

Bogotá D.C, Marzo 15 de 2023

**Honorables Congresistas
Comisiones Séptimas Constitucionales.
Cámara de Representantes.
Senado de la República.**

Asunto: Observaciones al PL 339 de 2023 Cámara “Por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”

Honorable Congresista,

Le extiendo un atento saludo desde **Pacientes Alto Costo**, organización centrada en el derecho a la participación social en salud. Trabajamos desde 2005 por el goce efectivo del derecho a la salud a través de la incidencia en distintos espacios institucionales y el voluntariado social dado que no recibimos dinero de ningún actor del sistema de salud u otros sectores que tengan que ver con el mismo.

En el marco de nuestra incidencia por la materialización del derecho fundamental a la Salud somos peritos voluntarios de la Corte Constitucional en el seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008; en el Congreso de la República hemos participado activamente en el trámite de las leyes del sistema de salud tales como la Ley 1122, 1438, Leyes de cáncer, Ley 1616 de salud mental, acuerdos de punto final, reforma de Supersalud, Ley Estatutaria de Salud, etiquetado frontal y bebidas azucaradas, entre otras iniciativas

Recibimos quejas de todos los pacientes del país a través de nuestra página web www.pacientesaltocosto.org, las cuales procesamos y las estadísticas nos permiten identificar los principales problemas del sistema de salud colombiano.

Con este recorrido en el activismo durante 18 años y la legitimidad social que nos da el conocimiento del sistema y los logros alcanzados, comedidamente pongo a consideración de ustedes las respuestas dadas a las preguntas planteadas por la Bancada Política del Partido Mira, las cuales enviamos en días pasados y queremos que sean de público conocimiento para ustedes aclarando que **acompañamos la reforma propuesta por el gobierno Nacional y solicitamos que se pueda realizar en fases bien determinadas en el proyecto de ley y comedidamente solicitamos considerar las siguientes observaciones.**

A continuación, estás son las respuestas a las preguntas formuladas:

1. ¿Qué aspectos positivos, desde el punto de vista del bienestar del usuario del sistema de salud, se contemplan en la reforma?

Uno de los ejes de la reforma es la inversión para la red hospitalaria pública, que modifica las empresas sociales del estado ESES en red pública de salud con objetivo social únicamente, algo muy importante ya que gobiernos anteriores favorecieron la liquidación de hospitales públicos, el tener red hospitalaria pública bien dotada y en funcionamiento ayudaría a acercar más la atención de salud en ciudades y cabeceras municipales donde las eps no compran estos servicios por las deficiencias que tienen la red pública o porque no lo quieren hacer.

La construcción de nuevos centros de atención primaria en salud, en especial en municipios donde no hay, es muy benéfico para la comunidad para evitar desplazamientos en busca de atención médica.

Es importante tener en cuenta que si se aprueba en ley se debe de ver reflejada en el presupuesto del ministerio en la cuenta de inversiones en red hospitalaria para 2023-2024-2025.

Consideramos que no se adjuntó un inventario descriptivo de las condiciones físicas y operacionales actuales en que está la red hospitalaria pública ni el punto a donde se quiere llegar para poder establecer un presupuesto adecuado y un cronograma de ejecución. Tampoco se informa a que población beneficiaría ni un comparativo frente a la red privada en atención de I, II, III nivel para poder establecer una priorización de inversión, de recursos y el tiempo para conocer el impacto positivo a la población.

El concepto de modelo de atención primaria en salud preventiva y predictiva consideramos que es importante y va dirigida a mejorar el sistema para obtener resultados en salud. Sin embargo el concepto de estar centrado en la persona, la familia y la comunidad está lejos de poder implementarse por la no existencia de un sistema unificado de información en salud, interoperable y en línea, el cual es necesario para poder hacer atención médica predictiva.

Referente al sistema de información planteada, es positivo, ya está ordenado en la ley estatutaria y solo falta asignar recursos para implementarlo.

En cuanto a la parte laboral del trabajadores de la salud de la red pública, es importante porque permitirá disminuir la rotación de médicos que afecta la calidad de la atención y ayudaría a que se motiven para ir a esas regiones apartadas a donde no llega el sistema de salud, sin embargo la presidencia emitió el decreto para acabar la vinculación laboral por medio de prestación de servicios “OPS” por parte del estado y solo falta definir el tipo de contratación para conocer los costos.

