



CARTA AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

PROYECTO DE LEY 10 DE SENADO Y 425 DE CAMARA DE REPRESENTANTES QUE “REFORMA” EL SISTEMA DE SALUD

Colombia, 14 de diciembre de 2020

Las organizaciones médicas, de pacientes, de la sociedad civil abajo firmantes, insistimos en el archivo y retiro del proyecto de ley 010 de 2020 de Senado y 425 de Cámara de Representantes “Por medio del cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad del sistema de salud”, cuyo trámite está suspendido en el Congreso de la República después de haber sufrido diversos vicios en el proceso legislativo, como su radicación con la suplantación de la firma de un Senador, entre otros.

Como hemos expresado en diversos documentos y comunicaciones públicas, el proyecto de ley no reglamenta la ley estatutaria que consagra el derecho fundamental a la salud, como se dice en su título, por el contrario, recaba sobre una serie de disposiciones contrarias a la Constitución Política que pone en riesgo la destinación específica de los recursos públicos de la salud, por ende, la salud pública y la atención en salud de las y los colombianos. Contiene un conjunto de artículos que constituyen una repetición de legislaciones, actos administrativos, resoluciones que han resultado fallidas para resolver la crisis de humanitaria, financiera, sanitaria que atraviesa el país desde hace varios años.

Es inadmisible, que en medio de una pandemia que supera el millón trescientos mil contagios (1'417.072), las 38 mil mortalidades (38.866), se insista en Colombia en mantener el actual modelo de salud fundamentado en el negocio y la extracción de rentas, que ha demostrado ser absolutamente insuficiente para enfrentar una pandemia como la generada por el SARS COV- Covid-19. Que en medio de la precarización laboral de los y las trabajadoras de la salud, que no han contado con las mínimas garantías para enfrentar la pandemia como primera línea de atención, en el Congreso de la República se mantenga una propuesta que no resuelve estas condiciones laborales.

En este momento el trámite del proyecto de ley ha sido aplazado, no obstante se mantienen las ponencias radicadas en la Cámara de Representantes y el Senado de la República, por lo que es menester dejar señaladas algunas consideraciones de fondo que contiene la ponencia, cuyos contenidos, no van a resolver la crisis de la salud, y por el contrario se podrían legalizar asuntos de carácter constitucional respecto al manejo de los recursos públicos de los colombianos, la autonomía universitaria y la parafiscalidad. (Se remite al anexo)

Cordialmente,

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR)

Sergio Isaza, presidente
Federación Médica Colombiana (FMC)

Pedro Contreras, presidente
Asociación Médica Sindical Nacional (ASMEDAS)

Juntas Directivas
Asociación Nacional De Internos y Residentes (ANIR)

Alejandra Gómez, presidenta
Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME)

Feliz León Martínez, presidente
Fundación para la investigación y el desarrollo de la salud y la seguridad social
Fedesalud

Ana María Soleibe, presidenta
Médicos Unidos de Colombia

German Reyes, presidente
Asociación médica de Antioquia

Carolina Corcho Mejía, presidenta
Corporación Latinoamericana Sur

Anexo: (Se citarán algunos artículos que consideramos problemáticos, con su respectivo análisis)

Análisis de aspectos de la Ponencia PL 010 de Senado y 425 de la Cámara de Representantes.

Artículo 5. Gestión Integral del Riesgo

Las EAPB, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.

Las Administradoras de Riesgos Laborales deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se encuentren estos afiliados y con los demás actores.

Articulación y Coordinación que se han demostrado impracticables por muchos años, dado el fraccionamiento total que generó este Sistema. Los territorios enfrentan la problemática de salud y el control de riesgos de poblaciones contenidas geográficamente, localidades, barrios, veredas, con características comunes, poblaciones que están afiliadas a distintas o múltiples EPS.

En el mismo sentido también ha resultado impracticable la Articulación entre EPS y ARL, por cuanto los trabajadores de una empresa, afiliados a una ARL pueden estar afiliados a distintas o múltiples EPS.

Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud.

El autocuidado suele traducir en la des-responsabilización del Estado y el Gobierno con un Sistema de Salud Pública inoperante e incompetente, que opta entonces por la culpabilización de los ciudadanos. Los determinantes sociales de las enfermedades no se solucionan con medidas de autocuidado.

¿Dónde se establece la obligación del Estado de proteger la salud y la vida de los ciudadanos controlando activamente los riesgos siempre presentes en el ambiente, o

aquellos derivados de la organización social, las actividades económicas o las actuaciones individuales de otros ciudadanos?

