

REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA

Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, 216 de 2024 Senado y acumulados, aprobado en segundo debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes.

Febrero de 2024 - Herman Redondo Gómez MD¹

I. ANTECEDENTES

La Nueva Constitución Política. La Constitución de 1991 estableció el Estado Social de Derecho, consagró un amplio catálogo de derechos ciudadanos con sus mecanismos de protección especialmente la acción de tutela, garantizó diferentes mecanismos de participación ciudadana, promulgó principios como la prevalencia del bien general, la dignidad humana y la garantía de algunos derechos como el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad, la autonomía, la libre autodeterminación, el derecho a vivir y morir dignamente, a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes, disposiciones constitucionales dirigidas a amparar y respetar la voluntad de los individuos en el marco del Estado Social de Derecho.

En los artículos 42 al 52 la Constitución Política se desarrollan con amplitud y generosidad los conceptos de salud y seguridad social, amén de otros artículos dispersos en el Texto Superior que establecen derechos relacionados con la salud y la seguridad social.

Ley 100 de 1993. En atención a lo establecido en la nueva Constitución Política, el Congreso de la República expidió la esta ley, norma que creo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual transformó estructural y profundamente el Sistema de Salud en Colombia. El desarrollo del nuevo sistema de seguridad social en salud demolió el anterior Sistema Nacional de Salud, a pesar de que este había sido actualizado recientemente con la Ley 10 de 1990.

El modelo desarrollado por la Ley 100 de 1993, se soporta en el denominado “*pluralismo estructurado*”² materializado en el aseguramiento y en la competencia regulada. Para el caso colombiano, se implementaron varios cambios entre los que se destacan, la eliminación del monopolio público de la seguridad social, abriéndose la libre competencia mediante la creación de Entidades Promotoras de Salud – EPS, la constitución de entes

¹ Herman Redondo Gómez. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, diplomado en seguridad social para directivos y en administración y gerencia en salud. Miembro del CNSSS por 10 años, presidente de ASMEDAS Cundinamarca por 8 años, Concejal de Bogotá en 2004, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina y actual magistrado del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

² Concepto desarrollado por el exministro de Salud, Juan Luís Londoño de la Cuesta, el cual introduce la figura de la **agencia** (EPS), como un intermediario entre el prestador de un servicio y su receptor, como forma de compensar la vulnerabilidad de este último, frente a un monopolio (público o Privado) o la asimetría de la información, buscando distribuir y equilibrar el poder entre los diferentes actores.

reguladores como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la transformación del modelo de financiamiento del sistema pasando de uno basado en subsidios a la oferta a uno soportado en subsidios a la demanda, apoyado en un sistema financiero con componente solidario a través del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.

Lo anterior, se complementa con la constitución de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, más los regímenes de excepción. Cada régimen tiene su propio Plan Obligatorio de Salud (POS), los cuales progresivamente se han igualado por mandato de la Corte Constitucional. Los regímenes especiales, contemplados por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, que trata de las excepciones dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral. En el mismo artículo se establece que las poblaciones que se encuentran exceptuadas son los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Magisterio, los trabajadores y pensionados de Ecopetrol. A lo anterior se suma el sistema de salud para la población privada de la libertad a cargo del INPEC. Estos regímenes de excepción no son tenidos en cuenta en la reforma a la salud que actualmente se debate en el Congreso de la República.

Según Patiño³, la Ley 100/93 modificó el contrato social del médico, hasta relegar el imperativo hipocrático de considerar ante todo el bien del paciente (principio de beneficencia) por una pretendida justicia distributiva con grandes incentivos de renta que han afectado la relación del médico con sus pacientes. El actual modelo compromete el imperativo hipocrático en favor del mandato burocrático e interfiere con la autonomía profesional. Según el mismo Profesor Patiño, la medicina es la más intensamente moral de las actividades humanas, por cuanto su objetivo es el beneficio del individuo y de la colectividad.

