General de Seguridad Social y que con el tiempo fueron desapareciendo, esencialmente por debilidades en la gestión y otras diversas causas. También se invitó a participar a otras entidades que tenían alguna injerencia en la salud antes de 1993, como son las Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud que fueron la antesala del régimen subsidiado de salud.

En nuestro concepto el proyecto de ley es violatorio del artículo 48 de la Constitución Política de Colombia porque dicho artículo señala: *“La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”*. Al utilizar la expresión seguridad social, el constituyente no distinguió entre seguridad social en pensiones, en salud o en riesgos laborales por lo que debe entenderse que esta expresión abarca todos los componentes de la seguridad social. En efecto, la ley 100 de 1993 que es posterior a la Constitución Política de 1991 mantiene ese mandato y permite que en materia de pensiones, salud y riesgos laborales participen en la prestación del servicio tanto entidades públicas como entidades privadas. Con el proyecto de ley presentado se vulnera esta disposición constitucional porque restringe la participación de las entidades privadas en el servicio público de seguridad social en salud que quedaría exclusivamente a cargo de entidades públicas.

Los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en protección financiera, bajo gasto de bolsillo, y oportunidades para todos los colombianos que padecen enfermedades graves y de alto costo, algunas de ellas crónicas, son innegables. La





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

posibilidad de libre elección es un principio de la Ley Estatutaria de Salud que se debe proteger y garantizar y que la propuesta de reforma elimina.

En ese sentido consideramos que el proyecto de ley es violatorio de la ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud en particular el artículo 6 que señala: *“ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

(...)

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

El proyecto impide a los usuarios seleccionar libremente la entidad de seguridad social en salud que le garantizará los servicios y dado el rango de la ley 1751 de 2015 no puede ser modificada por una ley ordinaria. No sobra advertir que las entidades de salud hoy comprenden tanto a las EPS como a las IPS ambas regidas por unas normas específicas de habilitación y en donde el usuario tiene derecho a la libre elección en estos dos niveles.

Para las personas pobres y vulnerables el hecho de tener un subsidio a la demanda, es la materialización del derecho individual. Para quienes contribuyen es la materialización de la parafiscalidad a la que tienen derecho. El hecho de que los recursos disponibles se acumulen en la ADRES y se traduzcan en un percápita calculado en función de la edad, el sexo y el municipio de residencia, igual para todos, genera equidad y hace efectiva la solidaridad. Por ello, consideramos que con la propuesta, se está eliminando el derecho individual de las personas por un lado al acceso a la seguridad social y por el otro a la libre elección de la entidad que garantizará los servicios de salud.

El aseguramiento ha permitido manejar un gasto percápita en salud relativamente bajo en comparación con otros países del mundo, con una cobertura de beneficios muy amplia que incluye prácticamente todos los procedimientos médicos y medicamentos existentes salvo las exclusiones explícitas.





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

4. La eliminación de la seguridad social.

La idea de acabar las EPS tampoco puede terminar sepultando el derecho irrenunciable a la seguridad social en salud, plasmado en el artículo 48 de la Constitución del 91.

Los antecedentes de la asamblea nacional constituyente y los de la comisión constitucional de Seguridad Social, que la asamblea ordenó conformar, mostraron que, entre los tres subsectores del sector salud, el público, el privado y el de la seguridad social, se consideró al subsector de la seguridad social, a pesar de sus dificultades, como cualitativamente superior para garantizar la salud, en el que debían confluir los otros dos, para que el seguro de salud no fuera ya solo un derecho de los empleados y trabajadores formales, sino un derecho de todos los habitantes, ampliando progresivamente la cobertura a la familia del trabajador, inicialmente, luego, a los trabajadores independientes de manera obligatoria y, finalmente, a las personas sin capacidad de pago, mediante subsidios. De esta forma ocurrió en la práctica y la cobertura de la seguridad social universal se dio, tanto en la inclusión a toda la población a la seguridad social en salud como en la igualación de beneficios.

