

Abril 10 de 2023

Honorable Representante

AGMETH ESCAF

Respetado Secretario

RICARDO ALBORNOZ

Mesa Directiva Comisión VII de la Cámara de Representantes

Congreso de la República

Ref. Comentarios Ponencia para 1er debate Reforma a la Salud radicada el 31/03/2023

Respetados señores,

Por este medio, desde la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- y por considerarlo de interés de la Comisión, adjuntamos algunas observaciones a la ponencia radicada el pasado 31 de marzo ante la Comisión VII de la Cámara de los proyectos de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que sean distribuidos a los miembros de la Comisión.

Quedamos atentos a resolver cualquier duda o ampliar la información que consideren pertinente. En próximos días enviaremos documento ampliado con los comentarios.

Atentamente,



PAULA ACOSTA

Presidenta Ejecutiva - ACEMI

RESUMEN

COMENTARIOS PREELIMINARES PONENCIA PARA 1er DEBATE

Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara

ASPECTOS GENERALES

- **El proyecto no resuelve las quejas planteadas de forma reiterada por los usuarios y pacientes de oportunidad en las atenciones, ni se ocupa de los problemas de sostenibilidad financiera del Sistema de Salud.** Al fraccionar los niveles de atención, y sin un responsable de la gestión integral de riesgo en salud y financiero, es de esperarse que los dos problemas se agudicen.
- **Se mantiene la propuesta inicial del MinSalud de eliminar el modelo de aseguramiento, constituir un pagador de naturaleza pública universal, eliminar las EPS y fragmentar la prestación y los recursos en distintos fondos nacionales y territoriales. La naturaleza de fondos cuenta no cambia el planteamiento ni el riesgo de burocratización:** el Fosyga era un fondo cuenta con más de 400 empleados.
- **La figura de Gestoras no soluciona el problema estructural del proyecto del Minsalud.** No hay un agente con las capacidades de hacer una gestión integral del riesgo en salud y del riesgo financiero, con lo que los resultados en salud del país en el mediano, plazo, la sostenibilidad del sistema y los avances en equidad incluido el bajo gasto de bolsillo están seriamente comprometidos de aprobarse.
- **La ponencia no elaboró un análisis riguroso e integral de los proyectos presentados para acumulación.** Si bien se adicionan algunos artículos de otras iniciativas, esto no responde a un ejercicio conceptual de construir un articulado armónico, técnico y concertado que tenga en cuenta las distintas dimensiones que deben integrarse para el funcionamiento armonioso de un sistema de salud.
- **La transición propuesta no es viable ni en tiempos ni en recursos.** Preocupan los cerca de 100 mil empleos que se pueden perder, y la continuidad y financiación de las atenciones a los 8 millones de colombianos con enfermedades crónicas y de alto costo.
- **Triple integración vertical:** el Estado define la política, la regula, define tarifas, se contrata, presta los servicios, se audita, se paga y se vigila. El MinSalud asume funciones operativas, Agencias como la Adres asumen competencias regulatorias, lo que es un retroceso en diseño institucional.
- **Se elimina la libre elección del asegurador.** Al crear un monopolio estatal se elimina la posibilidad de que los afiliados elijan su asegurador. La escogencia de un médico tratante o de un centro de servicios es una concepción limitada de este derecho.

CONTENIDOS DE LA PONENCIA

1. PROGRESIVIDAD DEL DERECHO EN SALUD Y PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD

1.1 Desaparece el derecho a la seguridad social en salud, irrenunciable de acuerdo con la Constitución Política. El contenido del proyecto de ley NO ES COMPATIBLE con el artículo 48 de la CP.

1.2 No se garantiza la continuidad en la prestación de los servicios ordenados mediante fallo judicial. Falta definición sobre la forma y los mecanismos para amparar los derechos de los afiliados, garantizados mediante fallo judicial. Las Gestoras no podrían garantizar este tipo de bienes y servicios considerando las funciones asignadas.