Consideramos que lo referente a inversión en red hospitalaria publica se puede hacer desde ya, porque una de las funciones del MPS es la de inversión en red hospitalaria, solo se necesitaría pedir presupuesto y presentar el proyecto de mejoramiento desde centros de salud hasta hospitales para estructura física y dotación.

La eliminación de cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación se ve como un beneficio para el paciente para que no sea barrera de acceso, pero también expresaron algunos pacientes que puede aumentar el acceso al sistema y no se alcanzaría a dar esa atención.

De igual modo, la eliminación de dos regímenes de afiliación por la inscripción en los Centros de atención primaria de todos los colombianos se percibe muy beneficioso, pero preocupa que los mecanismos que vigilan la evasión no son eficientes y se disminuyan los recurso de aportes.

Los consejos nacional, departamental y municipal de salud, pueden ser de utilidad desde el punto de vista de integrar a todos los actores. Durante la pandemia de COVID se inició un ejercicio muy similar que empezó a mostrar algunos resultados y es solamente seguirlo operando y ajustarlos a medida que se gane experiencia, por lo tanto no se necesita reforma para hacerlo.

Respecto a la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, al igual que las departamentales, distritales y municipales consideramos que es positivo y se puede implementar por un decreto ley de presidencia.

2. ¿Qué aspectos negativos, desde el punto de vista del bienestar del usuario del sistema de salud, se contemplan en la reforma?

- La división de la atención medica del paciente en dos unidades administrativas CAPS y niveles de atención especializada está en contra de la atención integral, porque el paciente es fragmentado como ser humano en niveles de atención. Desde el punto de vista administrativo consideramos que es un sobrecosto al tener la compra de servicios de atención primaria

en municipios y la especialidad en los departamentos y la coordinación entre estas dos partes como está planteada se ve menos eficiente al modelo actual donde la eps compra todo y mal o bien el paciente solo tiene un solo ente a donde reclamar las falencias.

El definir exactamente que se compra en los CAPS y que por los departamentos es un problema para el paciente al momento de tener que reclamar las deficiencias de la atención.

- El concepto de redes integrales e integradas de atención es una buena intención y beneficiaria al paciente, pero en un mercado tan aromatizado en ventas de servicios de atención y la concentración en ciudades capitales y la no oferta en cabeceras municipales ni rurales dispersas, al definir las por regiones, los pacientes manifiestan preocupación de las regiones que no tienen tanta oferta de que se limite moverse a otras regiones para atención.
- La atención de los programas especiales como VIH, Fibrosis Quística, Artritis Reumatoidea, trasplantados, Diálisis, Cáncer, etc. los pacientes manifiestan temores por los cambios que se puedan dar ya que se abrirá la oportunidad de que entren ips que eps no les compran servicios o se formen nuevas y entren a la conformar la nueva red de atención.
- Referente al tema de medicamentos, el PL plantea muchas confusiones como desde compra centralizada, subasta anual, y menciona algo de operadores pero no es clara de cómo quedan, lo cual es altamente preocupante porque no mejora lo que existe actualmente, dejando de nuevo el problema de entrega de medicamentos en zonas dispersas sin solución.
- Los pacientes plantearon que esa división administrativa en la compra de servicios en el tema de medicamentos también los preocupa por que no mejora nada y consideran que va a tener más problemas.
- En el tema de traslados a otras ciudades para atención de los pacientes, consideramos que si hoy es un problema con el nuevo modelo no mejorara y han expresado que tendería más a empeorar.
- El pago de incapacidades no quedo claro en el PL de quién lo hará o por donde se inicia el proceso de cobro también es preocupante.
- La inscripción el CAPS del núcleo familiar en el barrio donde vive no se ve viable para facilidad de acceso a la atención primaria, debido a que es una realidad que muchas personas tienen casas dormitorio y serviría más un CAPS cerca de sitio de trabajo ejemplo padre y madre, debería ser por persona de acuerdo con facilidades de acceso.
- Para los trabajadores que viajan permanentemente no se ve claro la atención cuando cambia de lugar y esa administración dividida de la atención afectara el goce efectivo del derecho.