Llegar a los logros obtenidos hoy de cobertura universal e igualación de beneficios entre las personas con capacidad de pago y las personas más pobres y vulnerables ha representado un esfuerzo de 30 años y de muchos gobiernos trabajando en la misma dirección que se pueden perder por una mala decisión

Perder el seguro de salud, que ha alcanzado la cobertura universal, para volver a un sistema prestacional, donde no hay garante, es un franco retroceso que amenaza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y va en contravía del artículo 48 de nuestra Constitución, que reconoce a la seguridad social como un derecho irrenunciable, de todos los habitantes del territorio nacional. Si es un derecho irrenunciable, menos aún podrá ser arrebatado, sin violar la Constitución Política.

De la misma manera, no se puede desconocer que los recursos de la seguridad social, por mandato constitucional, no se pueden utilizar ni destinar a fines diferentes a ella, así se trate de un sistema público de prestación de servicios de salud, ni siquiera, intentando redefinir la parafiscalidad en contravía de la Constitución Política.





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

La historia de la salud del país desde la posguerra es una historia ligada a la seguridad social. Para los pobres y vulnerables se tuvo un Sistema Nacional de Salud hasta 1993, con subsidios a la oferta a los hospitales públicos que se financiaban con presupuestos históricos asignados y que en general se agotaban antes de terminar la vigencia fiscal y nunca fueron una protección efectiva para la población pobre.

Era impensable en esas épocas que una persona pobre accediera a un tratamiento de cáncer, a un trasplante o a un tratamiento para una enfermedad huérfana. Era impensable por ejemplo, que un niño de Amazonas viniera a Bogotá con su acompañante a ser tratado por un cáncer en la misma institución en donde se trata a los niños de una familia con capacidad de pago. El acceso a las mejores tecnologías ha sido un hecho. Con la propuesta del Gobierno, estas oportunidades se ponen en riesgo.

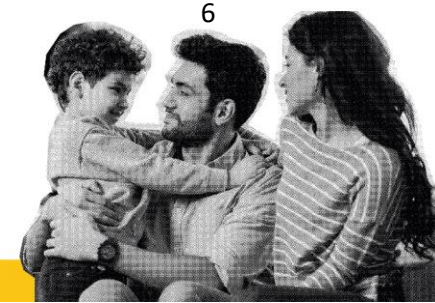
La Cuenta de Alto Costo, para la vigencia 2021 se informaron 380.086 personas diagnosticadas y con tratamiento de cáncer de las cuales el 30 por ciento son del régimen subsidiado en salud. Frente al cáncer pediátrico, se reportaron 3.529 casos en población perteneciente al Régimen Subsidiado, con una representación porcentual del 48% en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según datos de SISPRO, se han atendido 984.666 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, de las cuales el 38% corresponde a población pobre y vulnerable, a quienes se les han realizado 2.275.297 número de atenciones con un costo estimado de \$ 274.418.218.926.

Sobre otras patologías de alto costo, también a cuatro cohortes (Enfermedad Renal Crónica, HTA, Trasplante Renal y VIH) se han atendido a 5.655.823 casos, de los cuales 3.564.476 (63%) corresponden a población con capacidad de pago y 2.091.347 (37%) a la población pobre y vulnerable asegurada con subsidio.

5. Acceso de los usuarios:

El texto del proyecto de ley 339, plantea un enorme riesgo para la atención a los usuarios porque se perderán las redes de prestadores de servicios que las EPS tienen ya organizadas y que están al servicio de pacientes y usuarios, y en su defecto el proyecto prevé la conformación de redes que denomina integradas e integrales pero que en realidad no lo son. En efecto, se plantean redes para la atención primaria, los servicios especializados ambulatorios, los de hospitalización, urgencias médicas y odontológicas, rehabilitación, laboratorios y suministro de medicamentos, las cuales serían esencialmente

6



@Gestarsalud



@gestarsaludtecuenta

www.gestarsalud.com



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

públicas. Es decir, siete redes diferentes y desintegradas, sin que se esté planeando una coordinación que integre las necesidades y cubra lo que requieren los pacientes con integralidad y sin fraccionamiento. Es lógico que la propuesta del proyecto de ley tan fragmentada tiene retos infinitos de coordinación que es poco posible que logre el sector público y riesgos mayores de falta de integración, fragmentación, oportunidad y mejores resultados en salud.

