



Bogotá septiembre 25 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", 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"

Respetados Representantes:

Atendiendo el trámite legislativo del proyecto en referencia queremos manifestar el interés de este gremio en contribuir al fortalecimiento de un sistema de salud que permita avanzar en la garantía y efectividad del derecho. Como país consideramos que debemos evolucionar cada vez más para permitir el disfrute al más alto nivel posible de salud, de acuerdo con la realidad del país y encaminando los esfuerzos para que se amplíen en forma progresiva los derechos de todos los colombianos.

Sin duda hay consenso sobre la importancia de fortalecer e implementar modelos innovadores de atención, corregir inequidades y trabajar de manera conjunta y efectiva con otros sectores para incidir en los determinantes de la salud. El país tiene grandes retos en materia de equidad regional, distribución espacial de la oferta de servicios de salud, disponibilidad de talento humano, implementación de la Historia clínica electrónica e interoperable y el uso de tecnologías de la comunicación para desarrollar el potencial que ofrece la telesalud en beneficio de la población urbana, rural, dispersa e incluso en los centros urbanos.

Así mismo, urge el desarrollo de un sistema complementario al sistema de salud, de servicios socio sanitarios que doten de mayor autonomía al adulto mayor o personas con algún grado de discapacidad, y provean elementos y servicios que garanticen mayor accesibilidad para la población que no cuenta con capacidad de pago para desplazamientos y permanencia en los lugares en donde se prestan servicios de mayor complejidad o permita mejores condiciones de vida para las personas en función de su patología o discapacidad.

Estas necesidades, a nuestro juicio, no pueden dejar de lado los avances que logró el modelo de aseguramiento y que permitió el desarrollo y consolidación del concepto de

derecho fundamental tanto en lo individual como en lo colectivo. Si bien en muchos escenarios hablamos de construir sobre lo construido no se profundiza sobre cómo, con qué herramientas e institucionalidad se lograron los avances y con qué herramientas cuenta el país para que efectivamente la reforma propuesta logre impactar de manera positiva a los colombianos. Los avances actuales se dieron gracias a la nueva institucionalidad prevista inicialmente en la Ley 100 y reformada de manera importante en las leyes 1112 y 1438, al incremento creciente de recursos y al concepto de manejo de riesgos, definición de coberturas y de primas (UPC), característica fundamental de los seguros sociales.

Consideramos que estos avances pueden perderse e impactar de manera negativa el ejercicio del derecho, al eliminarse la figura de las Entidades Promotoras de Salud, al quedar diluidas las responsabilidades entre diferentes actores del sistema y desintegrados los procesos de atención desatendiendo lo previsto en el artículo 8 de la LES. Al eliminar a las EPS como asegurador y gestoras del riesgo y de los recursos se pierde la integralidad de la atención y las posibilidades de generar eficiencias derivadas de la integración de competencias y recursos. Además, se genera el riesgo de que estas instancias regionales y departamentales prioricen el gasto en los servicios disponibles en su territorio en detrimento del acceso y cobertura de servicios que requiera la población a las atenciones cuya oferta no está disponible en su territorio.

En esta medida consideramos necesario alertar, como gremio y como ciudadanos, sobre los riesgos que implicaría avanzar en el proyecto de la manera en que está plasmado en la ponencia. Perder la institucionalidad y las herramientas con las que se cuenta actualmente para la garantía del derecho puede significar un retroceso en materia de salud para el país.

Si bien los comentarios los presentaremos por algunos de los títulos propuestos, queremos señalar, que solo con una revisión global e integradora podrá avanzarse en la formulación de las medidas que respondan de manera real y efectiva a las necesidades de colombianos, siendo la voz de los pacientes y los problemas por ellos diagnosticados, un punto de partida muy importante.

Por las consideraciones anteriores, invitamos a los Honorables representantes a convocar a diálogos a nivel nacional con la participación de todos los actores y sobre todo con la disposición de entender al otro para así construir una propuesta que permita avanzar en el goce del derecho, no solo en lo individual sino en lo colectivo abarcando el trabajo con otros sectores y permitiendo un mayor desarrollo social.

