

**OFICIO 036 de 2023.**

Pereira, marzo 14 de 2023

Doctora:

**DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA**

Ministra de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá

**ASUNTO: PROYECTO DE LEY 339 DE CÁMARA**

Respetuoso saludo:

La Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales públicos, ACESI, una vez analizado todo el texto de la propuesta de reforma, consideramos importante manifestarle los puntos en los cuales, tenemos plena coincidencia en el articulado y a su vez hacer algunas sugerencias en temas que consideramos pueden ser mejorados, para lograr los objetivos propuestos.

A continuación, resaltamos los puntos en los cuales, como gremio tenemos plena coincidencia y hemos apoyado en los diferentes escenarios en donde nos han invitado a participar:

1. El primer capítulo que incluye los objetivos y la definición del sistema de salud con los elementos esenciales del mismo y sus definiciones, nos identificamos plenamente y celebramos el nuevo concepto de salud. Así mismo celebramos la creación de la comisión de los determinantes sociales, en donde se establece la asignación de recursos por parte de otros sectores diferentes a salud, para lograr el abordaje de determinantes sociales, permitiendo así, obtener resultados en salud.

2. En lo referente a gobernanza y organización del sistema, compartimos la necesidad de creación del consejo nacional de seguridad social en salud, no obstante, es importante revisar el número de integrantes del mismo, de tal manera que sea posible la concertación de puntos que son de vital importancia para el sistema. Así mismo, sugerimos que los integrantes de los consejos territoriales queden explícitos, con variaciones mínimas según necesidades territoriales, no obstante, se sugiere unos integrantes que sean transversales a todos los territorios establecidos en la presente ley.
3. Compartimos la transformación de las Empresas Sociales del Estado a Instituciones de Salud del Estado, financiadas por el gobierno nacional y con indicadores de resultados en salud, eliminando el modelo de libre mercado, cuando en más de 850 municipios del país somos únicos prestadores.
4. Hemos sido unos abanderados de la necesidad de laboralización del talento humano en salud, que nos permitirá lograr la continuidad de procesos, dignificación del personal de salud e implementación de procesos como humanización y otros necesarios para el fortalecimiento de la prestación de servicios, de cara al usuario.
5. La construcción de Redes integrales e integradas es una necesidad que fue concebida desde la Ley 1438 de 2011, pero no fue reglamentada y es una forma de eficiencia del sistema y lograr la integralidad de la atención del usuario con complementariedad entre los prestadores, eliminando la competencia que tantas dificultades le ha generado al sistema de salud, por la creación de oferta de servicios, según el mercado y no conforme a las necesidades del sector. Así mismo lograr la resolutiveidad de la red en pro del usuario.
6. Compartimos el fortalecimiento de la salud pública como eje del sistema de salud, por tanto, es importante la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con los equipos básicos de atención.

7. Somos unos convencidos que para lograr mejorar las condiciones de acceso y disminuir la inequidad, los equipos básicos de atención, cumplirán un papel muy importante en estos objetivos. Se sugiere que, al modificar la afiliación al sistema por la adscripción, para evitar traumatismos a los usuarios, que el MSPS realice la adscripción a la población, de acuerdo a donde está siendo atendido actualmente cada usuario y posteriormente dar la posibilidad de traslado por parte de los mismos.
8. Celebramos la creación de la comisión de determinantes sociales, como un organismo que va a lograr la unión de los diferentes sectores que son indispensables para lograr resultados en salud y por ende el hecho de generar un presupuesto compuesto por otros sectores diferentes a salud para el abordaje de estos, permitiendo así que el trabajo intersectorial que de tiempo atrás se viene planteando.
9. Coincidimos en la necesidad de no permitir la integración vertical por parte de las EPS para evitar barreras de acceso al usuario e inequidades para la red prestadora que no está dentro de la red propia.
10. Finalmente, celebramos las nuevas competencias que se describen para la Superintendencia nacional de Salud, toda vez que es necesario fortalecer la inspección, vigilancia y control.

A continuación, nos permitimos enviar observaciones y propuestas a algunos artículos o temas, que acorde con las sugerencias realizadas por nuestros asociados, consideramos deben ser tenidos en cuenta para fortalecer el proyecto de Ley.

- a. En el capítulo 4 que establece fuentes y usos de recursos financieros, en el párrafo primero se está supeditando la continuidad de la atención de una urgencia a la autorización dada por el centro de atención primaria integral, la cual, máximo será expedida en 48 horas.

Consideramos que en este tipo de atenciones no debe mediar ningún tipo de autorización, toda vez que se trata de la continuidad de atención en el servicio de urgencias, sugerimos que sea obligatorio el reporte del ingreso del paciente para realizar monitoreo a las atenciones recibidas, pero no supeditar la continuidad de la atención a la autorización.

Teniendo en cuenta que se van a conformar redes integrales e integradas de servicios de salud, se sugiere trabajar las rutas integrales de atención, que permitan la atención continua e integral a los usuarios con unas tarifas previamente establecidas que logren eliminar las autorizaciones y que los servicios por evento sean la excepción a la regla.

- b. El actual proyecto de Ley 339 se está tramitando como una Ley ordinaria, sin embargo, se están modificando algunos artículos de la Ley 715/00 que es una Ley orgánica, se sugiere revisar constitucionalidad de estas modificaciones descritas en los artículos 37, 38 y 40 del proyecto de Ley que modifican los artículos 43, 47 y 50 de la Ley 715/01.