El proyecto señala que los CAPIRS serán la puerta de entrada al sistema; no obstante, no es claro de que tipo de institución se trata. Señala que serán integradas y manejadas por los Fondos Territoriales las redes de mediana y alta complejidad. Pero nuevamente, no es clara la forma como va a ser la coordinación para que la atención integral del paciente se materialice.

En la práctica el proyecto va a crear 2.500 mini EPS en todo el país (los CAPIRS) encargados de coordinar redes de mediana y alta complejidad, lo cual desde el punto de vista administrativo resulta un proceso ineficiente. El mismo gobierno ha señalado que la consolidación de los CAPIRS puede tardar más de 10 años lo cual representa un riesgo enorme en la garantía del derecho a la salud de los colombianos migrar a un sistema cuya construcción plena tarde más de 10 años por cuanto de derecho fundamental a la salud es de aplicación inmediata y no admite transiciones.

Además esto tiene el agravante de que el acceso a los servicios de salud será a través de un único CAPIRS a la cual la persona debe estar adscrita, lo que en un país con importantes niveles de movilidad interna de la población representará una verdadera barrera de acceso a los servicios de salud. Hoy en día las personas acceden a los servicios de salud por cualquiera de las IPS que hagan parte de la red prestadora de las EPS.

6. El financiamiento podría colapsar:

El proyecto de ley no explica de manera detallada cómo sería el control del gasto que permitiría cubrir las necesidades de atención para los usuarios. Es bueno recordar, que ha sido una labor fundamental de las EPS hacer gestión del riesgo de salud y financiero utilizando eficientemente los recursos de la UPC para que los millones de afiliados puedan tener a su servicio las redes de atención que hemos construido por muchos años. Es muy importante tener presente que sin una administración eficiente de los recursos, estos no

7



@Gestarsalud



@gestarsaludte cuenta

www.gestarsalud.com



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

alcanzarán para atender los crecientes costos de los servicios de salud. Los ciudadanos tendremos que soportar las consecuencias. Los pacientes estarán en riesgo de no ser atendidos y las finanzas públicas colapsarán.

Las experiencias de fondos pagadores públicos, han sido nefastas en el país y han puesto en riesgo las finanzas sectoriales. Además de ser imposible el control del gasto sin la debida gestión de riesgos en salud; los riesgos de corrupción y fuga de recursos se han materializado en varias ocasiones. Ejemplos tenemos muchos:

- Las EPS transitorias años 1995-1996 como antesala del régimen subsidiado.
- La libre adscripción del seguro social años 1997-1998
- Atención en Salud de Población desplazada con recursos del FOSYGA como pagador directo. Años 2001-2002.
- Los recobros del régimen contributivo al FOSYGA.
- Los recobros del régimen subsidiado a departamentos y distritos.

Los casos de corrupción más notorios se han dado en el país por ese tipo de pagadores. En muchos casos, como en el de las EPS transitorias, no existió ni siquiera referencia de lo que pasó con los recursos.

Aunque es razonable que la ADRES funja de tesorería de las EPS, mediante el giro directo a las IPS, no es aconsejable que no haya quien organiza los servicios, es decir, quien, de manera inteligente e informada, contrata y compra y, luego, audita y ordena el pago.

7. Los usuarios enfrentarían dispersión de responsabilidades:

Tal y como está previsto, los usuarios estarían desamparados ante sus reclamos y solicitudes. Actualmente, los usuarios del sistema de salud tienen claro que existe una sola entidad (EPS) responsable de garantizar todos los servicios de salud que requieran, desde el procedimiento más sencillo hasta el más complejo. El texto radicado muestra que se dispersan esas responsabilidades entre la ADRES, los Fondos Regionales de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y los Centros de Atención Primaria, entre otros. En últimas, no habrá quién responda por el usuario como hoy sí sucede. La coordinación de todas las instancias públicas que se plantean es muy ambiciosa y seguramente excesivamente traumática.