Durante las tres décadas de vigencia de la Ley 100, el país ha presenciado una transformación en el ejercicio de la medicina sin precedentes; hoy se considera el servicio de salud como un bien negociable, regido por las leyes del mercado, convirtiéndolo en un sistema económico y social complejo, en el cual la salud puede pagarse de antemano, negociarse, transferirse, alterarse o negarse según la conveniencia de los actores que toman las decisiones.

El Acto Médico en un sistema de mercado. Introducir la economía de libre mercado en la salud tiene alto costo ético y social. El acto médico inspirado en la ética hipocrática se basa en la libertad de escoger al médico que inspire toda la confianza al enfermo y a su familia. Establece una relación proactiva de empatía, en la cual el paciente abre su espíritu y cuenta con amplitud sus penas físicas y morales e inclusive convierte al médico en su consultor y consejero. El galeno por su parte le entrega al paciente todo su interés, el tiempo necesario, toda su capacidad y sus conocimientos, con ética, responsabilidad y autonomía, mediando siempre el consentimiento informado del enfermo.

³ Patiño, José Félix. Revistas MEDICINA de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Entre otros, Volumen 32. Número 1, 2010.

El principal objetivo del acto médico es llegar a un diagnóstico basado en el método científico, para procurar curar, mejorar o por lo menos aliviar al enfermo y evitarle sufrimiento y complicaciones previsibles.

Según lo expresara el Profesor Patiño⁴, el desarrollo de la economía de mercado aplicada a la salud ha traído la más funesta repercusión sobre la medicina como profesión y como ciencia, de tal manera que hace irreconciliable la ética económica con la ética médica, llegando inclusive a variaciones inaceptables en el comportamiento médico al anteponer la rentabilidad sobre el beneficio social.

La medicina se ha desprofesionalizado convirtiéndola en un simple oficio, con la subsiguiente pérdida de autonomía del médico que hoy se siente degradado al rango de operario técnico, en ocasiones con la coacción de los empleadores que, por la burocratización del ejercicio médico, llegan a propiciar conductas contra la ética. Se olvida que según la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica), el respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen la esencia espiritual de la medicina, por tanto, el ejercicio médico tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

No obstante, la Ley 100 de 1993 ha sufrido transformaciones a lo largo de su desarrollo.

Ley 1122 de 2007. “*Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”.

Esta norma precisó el alcance del aseguramiento en salud y, si bien no reformó de fondo el SGSSS, se hicieron algunos ajustes, algunos buenos y otros no. Por ejemplo, acabó con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), creado por la Ley 100, como órgano de dirección del Sistema General de Seguridad Social que hoy afortunadamente se piensa recrear, en cambio, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), unidad administrativa especial que también sería liquidada con posterioridad y sus funciones asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). A partir de su aprobación, entre otros, se introdujeron los siguientes cambios:

- No hay copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del régimen subsidiado, clasificados en el nivel I del SISBEN.
- No hay períodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo.
- A los afiliados se les contabiliza el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia.

⁴ Patiño Restrepo, José Félix. Discurso de Posesión como Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Revista Medicina, vol. 20, No 1 mayo de 1.998.

- Las EPS no pueden contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Pueden distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad. Con lo propuesto hasta ahora en la reforma, las gestoras de salud no podrán tener ningún tipo de integración vertical.
- Las EPS-S contratarán obligatoria y efectivamente un 60% como mínimo porcentual del gasto en salud con las ESE debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista capacidad resolutoria. Con la reforma como se aprobó en segundo debate, no hay contratación. Los CAPS remiten a la mediana y alta complejidad de respectiva red o a la que se considere según el caso particular.

Ley de Talento Humano en Salud. Ley 1164 de 2007, “por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud”, establece los requisitos para el ejercicio de las profesiones del área de la salud, creó el ReTHUS (registro especial del talento humano en salud -THS), el OTHS (observatorio del THS) y, el artículo 26, define el acto propio de los profesionales de la salud:

“Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional”.

Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Muy importante ley en la cual se ha venido apoyando el Gobierno Nacional para impulsar algunas de sus reformas. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Introduce, entre otros, los siguientes aspectos:

- **Plan Decenal para la Salud Pública.**
- **Observatorio Nacional de Salud.**
- **Equipos básicos de salud.**
- **Portabilidad nacional.** Todas las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.
- **Universalización del aseguramiento.** Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del SGSSS. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación (Art. 32).
- **Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).**
- **Definición de Redes Integradas de Servicios de Salud.** Se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios

de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda (Art. 60).

- **Política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos.** (Art. 86).
- **Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMD.**
- **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).** (Art. 92).
- **De los protocolos de atención.** (Art. 95).
- **De las guías de atención.** (Art. 96).
- **De la política de Talento Humano.** El MSPS, definirá la política de THS que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud. La Política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT (Art. 97).
- **Hospitales universitarios.**
- **Contratación del personal misional permanente.** El personal misional permanente no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales vigentes.
- **Autorregulación profesional.** Modificase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así: *“Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional”.*
- **Autonomía profesional.** Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión (Art. 105).

Sentencia T-760 de 2008 de la H. Corte Constitucional. En materia de salud, se han dado avances trascendentales a partir de los fallos de la Corte Constitucional como intérprete y defensora de la Constitución Política; por ejemplo, con la Sentencia T-760 de 2008, se reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo de primer orden.

Consagrada la salud como derecho fundamental la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, ASMEDAS y la Asociación Nacional de Internos y Residentes presentaron el Proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado de 2013 – 267 Cámara 2013, que a la postre dio origen a la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, en la que el Estado Colombiano se compromete a lo largo de su articulado de manera ineludible a consagrar, promover, aplicar, defender y responder por el derecho fundamental a la salud, para todos los residentes en el país, definiendo su núcleo esencial, sus lineamientos básicos, principios y directrices.

Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. El objeto de esta Ley Estatutaria (LES) es “*garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*”. Su enfoque se construye a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y su fin es garantizar el goce efectivo por parte de todos los residentes en el país.

En la LES, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y su objetivo es la integralidad y la equidad en el acceso a los servicios.

En la LES, el enfoque colectivo de la salud se encuentra presente en las acciones de promoción y prevención dirigidas a todas las personas (Art. 2), y en las obligaciones a cargo del Estado (Art. 5).

En la LES, el derecho fundamental a la salud garantiza un plan de salud implícito para todas las personas. La prestación de servicios y tecnologías debe ser estructurada sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, sin que se pueda interpretar el plan de beneficios como una restricción al alcance del derecho.

La LES estableció en el artículo 17 que el derecho a la salud: (...) “*garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de **autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica***” (resaltado propio). Artículo que tiene incidencia en la ética médica, por lo que procedemos al análisis que al respecto hizo la Corte.

II. NECESIDAD DE LA REFORMA

El SGSSS luego de 30 años de vigencia, debates, reformas y ajustes antes anotados, continua presentando graves problemas de acceso real, sobre todo en zonas apartadas con población dispersa, negación de servicios o falta de oportunidad o continuidad en la atención.

A pesar de haberse logrado coberturas de aseguramiento por encima del 95%⁵, el país continua enfrentando el desafío de superar las graves y sistemáticas violaciones del derecho fundamental a la salud, evidenciadas entre otras fuentes, a partir de las recurrentes acciones de tutela en búsqueda de protección de este derecho que se interponen cada año; estas acciones se ubican en el segundo lugar desde el año 2009, con un comportamiento histórico creciente en la última década, según los estudios de la Defensoría del Pueblo.

⁵ Defensoría del Pueblo Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. 2018. Citado en la ponencia para primer debate del PL 339/2023 Cámara, en la Comisión VII. www.defensoria.gov.co

Los intereses del mercado han prevalecido sobre el derecho fundamental a la salud⁶ generando problemas estructurales en el sistema que se expresan en resultados deficientes e inequitativos y presencia de morbilidad y mortalidad evitables, barreras para el acceso a los servicios, precarización laboral, bajas coberturas en zonas apartadas, insostenibilidad financiera del sistema, ausencia de un sistema único de información lo que favorece la opacidad en las transacciones del sistema así como altos niveles de riesgo de corrupción.