¿Dónde está la responsabilidad de los agentes económicos y de los ciudadanos en general de prevenir y evitar los daños a la salud a terceros? Estos son los elementos fundamentales para controlar los riesgos en las leyes de salud pública de los países desarrollados.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control en la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, de acuerdo con los lineamientos que se señalen.

La evaluación de la gestión del riesgo en salud y por tanto de los programas y las acciones de salud pública en los territorios no pueden ser competencia de una Superintendencia, sino de instancias como el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y las Direcciones Territoriales, con el apoyo de las universidades y centros de investigación, salvo que con el articulito se trate, como siempre, de evitar que a las EPS las puedan siquiera “mirar”.

Artículo 13. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo a la prestación de los servicios, la gestión de la red de servicios y la gestión del riesgo financiero y está a cargo de las EAPB en Salud, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción.

¿Cómo se da la representación del afiliado ante los prestadores en los casos de integración vertical? ¿Ante la queja del ciudadano o la denuncia del prestador, la EPS defiende a este, o a su propio prestador? La función de agencia y representación del afiliado es incompatible éticamente con la integración vertical de negocios.

Artículo 14. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios en salud para su población afiliada y la UPC se igualará en un período de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley.

El problema se concreta en el hecho de que el pago real que el Sistema reconoce por afiliado y que ingresa a las EPS del Régimen Contributivo incluye componentes adicionales a la UPC, que no existen para el Régimen Subsidiado.

En respuesta al Auto de marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud presenta este cuadro explicativo, que evidencia los 9 ingresos que reciben las EPS

del Régimen Contributivo adicionales a la UPC, contra los dos ingresos que reciben las EPS del Régimen Subsidiado adicionales a su UPC menor, con lo cual la diferencia en el pago por afiliado aumenta entre las dos poblaciones.

| <i>Régimen Contributivo</i> | <i>Régimen Subsidiado</i> |
|---|---------------------------------------|
| 1. Copagos | 1. Copagos |
| 2. Cuotas moderadoras | 2. Ingresos cuenta de alto costo |
| 3. Ingresos por recobros a ARL | 3. Ingresos por duplicados de Carnets |
| 4. Ingresos por cuotas de inscripción y afiliación | |
| 5. Ingresos por recobros a empleadores | |
| 6. Ingresos cuenta de alto costo | |
| 7. Ingresos acuerdo 026 | |
| 8. Ingresos por duplicados de Carnets | |
| 9. Ingresos por Promoción y Prevención establecidos en el acto administrativo correspondiente | |

Las EPS del Régimen contributivo reciben ingresos por cuotas moderadoras, por recobros a las ARL, por cuotas de inscripción y afiliación, por mora de los empleadores en las cotizaciones y por normas especiales como el Acuerdo 026, que no reciben las EPS del Régimen Subsidiado, factores que incrementan la desigualdad en el financiamiento y por tanto en la posibilidad de financiar servicios a los afiliados.

Pero, adicionalmente, se construyó otro ingreso diferencial a todas luces contrario a los determinantes sociales de salud, que afectan en mayor grado a las poblaciones pobres y marginadas. El Sistema decidió pagar una prima adicional para promoción de la salud y prevención de la enfermedad únicamente para los afiliados del Régimen Contributivo.

La segunda consideración diferencial que recientemente implementó el Gobierno Nacional, no sólo mantiene las injustas diferencias entre el financiamiento de uno y otro régimen, sino que las incrementa sensiblemente, con la expedición de la Ley 1955 DE 2019, o Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Específicamente el Artículo 240.

ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. 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 que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del

servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada con-templado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.

La norma sobre los presupuestos máximos para que las EPS se encarguen en adelante de cubrir los servicios no financiados por la UPC (antes no cubiertos por el POS), en lugar de recobrarlos al banco del Sistema (ADRES) y su reglamentación, entrega cinco veces más recursos al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado (\$3.333.679.923.783 pesos contra 594.572.228.671 pesos), con poblaciones similares en número (Resolución 206 de 2020). Es decir, una diferencia cercana a los 120.000 pesos por afiliado, que se superpone a las diferencias en la UPC y demás componentes ya señaladas.

De modo que el problema no se limita a igualar la UPC sino el financiamiento por ciudadano en los dos regímenes.

Artículo 15. Financiación del Plan de Beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud, adicionales a las que a 2020 se encuentran incorporadas en el Plan de Beneficios en Salud, que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se financiarán con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.