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

Se trata de una experimentación institucional que en otros sectores puede darse cuando no esté en juego un derecho fundamental autónomo como el de la salud, pero que en este sector esa experimentación institucional se cuenta en vidas humanas que generarían un perjuicio irremediable. No hay evidencia histórica en mas 200 años de vida republicana en Colombia de que el sector salud administrado y manejado exclusivamente por agentes públicos sea mejor o superior a un sistema mixto que permita la presencia de agentes públicos, privados o mixtos. Ese pluralismo de origen constitucional y que constituye la médula central de nuestro sistema se elimina con el proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional

Los pacientes y usuarios rechazan la propuesta porque saben que esta propuesta no va a mejorar la atención. No se enfoca en resolver los verdaderos problemas.

8. La transición propuesta será inviable.

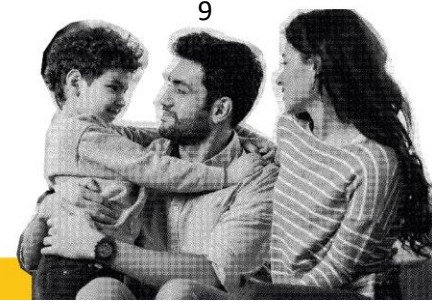
Se plantea una transición indefinida mientras se estructura el nuevo modelo, en la cual las EPS tendrán que seguir operando, tal y como operan hoy. Así el compromiso de nuestras agremiadas con sus afiliados sea irrestricto, un escenario premonitorio de fin de actividades, así no se exprese el término, será una agonía prolongada, con enormes dificultades para la operación, en medio de semejante incertidumbre. La responsabilidad frente a los afiliados de operar obligatoriamente en condiciones adversas, debilita la confianza de proveedores y trabajadores, y limita las inversiones, generando un clima no apropiado, que deteriora inevitablemente el ejercicio de la labor de nuestras agremiadas.

En este punto, cabe recordar que varias EPS están en proceso de transición para adecuarse, en el régimen subsidiado de salud, a unas condiciones financieras similares a las de las compañías de seguros. En efecto, el Decreto 2707 de diciembre de 2014 y sus modificatorias plantean una transición de diez años para la capitalización, que en muchos casos se encuentra frenada ante un escenario de no continuidad de las EPS. Dicha transición termina en algunos casos en 2024 y hasta 2031.

Frente a la incertidumbre y desconfianza, los agentes y proveedores restringen su operación. Esto es obvio en un Sistema donde hay codependencia de unos y otros.

Claramente las entidades con mayores retos financieros son las entidades de la economía popular como las solidarias y cooperativas, que nacen como se dijo de una política pública

9



@Gestarsalud



@gestarsaludte cuenta

www.gestarsalud.com



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

diseñada por el Estado, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades con capitales públicos. La incertidumbre que genera la reforma, algunas de ellas por ser incluidas en la exposición de motivos como entidades incumplidas, sin considerar las circunstancias particulares de su naturaleza y la misma imposibilidad para concretar capitales que genera el ambiente reformista, o desconociendo las capitalizaciones recientes, es bastante cuestionable.

No se consideran circunstancias sobrevinientes como la pandemia que obliga a las EPS a volcarse a su atención. Tampoco se consideran los efectos en las finanzas de las entidades del incremento de frecuencias de uso y el crecimiento atípico de la inflación y devaluación de los últimos años, que superan en varios puntos porcentuales lo estimado cuando fue calculada la UPC. Suficiente evidencia existe sobre la insuficiencia de recursos, que se está presentando y que no va a variar haciendo las modificaciones al sistema de salud que está propuesta y por el contrario agrega elementos que pueden resultar muy temprano en un desbordamiento del gasto, sobre el cual hay suficiente evidencia.

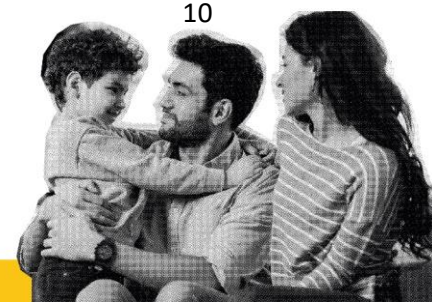
Por lo tanto, plantear un escenario de transición indefinida, con las mismas obligaciones, como el expuesto en el texto de proyecto, no es posible para las EPS agremiadas.