1.3 Elimina la participación del sector privado en el aseguramiento en salud. La ponencia mantiene la creación de un monopolio estatal, eliminando las EPS. Si bien la ponencia señala en el Art 2 que el aseguramiento social contará con la participación de particulares es claro que las Gestoras de Salud y Vida no realizan la gestión de aseguramiento.

1.4 Se elimina la libre elección del asegurador. Al crear un monopolio estatal se elimina la posibilidad de que los afiliados elijan su asegurador. La escogencia de un médico tratante o de un centro de servicios es una concepción limitada de este derecho.

1.5 La ponencia trasladaría el riesgo financiero a los afiliados. La eliminación del aseguramiento y la conformación de un esquema mal diseñado de incentivos traslada el riesgo financiero del sistema a sus afiliados, como ha pasado en otros casos internacionales.

1.6. No es clara la portabilidad cuando una persona se traslada de manera temporal de municipio colocando en riesgo el acceso y continuidad de los servicios de salud

2. GOBERNANZA E INSTITUCIONALIDAD

2.1. Elimina el modelo de aseguramiento. Tanto en el componente de salud, como en el financiero. El articulado menciona el concepto de aseguramiento social en salud, pero no lo desarrolla, ni sus componentes, ni las partes que lo integran, ni su operación.

2.2. No es claro quién va a realizar la gestión administrativa y financiera de las prestaciones económicas, la función está repartida entre los CAPS y a las gestoras de salud y vida.

2.3. Conformación de redes a cargo del ente rector y peligros de fragmentación de servicios. Las redes de prestación serán determinadas por el Ministerio de Salud. No hay claridad acerca de los arreglos contractuales que esto supone, la gestión del riesgo financiero, las labores de seguimiento, monitoreo, evaluación de los servicios y calidad.

2.4 Los manuales tarifarios, cualquiera sea su modalidad, pueden generar problemas de escasez, castigar la calidad y la innovación. Típicamente se promueven efectos portafolio en el que los precios regulados caen y los no regulados suben desproporcionadamente.

2.5. Falta de claridad y fragmentación de las funciones de gestión del riesgo financiero que derivan en un riesgo fiscal para la Nación. La gestión del gasto y las auditorías se diseminan de manera arbitraria entre la ADRES, la Supersalud, las Gestoras y el personal médico a través de los comités de autorregulación, sin definir estándares, sistemas de información o mecanismos de coordinación. Esto en el agregado es riesgo fiscal para la Nación.

2.6. Inconsistencias en la transición. Las condiciones planteadas para la transición en 2 años, son en el grueso de los casos irrealizables o de muy difícil cumplimiento. Falta claridad en las reglas de operación de quienes decidan quedarse y es prácticamente imposible que en este tiempo se desarrollen las capacidades para recibir las funciones. En la transición se les pide a las EPS que sean responsables de cara al usuario sin las herramientas ni recursos para hacerlo.

2.7. Integración vertical generalizada para el sistema público. A las Gestoras de Salud y Vida se les prohíbe la integración vertical pero al tiempo se generalizan mecanismos de contratación, financiación y pago directo a la red pública hospitalaria. Se prohíbe la integración vertical para aseguradores y prestadores privados, pero se generaliza para públicos.

2.8 Hay confusión entre funciones de dirección y operación del sistema. El Ministerio de Salud es responsable de la conformación de las redes incluidas las atenciones de enfermedades raras

2.9 Incertidumbre en relación con la creación de los CAPS y la forma de pago cuando se trata de entidades de carácter privado.

2.10 Fragmentación de la red: persisten los problemas de articulación, coordinación y gestión. El Ministerio conforma redes de acuerdo con territorios de salud; la coordinación queda en cabeza de las direcciones departamentales, distritales y regionales y la articulación de los prestadores en cabeza de las gestoras, sin mecanismos claros de coordinación. La fragmentación es aún mayor para el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes que requieren atenciones en un mayor nivel de complejidad.

2.11 Las Instituciones de Salud del Estado no tienen incentivos para atender o producir más y mejores servicios, ni mecanismos que garanticen un uso eficiente de los recursos, ni su monitoreo y evaluación, en detrimento de la calidad de la atención a los usuarios.