Acuerdos Fundamentales. A raíz de la Sentencia T-760 de 2008 de la H. Corte Constitucional, por la cual se reconoció la salud como un derecho fundamental, en el año 2013 la Gran Junta Médica Nacional, convocada por la Academia Nacional de Medicina (ANM) y constituida por las organizaciones más representativas de los médicos colombianos, presentó un Proyecto de Ley Estatutaria para regular y establecer los principios y directrices que garantizaran este derecho fundamental a todos los residentes en el país. Este proyecto fue el origen de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La Ley Estatutaria de Salud (LES) fue respaldada ampliamente por la sociedad civil, aprobada por el Congreso de la República, revisada por la Corte Constitucional y declarada exequible con observaciones en virtud de la Sentencia C-313 de 2014, y sancionada por el Presidente de la República en febrero de 2015, constituyéndose en uno de los adelantos más significativos que puede registrar la historia de la Salud en Colombia. No obstante, a más de ocho años de su aprobación, no se han realizado los cambios necesarios en el Sistema de Salud para que el goce efectivo de este derecho fundamental se haga realidad.

Por esta razón, la ANM, las organizaciones médicas y de profesiones de la salud, presentaron a consideración del Gobierno Nacional, del Congreso de la República y de la opinión general, 14 **ACUERDOS FUNDAMENTALES**⁷ de lo que consideran esencial para el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y lograr así el mejor Sistema de Salud posible para Colombia, de acuerdo con su nivel de desarrollo económico, político y social.

En resumen, dichos 14 Acuerdos fundamentales son:

ACUERDO 1. PROPÓSITO DEL CONSENSO: Desarrollar completamente lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

⁶ Gañán, J. Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. In Estudios de Derecho (pp. 131–155). 2014.

⁷ A la fecha, febrero de 2024, las organizaciones pertenecientes a la alianza de Acuerdos Fundamentales son: Academia Nacional de Medicina, Colegio Médico Colombiano, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Asociación de Profesiones de la Salud, Federación Odontológica Colombiana, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, ASMEDAS Cundinamarca, Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, Colegio Médico de Santander, Colegio Médico de Antioquia, Colegio Médico del Cauca, Federación Colombiana de Sindicatos Médicos, Capítulo de la ANM de Nariño, Academia de Medicina de Medellín, Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos de Ortopedia y Traumatología de Colombia. Federación de Sindicatos de Anestesiología (16 organizaciones).

ACUERDO 2. DESARROLLAR EL SISTEMA DE SALUD al tenor del Artículo 4° de la LES, el cual incluye todo lo que el Estado disponga para la garantía del derecho humano fundamental a la salud.

ACUERDO 3. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. Como lo dispone el artículo 2 de la LES, este derecho es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

ACUERDO 4. RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD. Corresponde al MSPS.

Consejo nacional de salud. Será un organismo adscrito al MSPS, con representación institucional tripartita del orden nacional de todos los actores de la salud y entidades gubernamentales con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas para reglamentar la ley que se apruebe en el Congreso de la República.

ACUERDO 5. PRESTACIONES EN SALUD. El Sistema de Salud tendrá cobertura de prestaciones implícitas, con exclusiones explícitas. Todo está incluido, con excepción de lo excluido, según lo establece el artículo 15 de la LES.

ACUERDO 6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). La cual incluye:

- 1) La participación social y comunitaria (artículo 12 de la LES).
- 2) El impacto positivo de los determinantes sociales de la salud (artículo 9° de la LES).
- 3) Trabajo intersectorial para adoptar las políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las inequidades y desigualdades sociales.
- 4) La Salud en todas las políticas. Desde un enfoque colaborativo, la APS considera las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud.
- 5) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad sobre una concepción integral de la salud (artículo 15).
- 6) Todo articulado con el Modelo de Atención en Salud.

ACUERDO 7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD - REDES INTEGRALES DE SALUD.

