



Análisis Proyecto de Reforma a la Salud radicada en el Congreso de la República

El proyecto de ley número 010 radicado en el Senado de la República mediante el cual: “se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Salud - SGSSS en el marco del Sistema de Salud, se desarrolla la Ley 1751 de 2015 y se dictan medidas orientadas a su sostenibilidad.

Si bien el proyecto se presenta como la reglamentación de la ley estatutaria 1751 de 2015, su desarrollo, por el contrario, constituye una negación de esta norma en sus elementos fundamentales, lo que supone un retroceso en la garantía del derecho fundamental a la salud, profundiza la privatización del sistema de salud, la negación de servicios, e introduce elementos inconstitucionales, frente a la propia ley estatutaria de salud y la autonomía universitaria. El proyecto tiene como uno de sus ejes, la reglamentación comercial de las transacciones en salud, sin considerar este como un derecho fundamental, no desarrolla de ninguna manera la atención primaria en salud; por el contrario, introduce más fragmentación y barreras de acceso en la atención de los ciudadanos. En materia de talento humano en salud, la ley propone asuntos inocuos, que ya están considerados en la normatividad vigente en Colombia, de una manera más beneficiosa para los trabajadores del sector salud. Se debe tener en cuenta que aproximadamente el 90% de los trabajadores de la salud trabajan en el sector privado, que es mayoritario en el sistema, y el 80% de la totalidad de los trabajadores están bajo formas inestables e ilegales de contratación, incluidas las órdenes de prestación de servicios, y diversas formas de tercerización e intermediación laboral.

En ese sentido, se procederá a hacer un análisis de este proyecto de ley, que consideramos inconveniente para el país y para la sociedad colombiana, por lo que se solicita a los honorables congresistas que este sea archivado.

Capítulo 1, Generalidades: En el artículo 5 se establece la garantía del derecho a la salud, reduciéndola a un plan único de salud. La ley estatutaria en salud (LES) y la Sentencia C-313 de 2014, que recoge el bloque de constitucionalidad desarrollado en la Observación General 14 del Comité DESC de Naciones Unidas, establece que no debe existir plan obligatorio de salud, ni plan de beneficio, es decir, resulta una limitación del derecho, el supeditarlos a un listado de tecnologías y tratamientos para ser provistos. La Corte Constitucional ha acotado, como la definió el Congreso de la República, que “Todo está incluido, menos lo excluido”, los criterios de exclusión están definidos en el artículo 15 de la LES y están supeditados al ejercicio de la autonomía profesional, que es uno de los ejes rectores del derecho fundamental a la salud. Luego, no tiene sentido que el Congreso de la República retroceda con este proyecto de ley respecto a logros del derecho fundamental a la salud consagrados en el bloque de constitucionalidad y recogidos en una ley estatutaria emanada de la misma corporación, que es de mayor rango constitucional que una ley ordinaria como sería el presente proyecto de ley.

Capítulo 2: Salud Pública:

En cuanto a la salud pública, el proyecto no plantea nada distinto a lo que opera en la actualidad, relacionado a la existencia de planes territoriales; no obstante, estos están a cargo de los entes territoriales y en el artículo 10 se insiste en que deben efectuarse con las aseguradoras, que privilegian



su acción en la atención individual. Dicen que las evaluaciones realizadas por los entes territoriales serán un insumo para habilitación y permanencia de las aseguradoras en el territorio y para un componente variable del pago de la UPC. Es decir, estas evaluaciones no tienen un carácter vinculante para definir si un asegurador continúa o no, solo serán uno de los insumos; no se observa en el proyecto los mecanismos materiales para que los entes territoriales puedan desarrollar esa evaluación, que consistiría en primer lugar, en tener un sistema de información público en línea, como lo estipula la ley estatutaria en salud.

Capítulo 3: Gestión Integral del Riesgo en Salud

El artículo 11 insiste en que las llamadas aseguradoras, hoy EPS, hagan lo que nunca han hecho en 27 años de vigencia de la ley 100, que les delega la responsabilidad de gestionar el riesgo en salud, individual y colectivo, que se ocupen de la prevención, cosa que no cumplen, como ha sido demostrado en la pandemia.