2.12 Se eliminan planes de medicina prepagada de atención médica prehospitalaria y ambulancia.

2.13 Debilidad del gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Se amplían las funciones de la ADRES y desconcentra su operación sin fortalecer el gobierno corporativo de una entidad que manejaría y ejecutaría de forma directa más de \$76 billones.

2.14 Falta claridad en relación con las funciones y pago de las Gestoras de Salud y Vida. Las funciones y reglas de operación no son clara y en casos contradictorias. Ejemplos:

- Se señala que las gestoras sólo pueden operar en aquellas regiones en las que se encontraba habilitada la EPS, es decir no existirán nuevas gestoras.
- Al prohibirse la integración vertical, elimina la colaboración en la creación de CAPS.
- La Gestora debe responder por la demanda de servicios en los CAPS, pero no tiene posibilidad de organizar la red en función de las necesidades de su población, ni instrumentos para gestionar la mediana y alta complejidad.
- Los artículos en los cuales se señalan las fuentes y usos de los recursos administrados por la ADRES no se incluye el pago a las Gestoras ¿cuál es la fuente de recursos?

2.15 Se plantea la conformación de un Sistema Público Unificado de Información en Salud sin dimensionar su alcance

2.16 Existe una transferencia de funciones importante a las Entidades Territoriales sin contemplar sus capacidades

3. GESTIÓN FINANCIERA

3.1 La ADRES no cuenta con capacidad para asumir las nuevas funciones. Persiste la preocupación alrededor de las capacidades de la ADRES para asumir las diferentes funciones que le son encomendadas. El ejemplo más reciente de las nuevas funciones frente a los cobros por atenciones del SOAT son claro ejemplo de ellos.

3.2 No se abordan ni solucionan los problemas de sostenibilidad financiera del sector, por el contrario, al desaparecer quien hace la gestión del riesgo habrá mayor presión del gasto. La ponencia no hace mención ni contiene disposición alguna que atienda los graves problemas de sostenibilidad financiera que atraviesa el sector.

3.3 No se incluyen nuevas fuentes de financiación ni contempla mecanismos que permitan una mejor gestión del gasto. Se podría considerar la creación de nuevos impuestos saludables como: bebidas azucaradas, vapeadores, tabaco, licores, juegos novedosos en línea y consumo recreativo de marihuana, entre otros

3.4 No es claro el impacto fiscal de la reforma. Persisten preocupaciones frente al costo fiscal de la propuesta. No hay claridad de cómo se financiarán las nuevas infraestructuras, los equipos extramurales, el plan nacional de equipamientos, las becas, los sistemas de información y la formalización de los trabajadores. Pero más aún, los riesgo contingentes de pasarse a un modelo de oferta que en la comparación internacional demandaría 3 o hasta 5 veces más recursos que los que hoy financian el sistema.

3.5 No es claro quien asumirá el riesgo financiero

3.6 Se introducen en la reforma incentivos perversos. El proyecto de ley introduce incentivos perversos en al menos 3 dimensiones: i) vincula el pago de las Gestoras a la facturación de la prestación de los servicios, ii) dispone un pago anticipado del 80% a toda factura que se genere, iii) acude a los recursos públicos para financiar deudas privadas con la red hospitalaria.

3.7 Proliferación de fondos sin articulación clara de recursos y fragmentación del manejo del riesgo. Es claro que se aumentará la burocracia en la ADRES, sin contar con la falta de experiencia, tecnología e infraestructura que se requiere para que el Fondo Cuenta Regional realice sus funciones. A manera de ejemplo el Fosyga era un Fondo Cuenta con cerca de 400 trabajadores. Esta figura no minimiza el riesgo de burocratización.

La fragmentación financiera a través de distintos fondos y cuentas, entorpece y dificulta la gestión operativa y administrativa, al tiempo que dificulta el logro de los objetivos perseguidos por el sistema.