EL Plan de beneficios dejó de ser un listado y comprende todos los servicios de salud y tan sólo tiene unas pocas exclusiones específicas, como ordena la ley Estatutaria, de modo que no cabe esta redacción.

Artículo 16. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación. *El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá por persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.*

Este artículo que divide la UPC en dos componentes resulta muy peligroso y capaz de hacer más diferencial aún el financiamiento del Régimen Contributivo y el Subsidiado y, por tanto, más inequitativo el Sistema.

Por supuesto debemos recordar el más grave intento de recortar el derecho a la salud, y por el camino más antidemocrático, la figura de la famosa “Emergencia Social” que reducía el POS a simple atención básica y pretendía que los servicios de complejidad mayor fueran pagados por los ciudadanos (claro está, los que pudieran). La tecnocracia, que trabajaba simultáneamente para las EPS, tuvo entonces un destacado papel en la construcción de los decretos. En aquella ocasión, gracias a la protesta social, la Corte Constitucional salvó a la población colombiana, especialmente la más pobre, de perder sus derechos.

Las actuales diferencias en recobros al Adres de unas y otras EPS, como también la causa de las enormes diferencias en el gasto al interior del Contributivo, y especialmente la brecha de gasto entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, que en realidad demuestra la enorme inequidad en la oferta, el acceso y la utilización real de los servicios por parte de distintos grupos de colombianos, urbanos, rurales y dispersos, ricos y pobres.

El problema tiene que ver con que los estudios de actuariales o de suficiencia buscan un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores, pero están completamente desligados de los problemas reales de salud de la población. Es como si las necesidades de servicios de salud de las poblaciones y por tanto los recursos a proveer para garantizar su atención, se redujeran a los servicios demandados en el periodo inmediatamente anterior. Esta metodología simplemente borra la demanda insatisfecha, al no considerarla en la metodología de cálculo, al igual que invisibiliza las enormes barreras de acceso a los servicios de buena parte de la población. Es decir, financia la mayor utilización de servicios por parte de poblaciones urbanas de mayor poder adquisitivo y asigna menos recursos a las poblaciones pobres y marginadas que no pueden utilizar los servicios debido a barreras geográficas, económicas y de oferta de servicios.

Otra cosa sería si se reconoce la problemática de oferta de servicios y la injusticia e inequidad que esto supone en términos del derecho a la salud, de tal modo que los recursos faltantes para igualar a la UPC del Régimen Contributivo, que no se incluyen en la UPC del Régimen Subsidiado, se destinaran efectivamente a mejorar la oferta de servicios para la población pobre en todo el país, en busca de que, en un futuro no muy distante, se logre igualar el acceso a los servicios y por tanto la demanda, para que las UPC o el gasto per cápita de los dos regímenes se igualen.

Parágrafo 1. *Para la determinación del componente fijo, la EAPB que no reporte información o no supere las mallas de validación de calidad de la información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, solo se le reconocerá*

como máximo el valor correspondiente a la inflación anual, sin perjuicio de las demás sanciones que dieren lugar.

Parágrafo 2. *Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.*

Los párrafos claramente discriminarán con menos recursos y castigarán a las poblaciones pobres o dispersas afiliadas al Régimen Subsidiado, por el incumplimiento de las EPS que, desde la Dirección del Sistema, le asignaron a dedo.

Por otra parte, ya se sabe con los recursos no UPC que, como los ciudadanos urbanos de mayores ingresos exigen y gastan históricamente cinco veces más, requieren presupuestos máximos cinco veces más altos en sus EPS -se desprende de la nueva norma-. Como las poblaciones dispersas y pobres, no demandan ni gastan mucho en servicios, sus EPS requieren cinco veces menos presupuesto. Por eso señalamos, que haciendo gala de una lógica eficientista y clasista (propiedades que nunca parecen separarse), la tecnocracia gubernamental emite normas que refuerzan y afianzan la desigualdad entre los ciudadanos de nuestro país –uno de los más inequitativos del mundo-, en lugar de dirigir sus esfuerzos a disminuir la desigualdad, al menos en el derecho a la salud.

Debemos señalar que con mayores recursos asignados y disponibles en las Instituciones que prestan servicios a al Régimen Contributivo, provenientes de una UPC mayor, otros ingresos adicionales y los muy superiores presupuestos máximos para servicios por fuera de la UPC, seguirá creciendo la brecha en oferta y acceso a los servicios de salud, entre esta población y la del Régimen Subsidiado, es decir la inequidad entre los dos grupos en que el SGSSS ha fragmentado a la población colombiana.