- El estado como pagador no goza de fama de ser cumplido, consideramos que el tema de cartera a la red prestadora se puede aumentar respecto a la situación crítica actual y terminaría afectando la atención.
- La eliminación del pago y asignación de recursos para el derecho a la salud en forma de “UPC más PRESUPUESTOS MAXIMOS” de forma anual es un retroceso en la asignación de recursos. La propuesta de que la atención primaria se paga con recursos de cada municipio y si hace falta el estado gira la diferencia es algo tedioso administrativamente, que significa cada mes el municipio tener claro esa contabilidad para pedir recursos y en el caso de que sobre no se estableció que hacer con ese dinero.
- En la atención de II y III nivel se dejó abierto que el MPS definirá un perca pita lo que significa un salto a un agujero negro. Tampoco se conoce el presupuesto de partida para estos niveles.
- La desconfianza que se tiene sobre la eficacia de la intervención de la Supersalud en sus funciones de IVC, en la actualidad es alta, no es eficiente frente a los particulares, y en le pasado en lo NO POS del subsidiado nunca hizo nada, se desconfía más que en sus funciones de IVC al estado sea aún más ineficiente. Tema que preocupa a la comunidad en general.

3. ¿Qué tipo de riesgos, desde el punto de vista de su experticia, se identifican en el modelo de salud propuesto?

En esta pregunta incluiremos debilidades también del PL 339 además de los riesgos.

RIESGOS

- Aumento de la corrupción frente al nivel actual, se plantea que la liquides del sistema la maneja la ADRES, la corrupción se puede incrementar en la compra de servicios de atención en los municipios y departamentos por las entidades que se conformaran.
- Desborde del gasto en salud, es el principal riesgo debido a que se dejara todo a la autorregulación entre médicos y por un mecanismo que su funcionamiento es teórico e imposible de implementar por la falta de recurso humano y más en la parte especializada.
- Que el costo de la administración del nuevo modelo supere los porcentajes de hoy por que se pueden convertir los comités regionales, departamentales y municipales en fuentes de trabajo para cumplir cuotas políticas en dar puestos de trabajo que no son necesarios.
- Al ser la fuerza laboral del estado, sea la figura que se use para contratar, la posibilidad de formación de sindicatos que terminen pidiendo salarios

por encima de la media del sector, y posibles presiones con huelgas es un aspecto a tener en cuenta para el funcionamiento del sistema de salud planteado.

- Una posible mayor rotación de los puestos directivos de primer nivel en la administración del sistema será una amenaza constante a la eficiencia del sistema de salud.
- En cuanto al tema de que las eps deberán ceder sus contratos, lo cual busca que no se disparen los precios aprovechando que se cambia a compradores sin experiencia, se puede dar que las eps terminen contratación anticipadamente para no pasar contratos vigentes, o que se entreguen contratos ajustados a tarifas incrementadas.
- Las eps que se queden como prestadoras de servicios podrán disparar los costos de esa atención, en especial en la atención primaria ya que en el contributivo la mayoría de esta atención es integración vertical. También pueden generar una crisis al irse y no vender servicios de atención primaria, porque no se tiene la capacidad de construir en corto tiempo todas esa necesidad de infraestructura o que el mercado la ofrezca rápido.
- Las eps podrán no entregar la información que tienen o entregar una parte y se pierde datos que son importante para el manejo del sistema y toma de decisiones, como son consumos promedio, precios de compra, histórico de consumos de los paciente, etc. importante mencionar que esa información se ha perdido de las eps liquidadas y las que se liquidaran si no se les pide que la entreguen.
- Se puede aumentar la cartera de las eps, puede también haber fuga de recursos ya que saben que se van y esas deudas quedan en el aire.
- Al no quedar explicito la asignación de recursos y sus distribución, el estado puede empezar a no girar los recurso y afectar la atención, como paso en lo NO POS del régimen subsidiado, y en parte con lo de PRESUPEUSTOS MAXIMOS a hoy.

DEBILIDADES

- No está definido claramente el tiempo del montaje de la nueva forma de administración del sistema y la estructura de costos presentada es muy pobre. Este montaje es un sobre costo para el estado, ya que las eps seguirán funcionando para garantizar el derecho. Si en la actualidad cuesta un 10% en contributivo y 8% e subsidiado, podríamos suponer que una ventaja seria bajar esos costos o como mínimo mantener el promedio actual; cada mes que se demore la implementación del modelo es

sobrecosto y no se mostró en cuantos años recupero ese sobrecosto y empieza una economía en la administración.

