

Bogotá D.C., Junio 05 de 2023

Honorables
REPRESENTANTES A LA CÁMARA
Congreso de la República
Ciudad

Asunto: Comentarios a la ponencia para segundo debate Proyecto de ley no. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Honorables Representantes:

Reciban un cordial y respetuoso saludo. Considerando la importancia que tiene para el país y para el sector de la salud el Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, consideramos necesario presentar nuestros comentarios, preocupaciones y sugerencias, con ánimo de construir de manera deliberativa y democrática, un sistema de salud que responda a los retos actuales y garantice el más alto nivel posible de salud a los colombianos, asegurando su sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

Como lo sostienen muchos investigadores y analistas, soportados en información histórica y comparada con otros países, el sistema de salud colombiano constituye uno de los logros sociales más importantes derivados de la Constitución de 1991. Durante estas tres décadas, el sistema de seguridad social en salud ha brindado protección financiera a las familias por medio de un modelo de aseguramiento individual, solidario entre grupos poblacionales, lo cual se refleja por ejemplo en su contribución a la reducción de la pobreza, tal como lo señaló el DANE en el informe sobre pobreza multidimensional 2022, frente al cual la dimensión de salud fue la que menos incidió en las privaciones de las familias pobres y campesinas del país.

Fue gracias al modelo de aseguramiento que se logró la ampliación de la cobertura siendo el único servicio que con cobertura universal y se construyó un plan de beneficios único y moderno que ha sido garantía para el ejercicio del derecho fundamental de todos los colombianos, sin importar su condición social o capacidad de pago. También ha permitido mejorar los resultados de salud de la población, el uso racional y eficiente de los recursos y el desarrollo de modelos innovadores de atención, que si bien tienen mucho por mejorar son reconocidos como referente regional.

Como sucede en todos los países del mundo, los logros alcanzados están acompañados de grandes retos, en nuestro caso principalmente en materia de equidad regional, distribución de servicios en todo el territorio, disponibilidad de talento humano e infraestructura, mejora de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, profundización del uso de tecnologías de la información e historia clínica electrónica, sumado todo esto a garantizar la sostenibilidad del sistema. Así mismo, urge el desarrollo de un sistema de servicios socio sanitarios que doten de mayor autonomía al adulto mayor o personas con algún grado de discapacidad, entre otros temas.

Cualquier intento de reforma debería garantizar los avances que hemos construido como sociedad e intentar ajustar aquellas materias que se consideran deben mejorar. Dicho de otra manera: cualquier reforma debe ser progresiva en el sentido de mejorar lo existente. Al tiempo, no debe ser regresiva,

en el sentido de no afectar garantías y logros que ya se tienen. Gobierno y legisladores deben ser prudentes y sapientes para garantizar lo uno y lo otro.

En este sentido, la reforma a la salud planteada por el Gobierno Nacional resulta inconveniente, además de inconstitucional. Parte de un diagnóstico con poco sustento en la evidencia y parcializado, desconociendo los avances alcanzados en estas décadas. Conviene tener presente, por ejemplo, que en 1993 solo un 4% de las personas del 20% más pobre de la población estaba afiliada al extinto Instituto de los Seguros Sociales y que el gasto de bolsillo a cargo de las familias representaba el 43% del gasto total en salud. Hoy, la cobertura es del 99% y el gasto de bolsillo del 16%, lo que significa un logro fundamental para Colombia, que es reconocido a nivel internacional y que permitió proteger a la población durante la pandemia del covid-19. En cuanto a indicadores trazadores sobre salud y bienestar, a la luz de la agenda global de desarrollo, la mortalidad infantil ha caído a 1/3 parte y la esperanza de vida pasó de 69 a 77 años en la actualidad.