9. El sistema se ha venido mejorando a través de los años.

El sistema que tenemos hoy, en su esencia mantiene los principios de la Ley 100 de 1993; no obstante en estos años el sistema ha evolucionado y se han hecho importantes transformaciones. Seguramente se necesitarán muchas más.

En esta historia de 30 años vale la pena recordar algunas transformaciones producto del afianzamiento del derecho, la gestión institucional, los avances tecnológicos y el trabajo de miles de personas de las instituciones de la seguridad social, así como de los pacientes que se han empoderado y han exigido sus derechos.

Evolución del Régimen Subsidiado de Salud. El régimen subsidiado de salud empezó en 1996, con una operación muy compleja. Se suscribían contratos del régimen subsidiado para materializar la afiliación de las personas. Estos contratos se suscribían entre los municipios y departamentos, con las EPS, hasta el año 2000; y después de la ley 715 de 2001, solo los municipios con las EPS que habían escogido los afiliados. Los pagos se





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

hacían por los fondos locales de salud con retrasos importantes entre 90 y 180 días. Las EPS debían cobrar al departamento y al municipio y el Ministerio de Salud autorizaba la cofinanciación una vez cumplidos unos requisitos que en general el municipio no cumplía a tiempo. El resultado era una demora importante en el flujo de recursos y algunas administraciones los desviaron. Incluso, en muchos casos, los municipios no pagaron a las EPS, denominadas ARS, para la época.

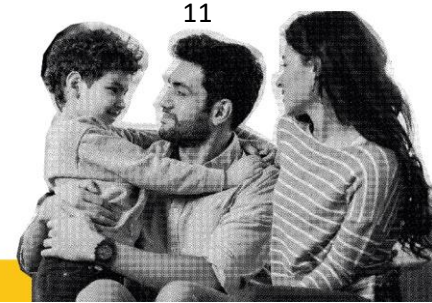
En 2012 se reconoció este problema y se realizó un saneamiento de las deudas que ascendían a aproximadamente \$780.000 millones de esa época, de los cuales se reconocieron \$530.000 millones para lo cual se habilitaron fuentes como, excedentes de cuentas maestras, FAEP, regalías e incluso FOSYGA. La deuda restante debía ser revisada por la Superintendencia Nacional de Salud. Nunca se obtuvo el resultado de esta revisión que debía hacerse, como tampoco se conocieron sanciones por el desvío de los recursos que se identificaron plenamente.

Esta situación se corrigió mediante la Ley 1438 de 2011, con el manejo sin situación de fondos de los recursos del Sistema General de Participaciones girado desde el FOSYGA y el reconocimiento desde la Nación de la UPC. Posteriormente con la creación de la ADRES en 2017 se garantiza el 100 por ciento de los recursos de la UPC girados desde la Nación de manera puntual. Esta fue una transformación fundamental que permitió que todas las EPS pudieran manejar los dos regímenes y posibilitara la movilidad y la portabilidad de la afiliación como garantía para el afiliado de tener cobertura donde se encontrara y si pertenecía al régimen subsidiado y conseguía un trabajo temporal el proceso de continuar con su afiliación fuera automático.

Estos avances se debilitan en la propuesta, se vuelve al manejo disperso de los recursos a través de distintos fondos públicos, con el riesgo de repetir historias conocidas.

Afiliación y base de datos única. De la misma manera ha evolucionado la afiliación, desde tener bases de datos separadas por EPS, con muchos duplicados e inconsistencias hasta tener hoy una Base de Datos Única de Afiliados BDUA, y un sistema de afiliación transaccional. La base de datos del sector salud es quizás la más completa de cualquier sector en el país.