Con base en APS y redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS) las cuales incluyen los tres niveles de atención para garantizar resolutiveidad y comportan la unidad de gestión y administrativa. Estas redes, son una forma de organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, que se articulan a través de acuerdos de voluntades para garantizar la atención integral de las personas y las comunidades residentes en un territorio o región, orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, en el marco de los principios establecidos en el artículo 6° y 8° de la LES.

Para lo anterior, se requiere un **sistema único de información en salud**, robusto, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, como lo establece el artículo 19 de la LES.

ACUERDO 8. FORTALECIMIENTO GENERAL DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS.

Para avanzar en la aplicación del derecho a la salud, se requiere de una red pública fortalecida en toda la extensión del territorio nacional, estructurada como columna del modelo, financiada con recursos que garanticen la sostenibilidad fiscal para cubrir los presupuestos de fomento, promoción, prevención, atención integral e inversión en infraestructura hospitalaria en los tres niveles de atención, necesarios para la atención de toda la población, con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

ACUERDO 9. AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. De acuerdo con el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, el Sistema de Salud garantizará *“la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de **autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica**”*. En ejercicio de dicha autonomía, no se requieren autorizaciones administrativas dentro de las RIISS, la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación del servicio.

ACUERDO 10. CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR. En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y el artículo 18 de la LES, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales del personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua. Para el efecto, el proyecto de ley establecerá un **régimen laboral especial**, que será concertado con representantes del sector.

ACUERDO 11. ASPECTOS FINANCIEROS. La salud, al ser un derecho fundamental, es un bien público meritorio que debe prevalecer sobre cualquier interés comercial o de mercado. En el Sistema de Salud no deberá haber intermediación financiera. Por tanto, se propone:

- 1) Fortalecimiento de la ADRES como un Fondo Público, único, recaudador y pagador a través de giros directos a los prestadores de los servicios.
- 2) El Fondo Público recaudará todos los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en lo relacionado con la atención en salud, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial que actualmente recauda, más las nuevas fuentes que se definan.
- 3) Manual Tarifario Único.
- 4) Nuevas fuentes de recursos adicionales a la UPC para garantizar los programas de APS, la incorporación progresiva del personal sanitario a las plantas de personal en los hospitales públicos, el sistema único de información en salud, entre otros.

ACUERDO 12. MEDIDAS CONTRA LA CORRUPCIÓN.

ACUERDO 13. POLÍTICA FARMACÉUTICA. Avanzar en el desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional establecida en el CONPES Social 155 de agosto de 2012, de manera que la nueva política despliegue lo ordenado en el artículo 23 de la LES.

ACUERDO 14. FORTALECIMIENTO E INDEPENDENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

III. HECHOS RECIENTES.

Reservas Técnicas - Decreto 2702 de 2014. incorporado en el Decreto 780 de 2016 único del sector salud, tiene como objeto actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las EPS autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Según este decreto, las condiciones exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS son: **Capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de las reservas técnicas** (las EPS tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas técnicas, las cuales deben acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud).

El mismo Decreto estableció que las condiciones exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS los deberían cumplir progresivamente dentro de los 7 años siguientes a la fecha de entrada en vigencia del citado Decreto.

Presupuestos Máximos - Ley 1955 del 2019. El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*", dispone en su artículo 240, que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al Techo o Presupuesto Máximo (PM) que les transfiera para tal efecto la ADRES, y precisa que las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el MSPS, remitirán la información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del PM por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.

La pérdida del equilibrio financiero en el SGSSS se ha agudizado. Algunos voceros de las EPS⁸, señalan que los ingresos que recibieron estas entidades en los últimos tres años no alcanzaron para guardar los dineros de las reservas técnicas, debido a que el Estado ha girado menos plata y el mismo Estado, ante la urgencia, ha permitido el uso de los recursos de reserva; es decir, que la plata se ha utilizado para pagar los servicios de salud. Alegan falta de suficiencia de la UPC para cubrir la demanda de servicios contemplada en el PBS e insuficiencia de los PM para atender las patologías no UPC; así mismo, refieren que la metodología de cálculo tanto de la UPC como de los PM debe ser revisada y actualizada. Al respecto, el grupo de Acuerdos Fundamentales ha sugerido que la metodología y el cálculo del valor de la UPC y los PM se haga con base en estudios técnicos independientes, no por regateo.