Título I. Objeto y Campo de aplicación.

Es importante separar y definir claramente el alcance del proyecto propuesto, tomando como punto de partida la Constitución Política. Si bien en el articulado se señala que va a desarrollarse un modelo de aseguramiento social o seguro social, es necesario separar con

claridad el desarrollo de un seguro público y obligatorio en los términos del artículo 48 de la Constitución Política con la participación del sector privado en el aseguramiento, los servicios de salud que son gratuitos y obligatorios al tenor del artículo 49 de la Constitución Política y el diseño de un sistema de salud en la cual participan entidades que no necesariamente hacen parte del seguro social.

En relación con el aseguramiento social, es necesario mantener la participación del sector privado, la representación del afiliado en el sistema, la integralidad de la atención, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la protección financiera así como el fortalecimiento de los gobiernos corporativos de las entidades públicas como la ADRES y desarrollar mecanismos que permitan mayor transparencia y faciliten una adecuada inspección, vigilancia y control a través de las instituciones especializadas para tal efecto, así como un mayor control social.

Título II. Modelo de Salud basado en la atención primaria en salud y determinantes sociales.

- **Resolutividad de los CAPS.** Sin duda es necesario profundizar cada vez en modelos de atención primaria, pero estos **deben ser altamente resolutivos**. En el proyecto en lugar de hacer énfasis sobre los procesos de atención para lograr profundizar en prevención e implementación de modelos predictivos, 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.
- **Esquema financiero.** Debe revisarse el esquema de financiación de los CAPS, pues no en todas partes debe ser financiada la oferta de los mismos, de manera independiente de su naturaleza pública, privada o mixta, lo cual riñe con estímulos para la eficiencia y adecuada prestación de servicios a los afiliados.
- **Importancia de dejar organización, coordinación y gestión de la red** en cabeza de la entidad que asume el aseguramiento social. La habilitación y autorización de la red de servicios queda en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y la coordinación queda en las secretarías de salud departamentales y distritales con las gestoras de salud y vida, sin que sean claras las competencias en materia de conformación y supervisión de su desempeño, lo cual no permite hacer una adecuada gestión de riesgos.
- **Habilitación de la red.** La habilitación de la red debe ser parte de la habilitación de la entidad que va a quedar a cargo del aseguramiento, pues parte fundamental de su labor debe ser la garantía de acceso a los bienes y servicios que garantiza el sistema a toda la población. Debe quedar entonces en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, que podrá revocar la autorización de la entidad aseguradora cuando no se cumpla con esta garantía. De lo contrario, no podría por estar asignada esa función a terceros.
- **La fragmentación entre los niveles de atención puede convertirse en una barrera de acceso** para muchos pacientes, en especial en regiones donde no están todos los

servicios. Por ejemplo, una persona con diagnóstico de cáncer o una enfermedad huérfana requiere un servicio que solo está disponible en un hospital a nivel nacional, debe agotar primero las instancias locales, generando demoras y posibles dificultades de acceso.

- **No es claro el acceso y continuidad a la atención de nivel complementario** y si el acceso está restringido a la disponibilidad regional de oferta, se profundizan las inequidades en el acceso.
- Es necesario **definir** tanto en el caso de los CAPS como para el resto de la red de prestadores, **controles efectivos en el gasto procurando los mejores resultados en salud**, mediante **modalidades de contratación y pago** que deben estar a cargo de las entidades que asumen y gestionan el riesgo.
- **El Sistema de referencia y contrarreferencia queda a cargo de los CAPS, las gestoras de salud y vida, la coordinación departamental de las redes y la coordinación regional de las redes.** Detrás de esta tarea hay un ejercicio de clasificación de atenciones según su urgencia, seguimiento de patologías, personas y prestadores de servicios de salud disponibles a nivel nacional, que hoy hacen las EPS. Esto dificulta el tránsito del paciente sin que tenga un interlocutor o responsable de su remisión.

Título III. Organización del sistema de salud.

Capítulo I. Gobernanza y gestión pública.