3.8. Se desfinancian los niveles superiores de complejidad generando riesgo a los afiliados en relación con el acceso y continuidad de tratamientos. La ponencia reduce \$11 billones anuales para servicios de salud, pues señala que el 87% de los recursos de SGP deberán destinarse a la atención primaria, reorientando recursos que hoy se utilizan en el aseguramiento. Estas inversiones no necesariamente suponen servicios de salud. Se desfinancian los niveles superiores de complejidad al no tener fuentes nuevas de financiación y dedicar parte importante del presupuesto a financiar la oferta del primer nivel.

3.9 No es clara la forma en que se pagará a las Gestoras de Salud y Vida. No hay claridad sobre la base de liquidación de “hasta el 5%” que recibirán las Gestoras por administración. El proyecto menciona que se calculara a partir de la UPC y esta figura no está contemplada.

3.10. Fragmenta la gestión del riesgo en salud. Se resalta la pérdida de la gestión del riesgo en salud de las gestoras, al plantear una gestión desde un enfoque territorial y un abandono de la gestión de grupos poblacionales que realizan actualmente las EPS, esto generará una mayor fragmentación de la atención y dificultad para la “navegación” de pacientes a lo largo del sistema.

3.11. Mayor presión de gasto sin nuevas fuentes de recursos. Se establece que cualquier persona nacional o extranjera sin restricción alguna puede solicitar servicios en cualquier IPS y esta se encuentra obligada a prestarlos. Este hecho genera un riesgo para la sostenibilidad del sistema y los efectos sobre la oportunidad en las atenciones y la pérdida de control y uso racional de los servicios de salud.

3.12. Monitoreo y evaluación del gasto en salud pública. El gasto en salud pública territorial asciende a cerca de \$1,5 billones anuales sin que se cuenten con mecanismos de seguimiento y evaluación que den cuenta de la pertinencia, eficiencia, y eficacia del uso de los recursos; mucho menos resultados en salud.

4. TRANSICIÓN

4.1 Las EPS no pueden transformarse en Gestoras dado que su objeto social es totalmente diferente. Las EPS no pueden transformarse en Gestoras en la medida en que su objeto social cambia de manera radical. No es un cambio formal en el papel, pues la estructura

de salud, financiera, humana, operativa y legal son incompatibles. **Preocupan los cerca de 100 mil empleos que se puedan perder durante la transición.**

4.2 Se plantea como solución para el flujo de recursos a las IPS el giro directo sin atender consideraciones de orden operativo y capacidad de la ADRES y de razonabilidad de la medida. Centralizar en la ADRES el pago a todos los prestadores podría generar una carga desbordada que afecte de forma sistémica todo el Sistema de Salud. Además, no resuelve el problema de sostenibilidad financiera del sistema.

4.4 Las EPS deberán hacer un esfuerzo operativo y financiero para ajustar su operación a los territorios durante la transición. Durante el periodo de transición la ponencia impone procesos de territorialización en los cuales las EPS deben entregarles y recibir de otras EPS población en determinadas regiones, generando traumatismos en materia de organización de red, continuidad de servicios, modelos de atención y esfuerzos financieros, **sin contar con los efectos nocivos para la población que es trasladada.**

También obliga a las EPS a **entregar a sus afiliados y subrogar los contratos con la red,** tema operativamente complejo que puede **desbordar las capacidades de gestión de los entes territoriales con graves consecuencias para los afiliados.**

4.5 Se les quitan a las EPS la herramientas para hacer gestión de riesgo en salud y financiero. En esas condiciones es imposible ser responsable de cara al usuario.

4.6 No es claro el reconocimiento y pago de la UPC a las EPS durante la transición

6. TEMAS QUE COMPARTIMOS DE LA PONENCIA

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de un sistema de aseguramiento y con un enfoque de determinantes sociales
- Modelos de atención diferencial para zonas dispersas y apartadas
- Fortalecimiento de la política de talento en salud
- Mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento del sector salud
- Mejora en las formas de contratación del personal en salud
- Impulso de producción nacional de medicamentos, insumos y vacunas
- Creación de un sistema socio sanitario con financiación propia