⁸ Restrepo, Jorge. Revista Cambio. Exclusivo: el informe que pone en jaque a las EPS. Febrero 28, 2024.

Durante el Gobierno del Presidente Petro, una vez se presentó el proyecto de ley 339 de Cámara en febrero de 2023, el debate en esta corporación trascurrió en medio de un pulso muy desgastante entre el Gobierno (ministerios de Salud, Interior y Hacienda principalmente), el Congreso, partidos políticos, academia, instituciones médicas y de trabajadores de la salud, voceros de EPS, pacientes, medios y expertos de lado y lado.

Políticamente, el costo fue muy alto, significó la salida de los ministros de Educación, de Agricultura, de Hacienda y de Salud y, además, se rompió la coalición del gobierno; mientras eso pasaba, el SGSSS que ya venía con problemas desde hace años, agudizó la crisis financiera, amenazando con la afectación en la prestación del servicio por el debate y la falta de concertación entre las EPS y el Gobierno, principalmente.

La Corte Constitucional intervino y en el auto 2881 de 2023 emitió decisiones cruciales respecto a la financiación de servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y resolvió:

1. Declarar el nivel de cumplimiento bajo respeto a la suficiencia de Presupuestos Máximos para la financiación de servicios incluidos en el PBS según lo ordena la Sentencia T-760 de 2008.
2. Ordenar al MSPS para que dentro de los 45 días calendarios siguientes, cancele los valores pendientes por reajustes de PM reconocidos para vigencia 2021.
3. Ordenar al MSPS presentar un cronograma de acciones y pagos de valores pendientes por reajuste de PM vigencia 2022. Este plan no puede exceder los 6 meses para su culminación.
4. Ordenar al MSPS para que dentro de los 30 días siguientes a la comunicación, expida acto administrativo reconociendo los PM correspondientes a octubre, noviembre y diciembre 2023.
5. Ordenar al MSPS para que dentro de los 45 días siguientes a la comunicación, defina el cronograma y la metodología de reajuste definitivo de techos para el 2023, se fijen y cancelen reajustes finales. Debe hacerlo antes de julio del 2024.

Posteriormente, la Contraloría General de la República (CGR) dio a conocer el informe titulado: *“Situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud con corte a octubre de 2023”*⁹. Según la CGR, estas entidades acumulan una deuda total de \$25 billones con las IPS, los proveedores y las deudas correspondientes a las reservas técnicas y pasivos administrativos.

De acuerdo con el informe, 16 EPS no cuentan con indicadores de margen de solvencia y no cumplen con la provisión ni con el régimen de Inversión de las reservas técnicas, lo que significa que no cumplen con los requisitos de habilitación para operar en el sistema de salud a la luz de la normatividad vigente.

⁹ Consultorsalud. Contraloría sacude al sistema de salud: 26 EPS adeudan \$25 billones y 16 no cumplen con estándares de habilitación. Febrero 20 de 2024.

Solo cinco EPS cumplen con el manejo de sus reservas técnicas: Salud Total EPS, Sura EPS, COMFACHOCÓ, CAPRESOCA y EPM Salud; estas cinco EPS que cumplen, suman 10,5 millones de afiliados. Las otras 21 no cumplen, incluyendo entre otras, Sanitas EPS, Compensar EPS y la Nueva EPS.

Según el informe de la CGR, la Nueva EPS, la más grande del país, hoy administrada por el Gobierno Nacional, que cuenta con más de 10 millones de afiliados, es la cuarta entidad que más plata le debe a las IPS, con un acumulado de más de \$900.000 millones y un faltante en las reservas técnicas de \$5,5 billones.