- No menciona claramente como se asignará el presupuesto total de salud para lo que hoy se llama aseguramiento "Atención de Salud".
- No se deja previsto un incremento del presupuesto para pasar de asegurar al 98% de la población al 100%.
- No se deja especificado como se cubrirá el déficit de plata que se genera al no cobrar cuotas moderadoras, copagos ni cuotas de recuperación. Se considera que esos cobros pueden estar entre 2% a 3% del presupuesto del aseguramiento a hoy.
- Como se elimina la Cuenta de Alto Costo directamente al eliminar las eps como existen hoy, no se crea el mecanismo para compensar por carga de patologías alto costo a cada departamento.
- No deja planteado el mecanismo asignación de presupuesto por ajuste de género, edad, sitio de vivienda etc.
- No se acompañó la propuesta de inversión y de CAPS con soportes de inventario real a la actualidad con su ubicación geográfica con estudio si está funcionando a la fecha, si venden servicios a eps, que capacidad de atención tienen con la planta física, dotación y laboral, que tocaría implementar para cumplir objetivos de atención, comparación con la oferta privada en especial en atención primaria con cruce frente a ips primarias de las eps. Todo esto con el objetivo de priorizar el plan de inversión y de ejecución.
- La consecución de fuerza laboral para implementar el nuevo sistema, se aspira a tener mucha de las que trabajan actualmente en las eps, lo cual afectará el funcionamiento de estas ya que no será de interés reclutar nuevo personal si salgo del mercado, se reclutaran personas sin mucha experiencia y esa curva de aprendizaje tiene un costo y un efecto que se reflejara en la atención al paciente.
- La principal debilidad es iniciar un nuevo modelo administrativo y de atención sin un sistema de información de salud unificado, interoperable y en línea.
- Pedir a las eps que entreguen los software, algo que puede no suceder implicaría tener que comprarlo y sería un gasto más.

4. ¿Qué propuesta considera se deben incluir para superar los aspectos negativos o superar los riesgos identificados en el proyecto de ley presentado?

Consideramos que en la situación actual se debe dejar a las eps por el sobrecosto de implementar el otro sistema de administración, por duda de si se disminuirá los

costos de administración, por posible incremento de corrupción; es claro que tampoco las eps están haciendo bien las cosas por lo tanto se deberá poner condiciones diferentes para cumplir en tiempo y con indicadores. Estas pueden ser:

- Administración directa del dinero por parte del ADRES, adecuándolo a esta nueva función.
- Disminuir el costo de administración a 5% para ambos regímenes, teniendo en cuenta que el incremento de afiliados q tiene y van a tener por próximas eps liquidadas le permiten optimizar gastos de funcionamiento.
- Obligarlas a tener un red de dispensación de medicamentos a nivel de ciudades, municipios y garantizar entrega en zonas dispersas.
- Establecer un punto de entrega de medicamentos por cada 20.000 afiliados, con especificaciones claras de espacio y tiempos de espera.
- Tener en línea al 100% la entrega de medicamentos, para seguimiento en tiempo real de que la entrega de medicamentos que debe ser superior al 97% y faltantes a no más de 48 horas.
- Entrega de medicamentos en los fines de semana.
- Eliminar los tiempo se espera en las autorizaciones de días a máximo 15 minutos en atención presencial o virtual.
- Disminuir en un 70% las autorizaciones de las Tecnologías en Salud.
- Tener caracterizado al 100% de los afiliados en base de datos central a más tardar en 1 año, para luego poder llevarla al sistema unificado de información en salud cuando sea implementado.
- Cumplir estrictamente con las leyes de cáncer en menos de seis meses, y establecer sanciones económicas fuertes, con medida de quitar población afiliada por cada incumplimiento.
- Cumplir con la meta de ONUSIDAD en VIH del 95-95-95 en menos de seis meses. Sanciones fuertes si no cumple y con media de quitar población afiliada si incumple.
- Tener al 100% sistematizados y en línea los programas de Hipertensión Arterial, Diabetes en máximo un año.
- Cumplir al 100% con los indicadores trazadores de salud establecidos por OMS. Sanciones fuertes si no cumple y con media de quitar población afiliada si incumple.
- La atención primaria en salud debe tener horarios extendidos hasta las 10 p.m. y en fin de semana de acuerdo con necesidades de cada población asignada.
- Los programas de promoción y prevención deben ser publicados en la web de cada eps y mostrar los indicadores. Se debe cumplir las metas que tiene

el MPS en menos de un año. Sanciones fuertes si no cumple y con media de quitar población afiliada si incumple.