- **Desaparece la gestión del riesgo en salud.** En el ejercicio contractual entre asegurador (EPS) y prestador, claramente se exigen ciertas actividades asociadas a la gestión del riesgo en salud por parte de la red de prestadores, pero es la EPS quien hace la caracterización de la población, coordina y contrata su red de conformidad con los perfiles epidemiológicos y su ubicación, orienta al paciente a donde ir, dispensa los medicamentos y ordena los exámenes. En fin, es quien da la cara y representa al usuario en la navegación por el sistema de salud y quien exige a las IPS que cumplan con la labor contratada. La gestión del riesgo que realiza las EPS se ilustra en el manejo integral de las personas con enfermedades crónicas. Una primera etapa consiste en identificar quienes tienen la condición crónica, y este paso generalmente es realizado por prestadores primarios mediante acciones de detección temprana. La EPS se encarga de generar los incentivos apropiados para tal fin e inscribir al usuario a un programa de atención. Otro paso de la gestión del riesgo consiste en su estratificación, que suele realizarse mediante estudios diagnósticos o de alta complejidad, por lo que el usuario requiere de servicios diversos entre IPS distintas; esta coordinación de la atención no la realiza ninguno de los prestadores, ya que su alcance sólo está en la oferta de su portafolio de servicios. En este caso, la EPS es la encargada de coordinar la red de prestadores y facilitar los canales de comunicación y medios transaccionales entre ellos. Finalmente, la EPS adelanta el monitoreo y evaluación de la atención integral del usuario en términos de resultados

en salud, experiencia del usuario y costo, para lo cual se requiere de la agrupación y análisis integrado del total de las intervenciones de la red de prestadores, es decir, son resultados compuestos de la acción conjunta de cada actor que participa en el proceso de atención, y el único actor que tiene esta “visión de conjunto” es el asegurador. Dicha visión se pierde en el proyecto de ley presentado por el Gobierno, toda vez que ninguna de las instancias creadas tiene a cargo la gestión integral del riesgo. Por tanto, la gestión del riesgo requiere de una perspectiva interinstitucional, aspecto que no se observa en la propuesta de reforma a la salud; por el contrario, se omiten funciones o responsabilidades clave para la gestión del riesgo en salud y las que quedan se “dispersan” entre diferentes instancias.

- **Requisitos de Habilitación.** Es necesario recordar que la definición de requisitos para ejercer determinada actividad es desarrollo de las facultades de intervención del Estado, debiendo quedar claros en la ley los requisitos generales, que por supuesto, deberán ser desarrollados a nivel reglamentario.
- Con la propuesta de **transformación del SOGC a SICA** se pierde la visión integradora de las EPS como garantes de la calidad en la prestación de los servicios. Parece que el SICA será atomizado por cada actor del sistema de salud, pero no se visualiza una institución responsable que actúe cuando se evidencien hallazgos negativos.

Capítulo III. Gestoras de salud y vida.

En relación con la transformación de las EPS.

- Durante el periodo de transformación **se desdibujan las responsabilidades actuales de las EPS** en materia de manejo de riesgos incluido el financiero y **se asignan unas nuevas totalmente indefinidas**, como, por ejemplo, la que se refiere a colaborar en la organización de CAPS, sin que se señale el alcance de dicha colaboración: asesoría, consultoría, inversión, creación, entre otras posibilidades.
- **No es claro el esquema financiero de la transición**, pues de un lado señala que recibirá los recursos de mediana y alta complejidad sin situación de fondos y de otro, pareciera que ADRES girará directamente una suma o porcentaje a los CAPS, sin precisar si estos corresponden a la red organizada por las EPS. Debemos recordar que la UPC no está calculada actualmente de esa forma y que el comportamiento de gasto no es igual ni en todas las EPS ni en todas las regiones, generando riesgos importantes de desfinanciación de la atención efectiva a la población afiliada.
- **Desaparecen las redes de la EPS** pues serán aquellas organizadas por las secretarías departamentales y distritales lo cual genera una alta litigiosidad e inseguridad jurídica, en la medida en que la red de las EPS ha sido organizada y contratada con una serie de cláusulas relacionadas con obligaciones recíprocas, niveles de servicio, cumplimiento de metas, formas de pago, valor por servicios dependiendo de la modalidad de contratación y la terminación anticipada de los mismos implicaría el desconocimiento de estos contratos, generando riesgo legal para la EPS. De otra parte,

es contradictorio, pues se señala que habrá giro directo a las IPS que hacen parte de la red de las EPS.