De acuerdo con el informe de la CGR se podría dar el escenario en el que el Estado intervenga y opere a las EPS que incumplen, lo cual no parece viable por razones de conveniencia, aunque jurídicamente la Súpersalud podría hacerlo, difícilmente el Gobierno podría manejar las consecuencias de un colapso generalizado del sistema; pero no hacer nada tampoco es una buena opción, por tanto, es indispensable que el Gobierno busque correctivos de manera inmediata empezando por sentarse a concertar con las EPS para que estas cumplan con los requisitos de habilitación para operar en el SGSSS y, al Senado, buscar alternativas vía reforma, que recuperen el equilibrio financiero de fondo y la estabilidad futura del sistema, lejos de disputas partidistas, ideologías, pensando únicamente en el bienestar de la población.

IV. PROYECTO DE LEY DE REFORMA A LA SALUD COMO FUE APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CÁMARA DE REPRESENTANTES.

Las Organizaciones médicas y de profesiones de la salud reunidas en el grupo de los **Acuerdos Fundamentales** han estudiado la versión final del proyecto de ley 339/2023 aprobado en la Cámara de representantes que inicia su trámite en el Senado de la República y señalan aspectos que desde la propuesta inicial son necesarios y obedecen a solicitudes acumuladas por años que son concordantes con la Ley Estatutaria en Salud, tales como:

- 1) La aplicación integral de la estrategia de atención primaria en salud, tal como está concebida en la Ley 1438 de 2011 ya citada, como mecanismo para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.
- 2) Fortalecimiento del primer nivel de atención representado en los CAPS, especialmente en zonas marginadas con población dispersa.
- 3) Constitución de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS), también ya concebidas en la Ley 1438 de 2011 y en la LES, pero aún no puestas en práctica.
- 4) Impulsar la política farmacéutica nacional en los términos definidos en la LES.
- 5) Constituir el servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria con el apoyo del CRUE de cada nivel seccional.

- 6) La prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención con un Modelo de atención diferenciado, garantizando la continuidad de la atención, especialmente durante la transición.
- 7) Crear el **Consejo Nacional de Salud** como instancia de dirección del Sistema adscrito al MSPS para la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario.
- 8) El Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).
- 9) Constituir un régimen especial para los trabajadores del sector salud, salvaguardando la carrera administrativa y la incorporación progresiva en las plantas de personal de los trabajadores de las ESE que actualmente están vinculados por órdenes de prestación de servicios (OPS).
- 10) La vinculación de los especialistas cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, que las IPS puedan contratar a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el CST, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.
- 11) El giro directo universal desde la ADRES a los prestadores de los servicios de salud, sin situación de fondos en las EPS.
- 12) Dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud con la constitución de los comités de autorregulación profesional, observando la participación de pares profesionales.

Así mismo, se reconocen los cambios positivos que con respecto al texto original (febrero/2023) se dieron durante el trámite en la Cámara de Representantes, algunos de los cuales responden a inquietudes o riesgos que este grupo venía advirtiendo entre los cuales podemos mencionar, adicionalmente a lo que hemos señalado en comunicaciones anteriores, los siguientes:

1. Crear un modelo mixto a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida en la definición del **Sistema de Aseguramiento Social en Salud**.
2. Incorporar el trabajo intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, lo que corresponde con la estrategia de atención primaria en salud.
3. Introducir un procedimiento para la atención en salud (que definirá el MSPS) para las personas que por motivo de viaje deban desplazarse dentro del territorio nacional, lo que favorece el principio de portabilidad.
4. Establecer, mediante resolución del MSPS, la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica y la modalidad de transporte.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud, con el fin de articular y fortalecer la vigilancia en salud pública.

6. Establecer que en ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud, lo que facilitará el desplazamiento del recurso humano a los sitios más apartados.
7. Determinar que las Gestoras de Salud y Vida realicen las auditorías de calidad, así como validar la facturación del componente complementario de las RIISS; en tanto que la ADRES podrá realizar auditorías aleatorias.
8. Establecer que toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad.
9. Promover lineamientos y estrategias para la dignificación del Servicio Social Obligatorio y de Médicos Residentes, incluyendo el acceso meritocrático a las plazas.