- Establecer el modelo de atención planteado en la reforma como requisito de funcionamiento.
- Comprar servicios de atención a la red pública en especial en municipios donde el centro de salud está sin contratar y los pacientes deben trasladarse a otros municipios.
- Incrementar puntos de atención al afiliado a uno por cada 40.000 afiliados.
- Puntos de atención al afiliado deben tener módulos de TIC para autoatención y atención personalizada.
- Estandarización de las páginas web de cada eps en función de servicio al afiliado para facilitar el uso por parte de los afiliados.
- Eliminar los planes complementarios, ya que son inconstitucionales ante la ley estatutaria, porque generan inequidad del acceso al tener mayor capacidad de pago. "por tener más capacidad económica no debo ser atendido mejor o más rápido dentro del SGSSS"
- Garantizar la calidad de las plataformas virtuales para que las ips suban facturas, mientras se implementa al 100% la factura electrónica.
- Establecer requisitos específicos para los revisores fiscales de las eps y crear delitos en salud al incumplimiento de las funciones de los revisores fiscales.
- Incrementar los delitos en salud en el código penal.
- Cada tutela a favor del paciente debe ser paga por la eps al sistema judicial y al paciente de acuerdo con tarifas que se dispongan.
- Cada tutela a favor del paciente, la SUPERSLAUD establecerá una sanción a la eps, ya que es el resultado de un proceso judicial.

En los grupos focales realizados se encontró que el 90% de las opiniones mencionan que el ente de control no ha cumplido bien sus funciones, por tal razón la SUPERSALUD debe crear líneas específica de IVC periódicas a la eps en temas de:

- CARTERA,
- ENTREGA DE MEDICAMENTOS,
- AUTORIZACIONES,
- TARIFAS,
- INTEGRACION VERTICAL Y
- ATENCIÓN AL USUARIO.

Se debe invertir la carga de la prueba, iniciar sanciones y que la eps demuestre que no infringió el derecho a la salud; y no como ahora que toca demostrar la violación del derecho para iniciar investigación que termine en sanción.

Teniendo en cuenta que el déficit de talento humano es una solución a mediano y largo plazo se debe plantear aumentar los cupos de las universidades públicas para carreras del área de la salud en pregrados y especializaciones.

Se debe pedir al gobierno que dentro de las políticas de las TIC, se obligue a los operadores de telefonía celular aumentar la cobertura nacional en zonas rurales dispersas y aun mejorar en las ciudades principales, para poder implementar más la telemedicina y esta sirva más para zonas rurales y dispersas.

El gobierno debe licitar inmediatamente la tecnología 5G para facilitar la telemedicina y demás programas de telesalud.

En el tema de medicamentos se debe dejar la obligación para la industria farmacéutica de abastecer la línea institucional pena a sanción si no lo hace.

Esperamos de esta forma dar soporte a la toma de decisiones frente a este proyecto de ley, en conclusión consideramos que como PL es bonito pero como proyecto para ejecutar y dejar montado un sistema de salud tiene muchas deficiencias.

Referente a seguir con las eps, es una decisión a tomar debido a la debilidad de lo planteado y las deficiencias de no tener un sistema unificado, en línea e interoperable de información lo que permitiría tener el control más fácil del sistema. Las eps se pueden quedar con las condiciones expresadas anteriormente. Lo único claro es que el sistema de salud debe evolucionar hacia la calidad para tener mejores resultados en salud, bajar costos con prevención y promoción.

Comedidamente solicitamos tener en cuenta en la ponencia las anteriores anotaciones en la perspectiva de mejoramiento del proyecto, así mismo solicito un espacio de 30 minutos en sus agendas lo más pronto posible para conversar como pacientes **"eje central de cualquier sistema de salud"** sobre los puntos críticos de la reforma de la salud que se está tramitando y, su efecto en los pacientes de Alto Costo y demás patologías.

Agradecemos su pronta y positiva respuesta,



Néstor Álvarez
Presidente Pacientes Alto Costo

Celular: 3112277383. Correo electrónico: pacientesaltocosto@hotmail.com.