- **Se genera un daño a la EPS al obligarla al desmonte de la Integración vertical** en un plazo tan breve y además desconoce la necesidad de oferta en el país para satisfacer las necesidades de la población.
- **No son claros los términos para las EPS que no se transformen para la entrega de la población afiliada.**
- **La transformación de EPS a Gestora de salud y vida no es viable**, empezando porque cambia por completo su objeto social debiendo liquidarse.
- **No existe claridad frente al esquema de pago a la EPS durante la transición ni los beneficios que debe garantizar, ni quién asume el riesgo financiero por una eventual desviación.** Se señala que la UPC se reconocerá sin situación de fondos, pero no se precisa si a las EPS se les va a pagar el porcentaje de gasto administrativo lo cual no podría ir sin situación de fondos.

En relación con las Gestoras

- **Están destinadas a desaparecer - marchitamiento.** En efecto, el artículo 49, numeral 22, señala que las gestoras solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación según necesidades que determine el Ministerio de Salud. Si bien pensamos que se refiere a la autorización que tuvieron en calidad de EPS para darle sentido a la norma y permitir que existan estas entidades, esto quiere decir que no podrán ingresar a nuevos territorios o fortalecerse en donde no haya tenido una presencia importante y por otro lado, se señala que no podrá ingresar ninguna entidad nueva por carecer de autorización previa.
- **Las funciones que hoy día desempeñan las EPS se atomizan y diluyen** entre la pagadora pública única, los entes territoriales, las unidades de planeación y evaluación departamentales y los Centros de Atención Primaria.
- **Las funciones de las Gestoras deben ser ejercidas en su mayoría en asocio o colaboración con terceros, lo cual diluye la responsabilidad, entorpece la operación y afecta al afiliado**, como por ejemplo: coordinar la planeación estratégica de la red con las direcciones territoriales y el Minsalud; gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS, conformar en coordinación con las direcciones departamentales y distritales las redes, gestionar en articulación con las direcciones territoriales y distritales los CRUE, los CAPS y la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras, entre otros.
- **Asigna responsabilidades sin que las Gestoras tengan capacidad de intervenir o garantizar su cumplimiento por depender de terceros**, es el caso de contribuir al uso eficiente y racional de los recursos, que son manejados por terceros.
- **No hay claridad en relación con los beneficios que deben ser articulados a través de la red**, pues desaparece el plan de beneficios.

- **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**. 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 solo 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.
- **Es imposible para las EPS** hacer un estudio de factibilidad y pasar por la aprobación de todos los órganos de dirección y socios para efectos de **definir en 60 días si se transforman o no**. Además, no es suficiente contar con los requisitos de habilitación, es fundamental conocer con claridad el alcance de sus funciones y su remuneración por los servicios prestados.

Título IV. Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema.

La eliminación de la gestión del riesgo financiero supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema. Las acciones de prevención y promoción son insuficientes para contener el gasto y la carencia de incentivos para hacer un uso costo efectivo de los recursos desbordará las previsiones que ha elaborado el gobierno.

- **No se atiende el problema de sostenibilidad del sistema considerando que la ponencia** 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 el año 2022 la siniestralidad de las EPS fue del 99%: de cada \$100 pesos que recibieron pagaron \$99 en servicios de salud.
- **Esquemas de pago por servicios, sin autorizaciones, con anticipos superiores al 80%** y con un esquema tercerizado de auditorías llevarían al sistema al colapso rápidamente.
- La centralización del manejo de los recursos en una mega institución como la ADRES genera **enormes riesgos en la gestión de estos recursos**. Casi todas las funciones de contratación, auditoría y giro de los \$82 billones de pesos del sistema de salud quedan

en cabeza de una entidad que no cuenta con la experiencia, la capacidad, el gobierno corporativo, ni los sistemas de información para desarrollar esta función.