En el párrafo 4 de este artículo restringen la atención en salud al “autocuidado”, lo que termina significando que el ciudadano es el “único culpable” de su condición de salud por lo que entre más deteriorada tenga su salud más costosos serán sus “copagos” debido al “no cumplimiento del autocuidado”; recordamos que de acuerdo con la LES artículo 8: *“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud”* de manera tal que no es posible aumentar el costo de atención al usuario dependiendo de su condición de salud o presumido incumplimiento de las recomendaciones de cuidado dadas por los profesionales. si este no se diera, no explicitan como se demostraría y el paciente tendría que pagar una cuota moderadora extra. Entre estos mencionan el cumplimiento de citas y de la adherencia al tratamiento, lo cual evidencia un desconocimiento profundo del acto médico por parte del o los autores del proyecto de ley que se analiza, pues la adherencia o no a un tratamiento tiene explicaciones más complejas, que superan el simple querer autocuidarse o no, volver esto una barrera administrativa, es una manera más de instaurar formas de negación de servicios y de vulnerar el derecho del paciente. Entonces ¿Cómo definen el “autocuidado” en el presente proyecto de ley? ¿Quién determinaría, y cómo, si el paciente se cuida a sí mismo? ¿Se tendrían en cuenta los determinantes sociales y culturales de salud? ¿Quién evaluaría, y cómo, la presión de la publicidad para inducir el consumo de ciertos productos que pueden afectar negativamente la salud de las personas?

En el artículo 12 atribuyen el sistema de información en salud a las aseguradoras, esto es contrario a la LES, que en su artículo 19 ordena que este debe ser un sistema único a cargo del estado, en tanto este es el garante del derecho y ejerce la rectoría del sistema, hasta en la más elemental forma y neoclásica acepción del estado, donde opera solo como regulador. Es el Estado quien debe garantizar y proveer la información veraz y completa en salud a la ciudadanía, no los particulares.

El proyecto de ley, en el artículo 13 persiste en el error de incomprensión el acto médico, pues crea un agrupador único nacional en donde se enlistan diagnósticos y procedimientos, como si hubiera una correspondencia unívoca entre uno y otros. Con este procedimiento desconoce la cantidad inmensa de variables que afectan los resultados al intervenir a un ser vivo, máxime de la complejidad de un ser



humano. Pretende evaluar “la gestión clínica”, es decir, el acto médico como una acción administrativa, tecnocrática, carente de autonomía profesional, de la autonomía del paciente, y de la compleja variabilidad de la historia natural de la enfermedad. Esto contraría a todas luces el principio constitucional de la autonomía profesional, consagrada en el artículo 17 de la LES y terminaría siendo una nueva forma de restricción del acto médico.

Capítulo 4: Aseguramiento

En el artículo 14 se cambia el nombre de las EPS a aseguradoras, otorgándoles funciones que la ley estatutaria y la ley 1438 le otorgan al estado, tales como la conformación de las redes integradas de servicios de salud, esto les da mas poder del que ya poseen y les otorga mayor hegemonía en el sistema para dirigir negocios y contrataciones con los recursos públicos de los colombianos. El Ministerio solo tendrá la función de reglamentar las relaciones comerciales entre estas instituciones, “mecanismos de pago y compras de intervenciones”.

En el artículo 17 se alude que la superintendencia de salud procederá a hacer una depuración del aseguramiento conforme a las normas de habilitación, esto conduce a la equivocada idea de que un oligopolio de aseguradores puede operar mejor el sistema. Para esta depuración, que es el centro de este proyecto de ley, la Supersalud tiene facultades para inhabilitar EPS y revocar su funcionamiento; la permisividad de este órgano con estas instituciones es lo que ha impedido tales acciones, pero los propios informes de la entidad ponen de manifiesto los incumplimientos de las EPS, lo que las haría inviables y objeto de liquidación. En el párrafo de este artículo, otorgan facultades a las EPS para fusionarse, escindirse, tales posibilidades las había dado el gobierno nacional mediante decreto 2117 de 2016, que fue uno de los eslabones que permitió la liquidación de Saludcoop, entrega de sus afiliados a Cafesalud, venta y creación de Medimás EPS.

En el artículo 18 se crea el régimen único de salud, esto es la unificación de los regímenes subsidiados y contributivo, algo que el gobierno nacional está obligado a hacer por mandato de la corte constitucional en la sentencia T-760 de 2008 que tiene continuidad con la ley estatutaria en salud (LES), lo que significaría la unificación de la UPC de los dos regímenes existentes, esto requeriría de una voluntad política del Ministerio de Salud en cumplimiento de una orden el tribunal constitucional, y podría lograrse de inmediato sin el trámite de una ley. Así mismo como el artículo 19 de este proyecto de ley que habla de la unificación del plan de beneficios, mandato de la Corte de igual forma desde el año 2008, que en la actualidad a la luz de la ley estatutaria debe replantearse en función del sistema incluyente que contempla criterios médicos de exclusión para seis situaciones específicas, dado que el orden legal está regentado por la ley estatutaria en su artículo 15.

En el artículo 20 se establece que la unidad de pago por capitación tendrá un pago fijo y otro variable, este último será definido de acuerdo a un sistema de información “mínimo” de indicadores trazadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esto será el círculo de la cuadratura, en la actualidad las EPS se quejan que no les alcanza la UPC, luego no pueden cumplir con sus funciones, en este caso si no cumplen con unas mínimas funciones, tampoco se les gira la UPC completa.



