

Lo bueno, lo malo y lo feo del Proyecto de Ley de la Reforma a la Salud

Para realizar este análisis se tuvo como referencia el Proyecto de Ley 339/ 23C de la Reforma a la Salud, radicado por el Gobierno Nacional el pasado 13 de febrero de 2023.

1. Determinantes sociales en salud

Postulado del gobierno: el Estado debería incidir coordinadamente sobre los determinantes sociales en salud por medio de la Comisión Intersectorial Nacional (y las comisiones departamentales como herramienta descentralizada).

Este sería el organismo encargado de direccionar las acciones interinstitucionales para impactar de manera positiva en la salud de una población con el objetivo de evitar enfermedades. De la misma manera, se busca, por medio de información epidemiológica del Instituto Nacional de Salud, atender a las particularidades de los territorios y ajustar las intervenciones a dichas necesidades.

Lo bueno: poner en el centro de la responsabilidad de los determinantes sociales en salud a un organismo interinstitucional, es una apuesta por la articulación con el objetivo de resolver necesidades específicas de la población.

En este sentido, invita a superar las barreras institucionales y a pensar la salud (sobre todo la prevención por vía de impactar los determinantes sociales) como un asunto que excede al sector. Además, hacer énfasis en la prevención y en el fortalecimiento de las capacidades del Instituto Nacional de Salud hará que las instituciones del sector sean más robustas.

Lo malo: la correcta articulación alrededor de los determinantes sociales en salud tiene dos requerimientos. El primero, es la intersectorialidad e interinstitucionalidad, sobre todo por parte del Estado, labor en la que éste se ha mostrado bastante débil, los determinantes sociales impactan la salud, pero no todos ellos son responsabilidad del sector y requieren del compromiso de otros sectores; el segundo, tiene que ver con la financiación de este apartado (diferente al equipamiento en salud o a la infraestructura de ESEs / ISEs) no está explícito.

Lo feo: no se reconocen los acumulados técnicos, administrativos y logísticos de las Empresas Promotoras de Salud EPS, en el contacto de pacientes y la localización de poblaciones para caracterizar su estado de salud.

También, existe el riesgo de que una aproximación interinstitucional termine traslapando las funciones entre ministerios. Esto puede generar problemas con la operatividad de los espacios, pues no sería claro qué responsabilidad corresponde a cada uno de los actores.

Las dudas: ¿De dónde saldrán los recursos para ejecutar las acciones interinstitucionales para impactar los determinantes sociales en salud?

2. Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del Sistema de Salud

Postulado del gobierno: la reforma pretende cambiar la organización financiera y la gestión de los recursos del Sistema de Salud. Para ello busca crear el Fondo Único Público de Salud, administrado por la ADRES y vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de que sea el encargado de recibir los recursos financieros del Sistema.

En este contexto la ADRES pasaría a tener un rol central en el Sistema ya que se le otorga la responsabilidad de garantizar el flujo adecuado, administración y control de los recursos del Sistema de Salud. De la misma manera, se crean y distribuyen los recursos en 2 cuentas: 1) La cuenta de Atención Primaria en Salud y 2) La cuenta de Fortalecimiento a la Red Pública para la Equidad. El MSPS deberá expedir el marco regulatorio para la ejecución distrital y departamental de los recursos de operación de los APIRS (Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud) y al mismo tiempo, definir un plan decenal de equipamiento en salud.

Lo bueno: dentro de esta propuesta existen puntos que son cruciales para la salud rural. En primer lugar, se propone el fortalecimiento de la red pública haciendo uso de rentas cedidas y recursos del SGP orientados a garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad de regiones con población dispersa. Así mismo, la creación de las subcuentas para APS e infraestructura pueden fortalecer las capacidades para atender las necesidades en salud de (sobre todo) las poblaciones dispersas.

Lo malo: la legislación le otorga responsabilidad de efectuar pagos y giros directos a prestadores y proveedores de tecnología en salud y organizar los recursos del Sistema de Salud a la ADRES, facultades y capacidades con las cuales en este momento no cuenta. De la misma manera, las dos cuentas de APS e infraestructura permitirán solventar necesidades en salud de poblaciones (sobre todo las más rurales o excluidas). Por otra parte, aún cuando la planeación de los recursos de estas cuentas esté a cargo de MSPS, no son claras las estrategias para evitar corrupción, sobre todo en las regiones que pretende fortalecer.