La reforma tampoco soluciona los problemas identificados y en cambio puede empeorarlos. No hay disposiciones que procuren la mejora en la disponibilidad médica y de infraestructura especializada, por lo que temas sensibles como la demora en atenciones de mayores niveles de complejidad siguen sin abordarse. La centralización y el manejo de los recursos en una única entidad, que no cuenta con capacidades para ello, pone en riesgo la sostenibilidad y el flujo de recursos y genera mayores riesgos de corrupción. La eliminación de las EPS deja sin representación a los usuarios y elimina la gestión integral de los riesgos en salud y riesgos financieros del sistema.

A lo anterior, se suma un tránsito legislativo en donde se han evidenciado múltiples vicios de trámite en donde se destacan la naturaleza estatutaria de la ley, la falta de consulta previas a comunidades étnicas, las faltas al estatuto del Congreso en materia de adición de proyectos, presentación y sustentación de ponencias, enmiendas, proposiciones y otros errores procedimentales.

Por estas razones, **ACEMI considera que se debe avanzar en la construcción de una nueva reforma** que surja de un proceso amplio y plural de participación que incluya a las instituciones públicas y privadas que hacen parte del sector, a la academia y de manera especial a las organizaciones de usuarios y pacientes que son la razón de ser del Sistema de Salud. Hacer una reforma que no convoque a quienes serán los encargados de llevarla a cabo deteriora su legitimidad y puede hacer inviable su implementación.

Agradeciendo la atención prestada y reiterando la voluntad de aportar a iniciativas que construyan y evolucionen el Sistema de Salud.



PAULA ACOSTA MÁRQUEZ
Presidente Ejecutiva ACEMI

RESUMEN COMENTARIOS PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY 339, 2023 CÁMARA

1. ASPECTOS GENERALES

El articulado tal como está planteado, en lugar de avanzar en la garantía del derecho fundamental en la línea de la Ley Estatutaria, implica un retroceso en materia de salud para el país.

- **La ponencia para segundo debate mantiene aspectos fundamentales la propuesta inicial del gobierno.** Pese a los ajustes incluidos se mantienen ideas centrales como: un pagador único público, elimina las EPS, traslada la población a centros de salud locales y fragmenta la prestación y recursos en distintas entidades y fondos, deja sin representación a los usuarios y elimina la gestión integral de los riesgos en salud y riesgos financieros del sistema.
- **Las gestoras no cuentan con las capacidades, ni los recursos para gestionar el riesgo en salud, ni financiero del sistema.** Se elimina el concepto de prima, plan de beneficios y de reserva al tiempo que se fragmenta la atención en niveles básicos y complementarios. Las funciones de las gestoras se comparten con los CAPS, las secretarías departamentales, las unidades zonales de planeación y evaluación y el Ministerio de Salud, con lo que se hace imposible garantizar el acceso a los servicios y los resultados del sistema.
- **La ley redefine todo el modelo de salud,** los derechos de los usuarios y sus mecanismos de protección, el acceso a los servicios, la institucionalidad, la gobernanza, el financiamiento y las reglas de operación por lo que debe tramitarse como Ley Estatutaria.
- **El proyecto no resuelve las quejas reiteradas por los usuarios y pacientes de oportunidad** en las atenciones, ni se preocupa de los problemas de sostenibilidad financiera del sistema.
- **Persisten las preocupaciones sobre la insostenibilidad financiera del modelo propuesto.** Un modelo con pago por servicios, libre adscripción a servicios de mayor complejidad, eliminación de autorizaciones, anticipos del 80% por factura presentada y relajamiento de las auditorías, podrían llevar rápidamente el sistema al colapso financiero y los consecuentes costo en salud y vida.
- **Se elimina la libre elección del asegurador.** Al crear un monopolio estatal se elimina la posibilidad de que los afiliados elijan su asegurador. En cambio, estarán en la obligación empadronarse en el centro de salud mas cercano a su lugar de domicilio.
- **La propuesta no es viable en tiempo ni en recursos y amenaza la continuidad en la atención de 8 millones de pacientes crónicos.** La dilución de las EPS no es viable, dada la naturaleza de su función y sus estructuras administrativas técnicas y financieras. No resulta razonable que en sólo un año se cuente con un sistema de información público y único del que depende todo el funcionamiento del nuevo modelo de salud. Tampoco contar en dos años con cerca de 2.000 CAPS que deberían construirse o adecuarse pero sobre todo entrar en operación. Experiencias similares han tomado décadas.
- **Triple integración vertical público.** El Estado define la política, regula, define tarifas, contrata y presta servicios, audita, paga y vigila. El Ministerio de Salud asumen funciones operativas y la ADRES asume competencias regulatorias, lo que es un retroceso en diseño institucional.
- **El proyecto de ley elimina el concepto de plan de beneficios y los planes complementarios de salud,** afectado la garantía del derecho y la posibilidad de cerca de 2 millones de colombianos de clase medias y populares de acceder a servicios de salud de calidad.