En el artículo 21 cambian el esquema del régimen subsidiado, que dijeron en los artículos anteriores que desaparecería, puesto que dan continuidad a lo aprobado en el Plan de Desarrollo del actual gobierno en el cual generan una contribución solidaria por parte de los desempleados, que aumentarán a causa de la pandemia por Sars Cov2 - Covid-19, para poder permanecer en el régimen subsidiado después de un año. Se retrocede, incluso, respecto al principio de solidaridad de la ley 100 de 1993, en donde quienes más tienen ayudan a subsidiar a quien no tenga.

En el artículo 23 se refiere a la territorialización del aseguramiento, esto no es nada nuevo, fue una apuesta que se realizó desde el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, donde se generó la política integral de atención en salud PAIS, que luego dio origen desde un acto administrativo del Ministerio de Salud al Modelo de Atención Integral MIAS, que no ha sido implementado en el país y que en su primer piloto en el Guainia no tuvo resultados positivos. Posteriormente en el actual gobierno, se modificó esta política por el MAITE. Ninguno de estos modelos han sido implementados a cabalidad, por el contrario se han encontrado con las barreras propias del sistema de aseguramiento. Lo cierto del caso es que el sistema de aseguramiento ha demostrado su ineficacia en las zonas dispersas y rurales en las que habitan aproximadamente 20 millones de colombianos, dadas las condiciones de pobreza, allí no opera un modelo de mercado, como lo esperaba el modelo de aseguramiento comercial instaurado en Colombia, que pretende ser profundizado con este proyecto de ley.

Capítulo 5: Modelo de Atención

Se plantea como modelo de atención, un enfoque de atención primaria integral, familiar y comunitario (Artículo 24), esto suena bien, sin embargo es retórico, en tanto a renglón seguido se dice que esto se va a operativizar mediante las rutas de atención integral, la unidad funcional básica del MIAS, que no es más que la atención de la enfermedad por evento, es decir todo lo contrario a lo integral, comunitario y familiar. Y de otro lado, se ha demostrado en múltiples experiencias nacionales que la atención primaria en salud y el enfoque familiar y comunitario, no son posibles en un modelo de aseguramiento individual pues, de facto, rompe la continuidad y longitudinalidad; el eje del modelo en este proyecto de ley son las aseguradoras, entidades que han demostrado su incapacidad en el asunto durante 27 años.

En el artículo 26 se habla de la prestación de servicios, en donde se contradicen con la creación de redes integrales de servicios de salud que estipula la ley estatutaria. Crean la figura de prestadores primarios y complementarios, fragmentan la prestación de servicios conforme a contratos y a paquetes de tratamientos y procedimientos que ofrece cada uno; nada más contrario al derecho fundamental a la salud y al concepto de redes integrales e integradas de servicios de salud, para establecer la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de complejidad. Igualmente, en contradicción con la atención primaria integral propone unos prestadores primarios que prestarían una cantidad limitada de servicios en el marco del aseguramiento con lo cual privilegia y fortalece de nuevo la alta complejidad, la concentración del dinero del sistema de salud y los recursos de educación e investigación en manos privadas.

Capítulo 6: Prestadores de Servicios de Salud



Entre el artículo 28 y el 33 se expresa la contradicción de las redes integrales de servicios de salud, que serán organizadas por las aseguradoras, las fragmentan en prestadores primarios, complementarios y centros de excelencia, fragmentan un plan de salud para cada uno de estos servicios. E incurren de nuevo en una contradicción respecto a la coherencia interna de la ley, porque inicialmente dicen que estas redes las deberán conformar los aseguradores, aquí refieren que los habilitara el Ministerio de Salud con el visto bueno de los entes territoriales, nada distinto a lo que ocurre ahora, en tanto quien tiene el poder de contratación, define las condiciones de la red.

Capítulo 6: Hospital Público

El hospital público es una empresa que vende servicios de salud, como hasta ahora normativamente los han reducido, nada nuevo, el parágrafo 3 del artículo 36 establece que deberán reestructurarse y fusionarse para alcanzar sostenibilidad financiera; citan el artículo 24 de la LES, pero lo contradicen en tanto este expresa que las ESE se regirán por el principio de rentabilidad social, y no financiera. Se da continuidad con este proyecto de ley a las condiciones normativas que se han creado para llevar a la liquidación a las ESE.

En el artículo 37 se insiste en la fallida figura de las Alianzas Público Privadas para la dotación, construcción y administración delegada de los hospitales, estas figuras, estudiadas en el Reino Unido, han demostrado ser mas costosas e ineficaces para el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria que si el estado lo hiciera solo. Es un artículo que está en contravía de la evidencia mundial sobre el tema.