- c. La creación de los fondos regionales de la ADRES consideramos que deben ser analizados en su conformación y responsabilidades; consideramos en primera instancia, que la auditoría de cuentas debe ser realizada por una empresa externa al ADRES para evitar que sea juez y parte en el proceso de contratación, auditoría y pago.

Para el tema de contratación y pago por parte de la ADRES, consideramos importante que el nombramiento del gerente regional del mismo sea blindado de actores políticos para evitar posibles actos de corrupción en la

contratación de la red y en la autorización de pagos, por tanto, nuestra propuesta es que para su nombramiento sea producto de un examen técnico a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil y que de allí se genere una terna para la elección por parte de la junta.

Por otro lado, la composición de la junta regional de la ADRES, es necesario que su conformación sea fortalecida con gremios, no políticos, toda vez que la figura propuesta en el proyecto de Ley es la manera como hoy en día, funcionan las corporaciones autónomas regionales para el manejo del medio ambiente, las cuales, lamentablemente tienen un manejo más político que técnico.

- d. En el artículo 54 se establece la labor de las EPS, se sugiere que si estas van a quedar en el nuevo sistema de salud, sean las responsables de la auditoría de calidad y cuentas médicas, no obstante, que el pago que se realice para esta labor no esté supeditado a porcentajes de glosas, que han generado hoy en día las perversiones en el manejo de recursos, utilizando las mismas como una manera de apalancamiento financiero.
- e. En lo referente a la creación de los nuevos APIRS, sugerimos que la autorización para su construcción y sitios de ubicación, tengan una planeación técnica, concertada entre el ministerio de salud y las entidades territoriales para evitar un crecimiento de este tipo de instituciones en forma desordenada y no coherentes con las necesidades de la población.
- f. En el traslado de pacientes en el artículo 86 se establece el transporte medicalizado, pero no se menciona el transporte asistencial básico, el cual, es el más usado a nivel intermunicipal y es el más utilizado para la referencia y contrarreferencia de la baja complejidad hacia otros niveles.

- g. El giro de recursos para las ISE de mediana y alta complejidad, teniendo en cuenta que las glosas de estas instituciones no superan el 5% una vez conciliada con las EPS y que la Ley 1122 de 2007 establece un pago 5 días después de radicada la factura del 50%, sugerimos que el pago del 80% sea realizado anticipado a los prestadores y se genere la retención del 20% restante, el que se debe pagar una vez culminada la auditoría, tiempos que deben ser establecidos con temporalidad, se sugiere Incluir, lo definido en el Decreto 447/07 para plazos de auditoría y respuesta de estas.
- h. Consideramos que, con relación al tema de elección de nuevos directores de las ISE, es necesario establecer un régimen especial para sus salarios, toda vez que hoy en día en las instituciones de salud públicas, el gerente, no puede ganar más que el nominador, situación que para los municipios de categoría 4,5 y 6 establece unos sueldos que no corresponden a la responsabilidad y funciones y que en la mayoría de casos, los médicos rurales quedan con una asignación salarial por encima del gerente. Este tipo de cambio se hace necesario para garantizar unos perfiles con capacidades técnicas que logren los resultados esperados por las ISE. Por otro lado, es importante establecer la viabilidad de reelección acorde con los indicadores de gestión, lo cual, permitiría continuidad en los procesos.
- i. Con relación a la compra de medicamentos e insumos médicos, no estamos de acuerdo que esta responsabilidad esté en cabeza de las instituciones de mediana y alta complejidad; sugerimos que cada una de las instituciones debe ser responsable de la compra de insumos en economía de escala a través de los operadores logísticos que se encuentren dentro de la red integrada e integral de la región.
- En ese mismo sentido, consideramos importante que las cooperativas conformadas por hospitales públicos sean quienes suministren los insumos

y medicamentos a la red que pertenecen en el entendido que ellos tienen toda una experiencia a través del tiempo que han construido y que su comportamiento va más allá de una simple dispensación de medicamentos. En ese sentido, sugerimos adicionar un nuevo artículo con el siguiente texto:

**ARTICULO XX: De las Cooperativas de Hospitales y/o ESE.** Con el propósito de fortalecer las redes integradas e integrales de servicios de salud en los territorios donde estén ubicadas, las cooperativas serán priorizadas para realizar la operación logística de suministro de medicamentos y demás insumos requeridos por las instituciones de salud, siempre y cuando cumplan y garanticen economía de escala, eficiencia, eficacia, calidad, oportunidad y transparencia.

- j. Finalmente, consideramos importante que dentro del articulado se incluya la conformación de asociaciones conformadas por instituciones de salud del Estado, con el fin de contribuir con el desarrollo institucional de las organizaciones, capacitación continua y las demás funciones que se estimen convenientes.

Agradecemos de antemano la atención a la presente y esperamos contribuir al fortalecimiento del proyecto de Ley.

Cordialmente,



**OLGA LUCIA ZULUAGA RODRÍGUEZ**  
Directora Ejecutiva

cc. Dr. Luis Alberto Martínez – viceministro de Protección Social  
Dr. Carlos Humberto Arango – Asesor ministra de Salud y Protección Social