Lo feo: no está clara la gobernanza financiera, las auditorías y los dolientes de esos dineros. Si bien se planea un giro a algunos centros de salud, no se establecen las formas de auditoría o si estos dependerán de resultados en salud o poblacionales. En este sentido, no se clarifica un sistema de incentivos que permita que, en efecto, los servicios sean prestados con calidad y oportunidad. Tampoco es claro cómo ocurrirá la gestión del riesgo financiero en estos contextos, más allá de definir una cápita para hospitales de mediana y alta complejidad, ¿cómo podrá controlarse el gasto del Sistema?

Las dudas: ¿Quién generará los contratos? ¿La ADRES tendrá facultades para determinar quiénes y cómo hacer los giros ex ante? ¿Cómo se va a controlar el gasto (o los resultados en salud) si se harán giros ex ante a las instituciones prestadoras de salud? ¿Las cápitas para hospitales de mediana y alta complejidad deben cubrir la totalidad del tratamiento (con un monto elevado) o las instituciones pueden hacer gestión del riesgo financiero (con un monto más bajo, pero con cobertura sobre la población no enferma)?

Así mismo, existen dos propuestas adicionales que se debe revisar:

- Los consejos administrativos de los Fondos Regionales de Salud serán las herramientas por medio de las cuales los departamentos recibirán los dineros del Fondo Único Público para la Salud, de rentas de destinación específica y recursos SGP. Estos recursos deberán priorizar los territorios que estén por encima de la media nacional en prevalencia de problemas y enfermedades de interés de salud pública, morbimortalidad y restricciones de acceso a servicios de salud, mortalidad materna e infantil, cobertura de saneamiento básico y agua potable e incidencia de emergencias y desastres.

Lo bueno: la reforma busca descentralizar los recursos y las decisiones en salud, confiando que en los territorios están los principales conocedores de sus necesidades en salud.

Lo malo: la descentralización de los recursos y las decisiones en salud no tienen como contrapartida mecanismos claros que permitan evitar la corrupción o la cooptación.

Lo feo: es posible que las instancias definidas para administrar los recursos de los Fondos Regionales en Salud sean disputados por intereses personales o de terceros.

Las dudas: ¿Estos giros se harán directamente a los fondos? ¿En qué se diferencian de los girados de manera centralizada? ¿Cómo se va a evitar la corrupción?

- El gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud contratará los servicios y requerimientos para el cumplimiento de su labor en el nivel regional. Autorizará pagos de servicios de mediana y alta complejidad que se integren a la red de servicios territoriales con tarifas únicas y obligatorias.

Lo bueno: estos artículos esclarecen y dan un responsable directo a la contratación y aprobación de servicios en salud en los ámbitos regionales.

Lo malo: no es claro cómo se van a construir las capacidades técnicas, legislativas e incluso logísticas para la contratación de servicios en salud.

Lo feo: las instituciones regionales podrían ser focos de corrupción y cooptación, como lo son hoy algunos hospitales y secretarías de salud.

Las dudas: ¿Cómo se elegirán estos gerentes? ¿Qué sistemas de contrapesos tendrán sus decisiones?

3. Organización del Sistema de Salud

Postulado del gobierno: se busca transformar la organización y gobernanza del Sistema de Salud, definiendo la institución rectora (Ministerio de Salud y Protección social) y las instituciones directoras (Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud). El Consejo Nacional de Salud será integrado por representantes del gobierno nacional, de las secretarías territoriales de salud, del sector empresarial, de los trabajadores/as de la salud, la academia, los estudiantes y de comunidades étnicas, LGBTIQ+, campesinas o población con discapacidad, entre otros. Además, estos comités serán replicados en los territorios con los actores locales.

Lo bueno: la creación del Consejo Nacional de Salud permitirá tener entre sus integrantes representantes de comunidades étnicas, población con discapacidad, comunidad LGBTIQ+, perspectiva de género y representantes de la academia y estudiantes. Esto permitirá construir políticas públicas en salud que contribuyan y promuevan la calidad de vida y la promoción de la salud de una población, teniendo en cuenta un espectro más amplio de los sectores sociales en Colombia. De la misma manera, se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social poner en marcha el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud SPUUIS, una de las principales banderas de la reforma y herramienta crucial para su consecución. También, se definen las directrices para los Consejos Territoriales de Salud, la herramienta descentralizadora para esta instancia.