Capitulo 7: Transaccionalidad y Mecanismos de Pago

Establecen unas directrices comerciales para la contratación por evento de las Rutas Integrales de Servicios de Salud RIAS, una figura que atenta contra el principio de integralidad de atención en salud, y por tanto el derecho fundamental.

En el artículo 40 mantienen la contratación del Plan de Intervenciones colectivas con los hospitales públicos, no obstante en el articulo 41 dejan a discrecionalidad del Ministerio de Salud el porcentaje que deben contratar las aseguradoras con los hospitales públicos. Esto corresponde a las medidas recientes, en donde de manera paulatina se ha ido exonerando a las EPS de la obligatoriedad de la contratación con los hospitales públicos, tema que ha sido expresado en reiteradas ocasiones por estos gremios, dado que estas medidas sumen en la inviabilidad financiera a la red de hospitales públicos. En el parágrafo de este artículo se establece que el estado pueda concurrir con subsidio a la oferta al prestador primario público que sea monopolístico en un territorio. No obstante, consideramos, que en aplicación de la LES, el subsidio a la oferta debería ser a toda la red pública hospitalaria.

En el articulo 42 establecen un sistema de información para los pagos, contratos y pagos de los distintos agentes del sistema. Esto es la reglamentación comercial del sistema.

Capitulo 8: Talento Humano en Salud



En el artículo 43 se dictamina la existencia de un sistema de información del recurso humano en salud, esto resulta loable, en la actualidad existe el Rethus, y la ley de residencias medicas 1917 de 2018 estipuló uno para los fines pertinentes.

El artículo 44 crea un examen único nacional para acceso a las residencias medicas a cargo del Ministerio de Educación y el ICFES, esto podría ser un primer requisito, pero se debe concertar con las Instituciones de Educación Superior-IES, los mecanismos subsiguientes para la admisión a sus programas conforme a su autonomía académica. Se señalan unos incentivos para las IES por la apertura de programas, esto deberá supeditarse a que efectivamente disminuyan las matrículas o apelen a la gratuidad de las residencias, conforme lo estipula la ley de residencias medicas.

El artículo 47 y 48 que define currículos, modificaciones del plan de pregrado de medicina para validar la residencia de medicina familiar, en nuestro concepto, atentan contra el principio de autonomía universitaria, autonomía profesional y autorregulación, el Congreso de la República, no debe llegar a este detalle de la regulación de las profesiones.

Capitulo 9: Dignificación laboral del talento humano en salud

Este capítulo en general es inocuo, no supera la legislación laboral existente, las garantías otorgadas por el artículo 17 y 18 de la ley estatutaria en salud, y las garantías establecidas en el bloque de constitucionalidad y los acuerdos establecidos por el estado colombiano con la Organización Internacional del Trabajo. Es una burla con los trabajadores de la salud establecer como lo hace en este capítulo, establecer una serie de principios que no tienen ningún carácter vinculante sino meramente exhortativos. Es una burla a los cerca de 700 mil trabajadores del sector de la salud existentes en el país.

Insistimos en que la sola formalización del sector de los trabajadores públicos en salud de la red hospitalaria no es suficiente y por lo demás condena a la liquidación de la red pública pues mientras estos sigan operando con la lógica del mercado los servicios que presten serán más caros por lo más elevados costos laborales de los hospitales de la red pública. Esto solo podría mejorarse si el subsidio a la oferta fuera asumido con cargo a las finanzas públicas nacionales destinado al subsidio de plantas básicas de personal para cada centro hospitalario público

Capitulo 10: Financiación y sostenibilidad

En nuestro concepto no se contemplan medidas de fondo que superen el déficit financiero en la que se encuentra sumido el sistema, los planes de saneamiento y patrimoniales de los agentes del sistema, son parte de la normatividad vigente, el fondo que se crea es similar al FONSAET para el salvamento de aseguradores y prestadores, no obstante, en la actualidad este está desprovisto de recursos. Todas estas medidas contempladas en la normatividad vigente, y aún así no han resuelto el problema de financiación y sostenibilidad del sistema.

En la dirección de la privatización es particularmente nocivo y peligroso el párrafo 2 del artículo 57 que le da atribuciones para que la Superintendencia de salud solicite a las Asambleas de las entidades de salud de naturaleza cooperativa, mutual o solidaria como las Cajas de Compensación, que podrían



disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial. Esto es grave porque se trataría de convertir propiedad social en propiedad privada. Hay que tener en cuenta que una buena parte de las más importantes EPS tienen esa naturaleza, pertenecen a los trabajadores y son parte de su salario social, por lo que no son de esencia comercial.

Capítulo 11: Inspección, Vigilancia y Control

En el artículo 65 se apelan a medidas punitivas para los evasores de la afiliación, bajo la creencia que esto resolverá ese problema.