Mecanismos para agilizar el flujo de recursos en el sistema. Con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se estableció el mecanismo de giro directo de los recursos del régimen subsidiado y contributivo a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los proveedores de servicios y tecnologías en salud, garantizando de esta manera la





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

continuidad en prestación de servicios de los afiliados al SGSSS. Muestra lo anterior, es que a través de este mecanismo se giraron alrededor de \$17 billones de pesos entre la red pública y privada del país, tal como se muestra a continuación:

Tabla 2. Giro directo realizado por la ADRES – vigencia 2022.
Cifras en miles de millones de pesos

Naturaleza Jurídica	Valor Girar IPS	% Giro
Privada	9.612	56,21%
Pública	7.249	42,39%
Mixta	241	1,41%
Total General	17.102	

Fuente: Lupa al giro – ADRES.

Transformación del FOSYGA. La creación de la ADRES resuelve el problema de las inflexibilidades de las subcuentas del FOSYGA, de la existencia de un fondo sin personería jurídica incapaz de responder y el manejo disperso con varios contratos. En este punto cabe mencionar que todos estos avances se borran en la propuesta presentada.

Ley Estatutaria de Salud. Afianza el derecho fundamental, contempla la existencia de un ente similar a las EPS que denomina gestores, contempla la existencia de un plan de beneficios, que dice debe ser actualizado cada dos años, garantía de la libre elección. Aspectos que entre otros, no son considerados en el proyecto.

10. Los principales problemas que no tienen solución concreta en el proyecto.

- Falta de oportunidad por escasez de talento humano de algunas especialidades.
- Falta de acceso por situaciones geográficas.
- Falta de camas hospitalarias en algunos municipios e incluso en algunas zonas de grandes ciudades.
- La UPC cada vez es más estrecha. La mayor parte de las EPS no generan excedentes. La siniestralidad promedio es del 95%% en 2022. Debe generarse rápidamente una revisión considerando que los hospitales públicos en general tienen enormes problemas para reportar los registros de atención tanto para la base de datos RIPS como para la de Suficiencia. Esta última base de datos, se solicita





GESTARSALUD

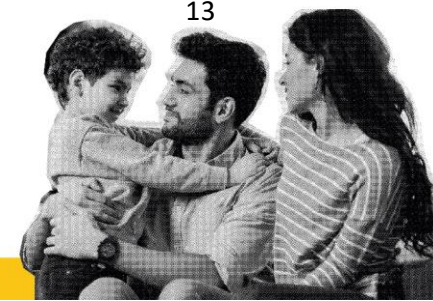
Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

a partir de 2004 ante la mala calidad de los RIPS que reportan directamente los hospitales. No obstante se convirtió en una necesidad y se normalizó la solicitud. En el fondo se están reportando los datos dos veces y son de mala calidad.

- El pago de las tecnologías nuevas no se ha logrado estabilizar. La estrategia de valores máximos fue buena para la ADRES porque disminuyó los procesos de auditoría y muy mala para las EPS y por ende para los usuarios, que han tenido que esperar más de un año para el ajuste de los gastos por ejemplo del año 2021.
- Entrega inoportuna de medicamentos. No se prevé en el proyecto ni siquiera como se van a dispensar los medicamentos.

11. El texto es repetitivo e inconsistente en varios puntos. Algunas inconsistencias en el articulado se mencionan a continuación:

- El artículo 1 del proyecto señala que el objeto de la ley es reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y establecer el Sistema de Salud, pero en realidad lo que hace todo el articulado posterior es acabar con el Sistema General de Seguridad Social en Salud que sólo vuelve a mencionarse en el artículo 149 a propósito del régimen de transición.
- Señalan los artículos 9 y 10 del proyecto que el Consejo Nacional de Salud será una instancia de dirección del sistema con autonomía para la toma de decisiones, pero el artículo 12 del proyecto sólo le señala como funciones presentar propuestas y elaborar informes, con lo cual se anula toda capacidad de decisión. La capacidad de decisión se concentra en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El artículo 29 del proyecto establece que la ADRES tendrá sólo dos cuentas que son la de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) y la de Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. Sin embargo, en el artículo 42 se menciona que los Fondos Regionales de Salud recibirán recursos de la ADRES de las siguientes cuentas: Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE). Estas cuentas no están en ADRES. ¿Como será entonces el manejo de esos recursos?
- El artículo 32 del proyecto señala que el Plan decenal de Equipamiento en Salud se financiará con los recursos de la Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud. Sin embargo, esta cuenta no aparece en el Fondo Único Público para la Salud, ni en las cuentas de la ADRES. ¿De donde saldrán los recursos para financiar la infraestructura en salud y cual es su fuente?