Lo malo: el consejo nacional de salud tendrá una gran participación de organizaciones públicas, por lo que existe el riesgo de la cooptación de este espacio por poderes regionales. A pesar de intentar menguar este efecto vinculando a la sociedad civil y organizaciones de trabajadores/as y la academia, no es claro que tenga la fuerza suficiente para contener posibles escenarios de corrupción. Esto sería mucho más grave en los consejos territoriales de salud, donde el sistema de contrapesos de sociedad civil, trabajadores/as y academia puede no funcionar para mantener al margen a los poderes territoriales que quieren disputar esos recursos.

Lo feo: se ha tratado con suma ligereza la discusión sobre el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud SPUUIS. El debate sobre este punto requiere rigurosidad, amplitud y un carácter técnico que aún no se le ha dado.

Las dudas: ¿existirán otro tipo de herramientas para prevenir la corrupción en los Consejos Nacionales o Territoriales de Salud? ¿Qué tipo de consecuencias administrativas, penales o disciplinarias tendría? Si bien la reforma concluye que serán las

instituciones no gubernamentales quienes definan los criterios de selección de sus representantes ¿no sería importante establecer algunos criterios estructurales de antemano?

4. Modelo de atención

Postulado del gobierno: el sistema se organizará alrededor de la atención primaria en salud, mediante Centros de Atención Primaria en Salud que tendrán un carácter integral y resolutivo. Todas las personas y las familias se podrán registrar en estos centros y quienes requieran atención especializada serán remitidos a los centros de mediana y alta complejidad para que sean atendidos oportunamente.

Lo bueno: la reforma plantea un modelo de identificación de las condiciones individuales y sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud de las personas y comunidades, así como, la realización de acciones individuales y colectivas con equipos transdisciplinarios, dirigidas a la atención de los determinantes sociales de la salud y al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo de las personas. Articulará a las instituciones prestadoras de servicios de salud desde la baja hasta la alta complejidad a través del sistema de referencia y contrareferencia, incluyendo el seguimiento a distintos sectores y el intercambio de información permanentemente a través del Sistema Público Único de Información en Salud - SPUIS.

Menciona que se priorizarán recursos para el desarrollo de servicios de atención de mediana y alta complejidad, en territorios que no cuenten con estos servicios y que las instituciones de alta complejidad deben apoyar al interior de las redes a los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutiva.

Lo malo: las instituciones sanitarias prestadoras de servicios de salud presentarán las cuentas de servicio al respectivo Fondo Regional de Salud, el cual pagaría el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas. Este punto en particular, es de gran preocupación porque requiere de la estandarización de sistemas de facturación de todos los prestadores de salud, capacidad de aún está lejos de desarrollarse en los prestadores.

De igual forma, el giro previo a la auditoría de cuentas clínicas, del 80% de los recursos facturados supone un gran riesgo de opacidad e inclusive sobrevaloración en la facturación por parte de los prestadores, además de quedar a expensas de la politización regional del giro de estos recursos.

Lo feo: uno de los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud actual, es que ha garantizado la presencia de Empresas Sociales del Estado de bajo nivel de complejidad en la mayoría de los territorios a nivel nacional, inclusive en los que cuentan con tan solo 3000 habitantes o menos, así que, el planteamiento que se hace en la

reforma, sobre que podría haber un centro de atención primaria resolutoria por cada 20.000 habitantes, conforme a sus condiciones epidemiológicas y demográficas, podría limitar el acceso a instituciones de servicios de salud de 740 municipios con menos de 20.000 habitantes en todo el territorio nacional.

Las dudas: ¿Cuánto tiempo tomará el desarrollo del Sistema Público Único de Información en Salud - SPUIS?, ¿Cuáles serán las estrategias que busquen la complementariedad entre las intervenciones individuales y colectivas en salud en los territorios?

5. Redes integradas e integrales de servicios de salud -RIISS

Postulado del gobierno: La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS, a una población ubicada en un espacio poblacional determinado

Lo bueno: el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de atención teniendo como puerta de entrada el prestador primario es una estrategia necesaria para avanzar en la cobertura, acceso y calidad de la atención; consideramos que esta estrategia requiere del reconocimiento de los avances que ha tenido en su implementación en el modelo de salud actual, además de propiciar un enfoque intersectorial en su diseño y operación.