- Preocupa **implementación de nuevos gastos como las Unidades de Planeación y Evaluación del orden departamental y distrital que podrían destinar hasta un 1% del presupuesto asignado a la ADRES**, para adelantar monitoreo y evaluación de ejecución de las actividades y los recursos destinados a la atención primaria.
- **Desarticulación de algunos artículos con respecto a lo aprobado**. Por ejemplo, en el numeral 6 del artículo 58 sobre funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud aún se nombran los fondos cuenta regionales, pese a que fueron eliminados en las discusiones previas.
- **Los servicios sociales complementarios** no tienen fuente de financiación, ni se definen los criterios mínimos para ser beneficiario, ni los beneficios que se garantizarían a la población, lo cual hace inoperante la norma y no pasa de ser un reconocimiento a la problemática actual sin que se avance en su solución.

Título XIII. Disposiciones transitorias y varias

- **Falta de claridad en las reglas aplicables durante la transición a las EPS** que cumplan los requisitos de permanencia. Se señala de una parte que operarán bajo las reglas de aseguramiento y al mismo tiempo bajo reglas de transición.
- **El periodo de transición previsto para el desmonte de las EPS e implementación del nuevo modelo, de apenas dos años, supone crear unas capacidades que lucen irrealizables para el Estado en muy corto plazo**. La entrada dependerá de la creación de más de 2.000 Centros de Atención Primaria que no existen y de un sistema de información único y público del que no se conoce ningún avance.
- **Se debe ser consciente, del impacto que tiene la eliminación de las EPS**, en relación con el desempleo que se ocasionaría por el despido masivo del personal que se dedica a las labores propias del aseguramiento.
- **Incompatibilidad entre la definición de prima UPC y la definición de un per cápita para APS vía oferta**. Además de fraccionar y desintegrar el concepto de aseguramiento, la propuesta del artículo de UPC tiene una contradicción de difícil manejo, pues las metodologías de cálculo de una prima realizada con base en los beneficios a cubrir, el perfil de la población y las frecuencias estimadas difiere radicalmente de la definición de unos presupuestos que garanticen la financiación de la oferta de servicios. Son lógicas diferentes para efectos del cálculo.
- **Acuerdo de voluntades**. Este artículo es tremendamente confuso y queda sin definir quiénes son las partes que intervienen, cuál es el grado de autonomía para definir modalidades de contratación y pago, valores del contrato y demás elementos de este tipo de acuerdos. Además, parece contemplar redes abiertas, es decir que con o sin contrato, las personas pueden acceder a cualquier institución hospitalaria lo que también genera inquietud sobre puerta de entrada y sistema de referencia y contrarreferencia.




Por último queremos reiterar parte de las inquietudes ya manifestadas en anteriores ocasiones o recogidas parcialmente en la presente comunicación, relacionadas con el trámite del proyecto, la eliminación para la participación del sector privado en el aseguramiento, el manejo eficiente de los recursos, la carencia de controles sobre los recursos y la falta de claridad en las reglas del juego lo cual no solo genera un ambiente de incertidumbre sobre el alcance de las responsabilidades sino que afecta el cabal ejercicio del derecho de la población.

No vemos viable que el Estado desarrolle las capacidades que se propone en un lapso tan breve, ni tampoco la creación de CAPS y demás institucionalidad propuesta. Es importante antes de enfrentarnos a una crisis de grandes proporciones ver las capacidades y recursos con que se cuenta para la reforma y la asunción de responsabilidades por todos los actores en los términos allí previstos. Estamos convencidos de que la institucionalidad actual tiene muchos retos, pero las EPS o unas entidades que asuman el riesgo mediante la modalidad del aseguramiento son fundamentales para la buena marcha del sistema dentro del concepto de seguro social.

Quedamos atentos a profundizar y ampliar estos comentarios con el convencimiento que, con el diálogo constructivo entre afiliados, pacientes y demás actores del sistema se podrán vislumbrar soluciones que respondan de manera efectiva a las necesidades de la población y a los grandes retos del sistema de salud en materia de disponibilidad, accesibilidad y financiación.

Cordialmente,



Ana María Vesga
Presidenta Ejecutiva