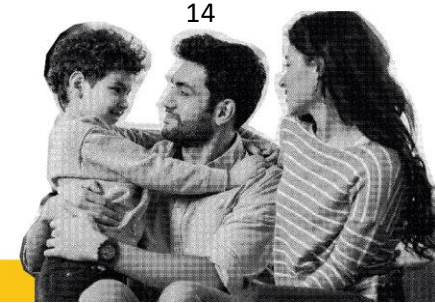




GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

- El artículo 43 del proyecto señala que el Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud pero el artículo 47 del proyecto establece que el Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, (aunque los nombres no coinciden asumimos que se trata del mismo fondo) será un funcionario de la ADRES. Esto significa que a pesar del nombramiento por parte del Consejo Administrador, el Gerente del Fondo Regional tendrá un superior jerárquico que es el Director de ADRES. ¿A quien obedece instrucciones este funcionario público? ¿Al Consejo Administrador o al Director de la ADRES?
- El artículo 51 del proyecto establece que toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la atención en salud a las entidades prestadoras de servicios de salud y que se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite. Por su parte el artículo 83 señala que todas las personas deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia y el artículo 84 señala que los CAPIRS serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. ¿Pueden entonces en realidad las personas acudir a cualquier prestador de servicios de salud para recibir la atención que requieren o sólo pueden recibir servicios en el prestador al cual los remita el CAPIR?
- El artículo 76 del proyecto señala que las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS son entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria. De igual manera el artículo 77 señala que las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental de la salud. Pero posteriormente el artículo 79 establece que Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. ¿Las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS se conforman por voluntad de sus integrantes o por decisión de los departamentos y distritos?
- El artículo 76 del proyecto establece que los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se dispensarán por las Redes integradas e integrales pero a renglón seguido hace el siguiente listado de redes:





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

Las redes integrales e integradas de servicios son:

1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS.
2. Redes de servicios especializados ambulatorios.
3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria.
4. Redes de urgencias médicas y odontológicas.
5. Redes de rehabilitación.
6. Redes de laboratorios.
7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud.

Estas redes claramente no cumplen con el requisito de garantizar la integralidad en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Son redes fraccionadas que parten del tipo de servicios mas no integradas ni integrales. El usuario deberá transitar por varias redes para garantizar su derecho.

- El artículo 100 del proyecto señala que los servicios para las enfermedades raras se pagarán de la Cuenta de Enfermedades Raras conforme al artículo 31 del proyecto. Sin embargo, el artículo 31 del proyecto no hace referencia a esta cuenta y ningún otro artículo del proyecto la menciona. ¿De donde saldrán los recursos para efectuar estos pagos y cual es su fuente?
- El artículo 122 del proyecto señala que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud. Sin embargo, esta subcuenta no se menciona en ninguna otra parte del proyecto. ¿De donde saldrán los recursos y cuales son las fuentes para financiar la investigación en salud?
- Se prevé el pago de prestaciones económicas en los fondos regionales. Este proceso extremadamente complejo, se gestiona por la EPS y se tramita de cerca al aportante. Esta reforma no propone algo concreto respecto a este beneficio. Todo esto supone un gran desconocimiento de los procesos operativos.
- No se tocan los regímenes exceptuados donde las personas sufren enormes vulneraciones y no tienen derecho a la libertad de elección.





GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento en Salud

Agradecemos la oportunidad de presentar nuestras apreciaciones y esperamos que se evalúen, así como las múltiples manifestaciones de los académicos, pacientes, Ex Ministros de Salud , ex funcionarios del sistema, actores del sistema, analistas económicos, entre muchos otros, que advierten los riesgos para todos los afiliados actuales, de este proyecto.

Atentamente,

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Directora Ejecutiva