2. PROGRESIVIDAD DEL DERECHO EN SALUD Y PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD

- **El modelo propuesto no garantiza el acceso, la integralidad y continuidad de la atención.** No hay claridad en el arreglo institucional ni del recorrido del paciente dentro del sistema, lo cual afecta el ejercicio del derecho fundamental pues no garantiza el acceso a una infraestructura de servicios en los niveles actuales: no son claros los procesos de articulación de la red, del garante de la atención, del receptor de PQR y acciones de tutela, entre otros.
- **No hay certeza sobre el contenido del derecho, su alcance y los mecanismos de protección.** El plan de beneficios incorporado en la Ley Estatutaria se pierde, lo que genera una incertidumbre sobre el alcance de derechos que afecta de manera directa su exigibilidad. Al moverse a un esquema de oferta, en la práctica a lo que tendrán derecho los colombianos será a lo que encuentren en el CAPS, al menos para el nivel primario de atención.
- **Elimina la participación del sector privado en el aseguramiento en salud,** mediante la creación de un monopolio estatal, eliminando las EPS. Las gestoras no suplirán este vacío.
- **Se traslada el riesgo financiero a los afiliados.** La eliminación del aseguramiento y el inadecuado diseño de incentivos traslada el riesgo financiero a los afiliados como ocurría en el pasado y como ha ocurrido en reformas recientes en países como México.
- **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. Se requiere para estos efectos un diseño operativo y financiero que permita a las personas fluir dentro del sistema sin barreras de orden territorial.
- **No se garantiza la continuidad** en la prestación de los servicios ordenados mediante fallo judicial. En la ponencia falta aún definición sobre la forma y los mecanismos en que se van a amparar los derechos de los afiliados, obtenidos mediante fallo judicial y la disposición de recursos cuando en las tutelas se ha ordenado el suministro de bienes y servicios que no se pueden clasificar como tecnologías de salud.
- **Preocupación por enfermos de cáncer y enfermedades huérfanas.** La atención de más de 490.000 pacientes que a través de EPS afiliadas a ACEMI hoy están en tratamientos de cáncer y enfermedades huérfanas en centros de referencia a nivel nacional están en riesgo, debido a que el acceso dependerá de mecanismos de coordinación que no están claros entre instancias del nivel departamental, regional y nacional.

3. GOBERNANZA E INSTITUCIONALIDAD

- **Las aseguradoras (EPS) y los conceptos ligados al aseguramiento como prima, plan de beneficios y gestión de riesgos, desaparecen** para dar paso a un sistema incomprensible: con un pagador único público, financiamiento directo a hospitales públicos y centros de salud, primas de riesgo sin asegurador y una figura de administración delegada.
- Estos modelos se han probado en el pasado a través de figuras como el Seguro Social y el Sistema Nacional de Salud en la década de los 70s y 80s que desembocó en la **insostenibilidad financiera del sistema, el mal uso de recursos y la desatención de la población.**