La Telemedicina es una herramienta que contribuirá con el fin de garantizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente y oportuno, así como el seguimiento a distancia de la evolución clínica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrían formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud y prestarán sus servicios a las personas siguiendo el principio de contigüidad.

Lo malo: la reforma plantea que los prestadores que quieran hacer parte de las redes deben aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Frente a la creación del tarifario único, es indispensable que el Ministerio de Salud tome en consideración las particularidades logísticas, geográficas y económicas de los territorios al momento de estructurar este documento para no limitar el acceso a las tecnologías de salud en los territorios.

La operación de las RIISS depende estructuralmente de la operación del Sistema Público Único de Información en Salud – SPUIS, sistema que aún está lejos de construirse y tomaría tiempo para alinear a todas las organizaciones del sistema para su funcionamiento.

Lo feo: las entidades departamentales y distritales, en coordinación con el MSPS, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos, quitando esta responsabilidad a las

EPS desconociendo la experiencia ganada por estas organizaciones en los años de operación del sistema.

Las personas en general, deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud CAPIRS en función de su lugar de residencia, esto limitaría la decisión para escoger el centro de atención donde quieren ser atendidos, de esta forma se perdería un logro del sistema actual.

Así mismo, la reforma plantea una gestión del riesgo integral pero no asigna esta responsabilidad de forma explícita, lo cual puede diluir su gestión entre los diferentes actores del sistema y dificultará la integralidad en la atención de la salud individual y colectiva.

Todo indica que será la ADRES y sus 7 seccionales regionales con influencia departamental quienes harán la gestión de riesgos. Lo feo es que se plantea, sin hacerlo expreso, el renacimiento del antiguo Seguro Social, esta vez más de 47 millones de habitantes, surgen entonces, muchas dudas sobre la capacidad que tenga esta entidad para desarrollar las capacidades y la institucionalidad para cumplir con esa labor, la cual, no pudo cumplir el antiguo Seguro Social con 6 o 7 millones de afiliados.

Por otro lado, la creación de los Fondos Regionales de Salud quienes pagarían el 80% de las cuentas generadas por los prestadores sin previa auditoría, podría generar un riesgo frente a la transparencia del manejo de los recursos a nivel territorial.

Las dudas: la provisión del acceso a la conectividad para la prestación del servicio de telemedicina, ¿Será costeadado por el sistema de salud o será tomado como un determinante en salud y por ende pagado por otro sector?, cada CAPIRS garantizará la prestación de servicios de salud como máximo a 25.000 habitantes y promete evitar el hacinamiento y garantizar tiempos de espera menores a veinticuatro horas, ¿El nuevo sistema cómo logrará fortalecer la infraestructura física y tecnológica para garantizar esta promesa en los 821 municipios con menos de 25.000 habitantes?

6. Talento humano en salud

Postulado del gobierno: se diseñará e implementará la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud, así mismo, se conformará un régimen laboral de los trabajadores de la salud de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles, organización y de las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

Lo bueno: la política de formación y educación superior en ciencias de la salud orientaría las prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas según las necesidades del país y brindará incentivos para la formación especializada y la creación de convenios con hospitales y clínicas para garantizar campos de práctica.

La formalización laboral de los profesionales de la salud y la creación de incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas para lograr una mejor distribución, impactaría en la calidad de vida de los profesionales de la salud, así como, en el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención.

Lo malo: no se plantea como se ampliarían los cupos y las capacidades de las universidades para aumentar el número de profesionales de la salud que requeriría la operación del sistema, de igual forma, no se plantea cómo se lograría la articulación que debe darse entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio del Trabajo para lograr la formación, distribución e inclusión en el mercado laboral de los profesionales.

No observamos en la reforma planteamientos sobre la desconcentración de la formación del recurso humano en salud, históricamente concentrada en los territorios con mayor desarrollo económico y social en el país, ni los incentivos para que los profesionales formados se distribuyan por otros territorios donde las necesidades de recurso humano en salud son más apremiantes.

Lo feo: el articulado de la reforma frente al SSO sólo se refiere a las profesiones que históricamente han contado con este beneficio como herramienta de generación de primer empleo y sigue pendiente ampliar este servicio a profesionales de las diferentes terapias, instrumentación quirúrgica o psicología entre otras.