Artículo 24. Empresas Sociales del Estado. *Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE.*

Parágrafo 1. *Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.*

Parágrafo 2. *Si la venta de servicios no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs recibirán subsidios de oferta.*

El párrafo 1 y el párrafo 2 se contradicen esencialmente, por lo que permitirán la discrecionalidad del Gobierno, que, como es costumbre, preferirá siempre acudir a la primera opción. Hace 25 años se sabe que decenas de hospitales públicos no pueden financiarse únicamente por venta de servicios, dadas las reducidas poblaciones en su

territorio, sin embargo, nunca se hicieron estudios serios para determinar los recursos adicionales necesarios para mantener abiertos estos servicios indispensables.

Los subsidios de oferta para garantizar la prestación de servicios de salud no se han establecido formalmente ni siquiera a partir de 2015, cuando la Ley Estatutaria ordenó que:

"El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica..."

De modo que ordenarlo de nuevo en este proyecto de ley, pero dejando la opción al Gobierno de aplicar el Parágrafo 1 en lugar del 2, es jugar con la Ley Estatutaria o encontrar la manera de burlarla.

Artículo 37. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.

Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, las asambleas, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

Se precisa que el ponente y el Gobierno aclaren y justifiquen que se pretende con este parágrafo, pues tal como se incluye, parece recordar el famoso animal colgado de rama en rama en los árboles de nuestra selva regulatoria. ¿Cuál es la intencionalidad real del parágrafo? ¿Cuáles los intereses tras el mismo?

Artículo 39. Salario base de cotización de Salud. *La cotización para el sector salud para los trabajadores del sector público y privado será por la totalidad del Ingreso Base de Cotización -IBC-. Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones.*

Parágrafo. *En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán proporcional al salario, ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley, sin exceder el tope legal. Para estos efectos, las cotizaciones al Sistema de Salud se deben realizar sobre la misma base del Sistema General Seguridad Social en Pensiones.*

En relación con este artículo y el parágrafo correspondiente, ¿Sería mucho pedir que Gobierno y Congreso tuvieran la decencia de avisar ampliamente por los medios de

comunicación a millones de trabajadores independientes que van a tener que cotizar sobre el 100% del salario y no sobre el 40% actual?

Dado que los empresarios del país les delegaron esta responsabilidad a los trabajadores y se zafaron de ella, parece que ahora si resulta conveniente incrementar el pago.

Artículo 39: Prohibición de la tercerización laboral por el talento humano en salud

Este artículo es presentado como el gran avance para los trabajadores de la salud, no obstante, no aporta nada nuevo. La tercerización laboral en salud ha sido prohibida por distintas leyes y Sentencias de la Corte Constitucional a saber: Sentencia 614/2009, 901/2011, 171/2012, leyes 1429 de 2010, 1438 de 2011, 1456, ley del PND de 2011, ley estatutaria en salud 1751. Lo que se requiere es hacer eficaz el proceso de formalización de los y las trabajadoras de la salud, asunto que no existe en este proyecto de ley.

Artículo 40. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Este artículo, como el mico previamente citado, no son casualidad, buscan fortalecer los negocios privados en el sector salud para un sector de la población, el más pudiente, que cuenta con EPS que tiene prepagada o planes complementarios y por tanto acceso a clínicas y especialistas cerradas para la mayoría de la población. Estos negocios integrados manejan la alta tecnología y los procedimientos, insumos y medicamentos de más alto costo. Las EPS que integran estos negocios y sus afiliados reciben muchos más recursos públicos per cápita por UPC y mediante los presupuestos máximos y ahora serán los financiados preferentemente por el Estado con el componente variable. Además, por supuesto les cobran a sus asegurados “privados”.

Al fin y al cabo, los clientes “privados” están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos. El mensaje (subliminal) que reciben a diario los colombianos es que acceder a los servicios, supuestamente garantizados por la ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que tengan dinero para pagar un plan complementario o una póliza prepagada.

La realidad es que el Sistema de Salud que se refuerza con este proyecto tiene tres o cuatro clases de clientes: los de primera categoría, con póliza de medicina prepagada; los de segunda, con plan complementario; los de tercera, que solo cuentan con el Plan Obligatorio del Régimen Contributivo; y los de cuarta, afiliados al Régimen Subsidiado. Las EPS recuerdan los ferrocarriles del siglo XIX en Europa, con vagones distintos para clases sociales diferentes.

De este modo el proyecto de Ley en trámite seguirá reforzando las diferencias entre ciudadanos del país, profundizará la fragmentación social.