- **La ADRES concentrará las funciones de manejo financiero, administración de recursos, revisión, auditoría de cuentas y único pagador.** Hoy la ADRES apenas gestiona el pago de cerca del 2% de las atenciones correspondientes a recobros y audita cerca de 50.000 facturas al mes con demoras incluso mayores a dos años. Las EPS auditan y pagan cerca de 8 millones de facturas mes. Esto implica multiplicar la capacidad actual de la ADRES por 160.
- **Gobierno corporativo débil.** Las decisiones de la ADRES se toman de manera unilateral por parte del director general sin consulta de la junta directiva.
- **No existe capacidad institucional** para asumir las responsabilidades que se asignan tanto a las entidades territoriales como a la ADRES. En el último caso, por ejemplo, ADRES realiza pago por servicios NO PBS con retrasos mayores a dos años y no gestiona adecuadamente cuentas del SOAT. En las entidades territoriales, apenas cumplen con la mitad de las funciones que hoy día tienen por ley y ejecutan insuficientemente y sin criterios de eficiencia sus recursos de salud pública.
- **Se sobrecarga de funciones administrativas y de coordinación a los CAPS** y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en detrimento de la oportunidad y calidad de la atención. Se pretende que los CAPS adelanten un sinnúmero de funciones que hoy tienen las EPS y otros agentes del sistema, tales como, la caracterización de la población, suministro de medicamentos, articulación del sistema de referencia y contrarreferencia, ejecución de programas de salud pública, la gestión de incapacidades o licencias y la coordinación intersectorial.
- **No es claro cómo se define la población que estará a cargo de la Gestora,** si cada CAPS puede escoger qué gestoras van a garantizar la mediana y alta complejidad o si hay otra entidad que tomará esta decisión o si el afiliado selecciona la Gestora dentro de las posibilidades del territorio.
- **No es claro el esquema de pago a las gestoras.** En la medida en que desaparece el aseguramiento, el pago a las gestoras no debe contemplarse como un gasto administrativo sino como una remuneración o pago por el servicio prestado, calculado y asignado como un pago per cápita. Adicionalmente, no es claro el cálculo propuesto, pues señala que se calcula sobre el per cápita de la población adscrita a los CAPS, sin que se señale si se realiza por la totalidad del per cápita o sólo por el componente de mediana y alta complejidad.
- **No hay contratos con los CAPS,** ni ningún tipo de subordinación o capacidad de decisión sobre los CAPS, e incluso con la red al no definir quién hace parte de esta. Esto le impide a la gestora garantizar las responsabilidades que se le asignan. Es claro, por ejemplo, que no podría garantizar acceso oportuno a la red, en la medida en que la contratación y pago y niveles de servicio son contratados por un tercero y las IPS no tiene relación con la Gestora. Tampoco podría garantizar un uso eficiente de los recursos, pues no puede definir modelos de atención que optimice el manejo de recursos entre otras posibilidades
- **Proyecto de ley otorga facultades de reglamentación al gobierno en 43 de los 143 artículos que conforman el articulado.** En temas sensibles como el recaudo, gestión territorial, redes integrales, CAPS, equipos de salud, referencia y contra referencia, servicios farmacéuticos, talento humano, sistemas de información, acuerdos de voluntades, entre otros

4. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

- **Se elimina el responsable del riesgo financiero.** La ponencia incluyó una prima de riesgo (UPC) pero no existe un responsable financiero cuando los recursos resulten insuficientes, lo cual impactará el acceso a los servicios de salud y la sostenibilidad financiera de proveedores de bienes y servicios de salud.
- **Costo fiscal estimado** por el Ministerio de Hacienda para la implementación de la reforma supera los \$100 billones para la próxima década.
- **No hay claridad sobre la financiación de los costos de la mayor parte de las disposiciones:** CAPS, equipos territoriales, fortalecimiento nivel primario, plan de salud rural, formalización laboral y convenciones colectivas, hospitales públicos, servicios sociales, consejos asesores de planeación y evaluación, consejos nacionales y territoriales de salud, sistema de información, indemnización previa de las EPS - riesgo jurídico de demandas. Tampoco son claras las responsabilidades en materia de recaudo.
- **No se atiende el problema de sostenibilidad del sistema.** La reforma no contempla nuevas fuentes de recursos, ni mecanismos para ajustar los ingresos del sistema ante cambios en el riesgo de salud o en variables macroeconómicas. Para 2022 la siniestralidad de las EPS fue del 99%: de cada \$100 pesos que recibieron pagaron \$99 en servicios de salud, lo cual es prueba de la insuficiencia de los recursos para atender adecuadamente el Plan de Beneficios.
- **Las Unidades de Planeación y Evaluación** del orden departamental y distrital podrán destinar hasta un 1% del presupuesto asignado a la ADRES (estimamos en \$700 mil millones) para adelantar monitoreo y evaluación de ejecución de las actividades y los recursos destinados a la atención primaria.
- **La pérdida de controles que hacen las EPS para que el nivel primario sea resolutivo y preste atenciones clave generará un incremento de los costos** de atención de mediana y alta complejidad y la insostenibilidad del sistema.
- **El proyecto carece de controles efectivos en el gasto;** así por ejemplo, la utilización de auditorías concurrentes y posteriores no garantizan por sí solas contenciones en el gasto, la autorregulación profesional tampoco lo hace pues requiere de elementos de rendición de cuentas entre pares y racionalidad técnico-científica que no se encuentran presentes, la utilización de manuales tarifarios estandarizados, si bien puede controlar los precios no lo hace frente a las frecuencias de uso, entre otros.

5. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

- El proyecto de ley **no avanza en la definición de normas que garanticen mayor transparencia** en el sector y en el uso de los recursos del sistema.
- **Dilución de responsabilidades entre múltiples actores,** concentración de funciones y recursos en la ADRES, CAPS y secretarías de salud, sin autorizaciones, auditorías aleatorias delegadas a terceros, incentivos inadecuados (pago del 80% de facturas por adelantado), ausencia de sistemas de información y una débil labor de vigilancia territorial acrecientan los riesgos de corrupción.
- **La fragmentación de la responsabilidad de la remisión de pacientes (referencia y contrarreferencia)** permite que se direccionen de manera discrecional a los pacientes a determinadas IPS sin considerar criterios de oportunidad, capacidad y calidad, tal como se presenta hoy con el SOAT, poniendo en riesgo la salud y la vida de las personas.

- **Eliminación del plan de beneficios conllevará riesgos de tráfico de influencias**, inequidades y desigualdad en el acceso, en la medida en que dificulta la exigencia del derecho y propicia incentivos a la ineficiencia mediante el uso de tecnologías costosas y que no son necesariamente las requeridas por el paciente.
- Llama la atención lo dispuesto en el **parágrafo del artículo 17 con respecto a señalar los trastornos del especto autista como enfermedad de alta incidencia y prevalencia cuando no lo son**, frente a la cual se deberá garantizar la financiación para el “diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades”.
- **Debilidad del gobierno corporativo de la ADRES** lo cual genera riesgos de opacidad, transparencia y corrupción.
- Se presentan riesgos en las ESE que se convertirán en ISE. El comportamiento del riesgo de las actuales E.S.E. es heterogéneo, pero preocupa que el 16% tengan clasificación de alto riesgo, sobre todo cuando la gran mayoría de estas prestan servicios de componente primario (87%). Lo anterior se agrava con la falta de información pública sobre **la formación y experiencia laboral de los actuales gerentes, la cual es incompleta** y en una tercera parte de los casos no es pública, requiriendo mayor transparencia y fortalecimiento del gobierno corporativo.

6. TRANSICIÓN

- **El periodo de transición, de apenas dos años, supone crear unas capacidades que parecen irrealizables para el Estado en muy corto plazo y genera muchos riesgos:**
 - La entrada dependerá de la creación y puesta en funcionamiento cerca de 2.000 Centros de Atención Primaria y de un sistema de información único y público del que no se conoce ningún avance.
 - Se da un plazo de un año para construir un sistema de información que en países como Reino Unido ha tomado 10 años y ha costado cerca de \$90 billones de pesos al cambio colombiano.
 - Transición supone capitalización de Nueva EPS en mas de \$2 billones para luego ser liquidada a la vuelta de dos años, lo que podría implicar un detrimento presupuestal.