Sigue pendiente plantear un CONPES que defina la política nacional de talento humano en salud, donde se definan responsabilidades claras para el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio del Trabajo y el SENA, buscando responder a la pertinencia en la formación, al desarrollo de condiciones dignas para los trabajadores de la salud y la distribución adecuada del recurso humano en el territorio nacional.

Las dudas: ¿Cómo se garantizarían los recursos económicos necesarios para lograr la formalización laboral de los trabajadores y su sostenibilidad tanto en prestadores públicos como privados? ¿Cuál sería el rol de los médicos familiaristas en el sistema de salud?

7. Participación ciudadana:

Postulado del gobierno: El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios al nuevo sistema de salud.

Lo bueno: la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud define la participación vinculante de la sociedad civil como un elemento esencial del sistema. Esta participación hace parte de los derechos de los usuarios del sistema y le permitiría a las comunidades intervenir para transformar su entorno. En este sentido, la participación ciudadana en salud mejorará la calidad y acceso a los servicios de salud y permitirá identificar las necesidades y condiciones de las comunidades.

Con la vinculación de la población a la defensa del derecho a la salud se generará mayor transparencia en el sector, por ejemplo, en la vigilancia de los flujos financieros del sistema. Esta estrategia además, podría propiciar la promoción del autocuidado de las personas, familias y comunidades y la apropiación de los mensajes del cuidado de la salud en las organizaciones de base comunitaria.

Lo malo: la reforma establece que se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, y estos podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que les permitirán incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud. Sin embargo, no establece los límites y el alcance de la participación en los territorios y a nivel nacional.

Lo feo: la reforma desconoce los mecanismos existentes de participación ciudadana que aportan al desarrollo de la política social y la salud territorial enmarcados en la resolución 2063 de 2017, y otros que operan en los espacios territoriales como las veedurías ciudadanas, los Comités de política social -COMPOS y los COVE Municipales.

Así mismo, la falta de claridad en cuanto a los límites y el alcance de la participación ciudadana y la propuesta de un Consejo Nacional en Salud tan amplio en número de miembros, podría llegar a entorpecer la toma de decisiones.

Las dudas: se plantea que la participación ciudadana estaría dada en 5 ámbitos como lo son: la participación en procesos cotidianos, participación en la exigibilidad del derecho a la salud, la participación en política pública, consulta previa a las comunidades étnicas y participación en inspección, vigilancia y control. Sin embargo, no deja claro los mecanismos e instituciones mediante las cuales se hará efectiva.

8. Régimen de transición

Postulado del gobierno: el sistema de salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de este proyecto de ley.

Lo bueno: el proyecto de reforma plantea que durante el periodo de transición, que no habrán personas sin protección de salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud - CAPIRS, garantizando así, el goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. A su vez, se plantea un

período de transición al nuevo régimen de contratación para el THS, con el objetivo de transformar el mercado, en el cual se protegen los derechos laborales.

Lo malo: se plantea que la Nueva EPS recibirá los afiliados de las EPS que gradualmente vayan saliendo de operación, poniendo en riesgo la sostenibilidad de las operaciones de esta organización. Así mismo, le carga responsabilidades de operación del nuevo sistema sin que las capacidades e infraestructura institucional de lo que sería la operación del nuevo sistema estén desarrolladas.

Respecto a los regímenes exceptuados y especiales, el proyecto de reforma menciona que seguirán en operación, sin embargo, no hace referencia a los ajustes que necesita éste régimen para hacer más eficiente su operación.

Lo feo: en el proyecto de ley se plantea la eliminación gradual de las EPS hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Este es el uno de los puntos centrales del proyecto de ley, el cual, no sólo desconoce los logros en salud que han impulsado estos agentes del sistema, sino que, dificulta la gestión individual del riesgo en salud y la gestión financiera, y no define cómo se trasladarán estas funciones a actores específicos en el nuevo sistema de salud.

Las dudas: ¿Qué institución del nuevo sistema organizará la inclusión de las IPS recién escindidas de las EPS y las incluirá dentro de la nueva red de prestación de servicios de salud?, ¿Cuánto tiempo estima el gobierno que tomará esta transición para dejar a punto la nueva organización del sistema de salud?, el texto de la reforma no hace mención a la desaparición o no de los planes complementarios en salud, ¿Se debe asumir su desaparición?