A su vez, se insiste en que la verdadera reforma a la salud es la Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015), que solo requiere ser desarrollada para avanzar hacia el mejor sistema de salud posible. Bajo un criterio técnico, independiente y académico, los siguientes puntos del proyecto de ley se sugiere sean ajustados a fin de poder cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud:

1. En el proyecto de ley no está clara la articulación entre el primer nivel de atención (CAPS) y los niveles de mediana y alta complejidad, lo cual no facilita la conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS).
2. Tampoco es claro cómo la adscripción a un CAPS (asignar a una persona a los servicios de los CAPS) reemplace la afiliación a una Gestora de Salud y Vida, dado que la afiliación es el mecanismo de protección que da el aseguramiento al designar la entidad responsable de la gestión del riesgo en salud para garantizar este derecho fundamental para todos los residentes en el país. Derecho a la salud que en Colombia, según la H. Corte Constitucional en virtud de la Sentencia T-760/2008, es considerado como un derecho fundamental autónomo y con oportunidad de ser tutelable, lo cual se debe preservar.
3. Preocupa que las diversas instancias de coordinación de las RIISS tengan funciones similares y sobrepuestas con las Gestoras, CAPS, entidades territoriales y los consejos nacional y territoriales de salud.
4. Se debe dar a conocer el costo de la reforma y el aval del Ministerio de Hacienda (MHCP). Los supuestos utilizados por el MHCP en el estudio de factibilidad no se alinean con la evidencia científica que demuestra que el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y medicamentos, la presión en la innovación y otros factores, determinan siempre un gasto en salud al alza.
5. Por lo anterior deben señalarse con precisión **las fuentes, destinos, suficiencia y usos de los recursos financieros, así como la apropiación presupuestal cada año** para la reforma y la definición de la UPC mediante estudios técnicos independientes.
6. Es pertinente aclarar y definir con precisión las funciones de las Gestoras de Salud y Vida que en el texto aún se sobreponen con las de entes territoriales, ADRES y RIISS. Adicionalmente, la definición del 5% del valor de la UPC por concepto de gasto administrativo, más un 3% variable por resultados, se establece sin que se conozcan los estudios técnicos que la soportan.

7. Es indispensable precisar en quién recae la responsabilidad de la gestión del riesgo en salud, así como la gestión operativa (administrativa).
8. La dignificación del talento humano en salud (THS), aunque se reconoce y señala en el texto, requiere de una política pública de THS y de un régimen laboral especial que no se evidencian en el articulado y no cuenta con recursos ciertos para ser garantizada en el sector público, específicamente para la incorporación a las plantas de personal de quienes actualmente se encuentran contratados por OPS. Así mismo, debe contemplarse la obligatoriedad de garantizar condiciones laborales dignas para el personal que trabaja en el sector privado que constituye más del 80% en el país.
9. El proyecto de ley debe contemplar el aumento en la formación y actualización del personal de salud, así como el número de plazas disponibles, para superar el déficit actual de médicos, particularmente de especialistas, enfermeras y otros profesionales de salud; apoyados con tecnología, medicamentos e insumos, acorde con el desarrollo de las redes y las necesidades de la comunidad.
10. Se considera que la reglamentación de la ley que se apruebe será tan importante como la Ley misma; por ello es relevante la conformación del Consejo Nacional de Salud en el que se garantice la presencia de la Academia Nacional de Medicina como órgano consultor del Gobierno Nacional, así como la de los profesionales de la salud definidos a través de sus organizaciones representativas de carácter nacional de manera rotativa y concertada, y que las decisiones de dicho Consejo sean vinculantes. Así mismo, se sugiere que en los consejos territoriales la representación de los CAPS (primer nivel) se sustituya por la de las RIIS (todos los niveles de atención).

La alianza de **Acuerdos Fundamentales** manifestó públicamente su preocupación por la polarización entre todos los actores del sector salud que está generando una crisis sin precedentes con consecuencias para los pacientes y usuarios del sistema. El Sistema y la reforma requieren participación proactiva de todos los sectores para lograr el mejor sistema de salud posible.