



## La ANDI presenta el análisis de coincidencias, inquietudes y propuestas sobre el proyecto de reforma a la salud

**Bogotá, 23 de febrero de 2023**

Con el propósito de participar y contribuir con argumentos técnicos en el análisis del Proyecto de Ley de reforma a la salud que fue radicado en el Congreso de la República, y de ayudar en la búsqueda común de un sistema de salud fortalecido, la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI expone una serie de propuestas con el fin de aportar al sistema existente, reconociendo sus aciertos y oportunidades de mejora.

### **Sobre las principales INQUIETUDES, la ANDI precisa los siguientes puntos:**

- El modelo propuesto puede afectar seriamente la atención a los usuarios
- El presupuesto de la salud puede desbordarse y perder sus mecanismos de contención, afectando las finanzas públicas
- El tarifario único para la prestación de servicios puede desincentivar la oferta de servicios de calidad para los pacientes y la inversión en tecnología e innovación en salud
- La ADRES no cuenta con la capacidad operativa para ser el pagador único del sistema de salud, lo que puede generar un colapso y consecuente falla en la atención de salud
- La estructura de gobernanza planteada crea burocracia, aumenta el riesgo de injerencia política y probable corrupción sobre los presupuestos de la salud en los territorios
- El proyecto de reforma no plantea una transición ordenada para las EPS con riesgo para los usuarios
- La propuesta puede tener un impacto fiscal insostenible
- La política de tecnologías en salud debe propender por el acceso a medicamentos e insumos de calidad
- El nuevo modelo puede derivar en un aumento en el costo de las medicinas prepagadas y en general, al aumento del gasto privado en salud de los colombianos

**[Acá el documento completo](#)**

## **INQUIETUDES**

**-Primera, el modelo propuesto puede afectar seriamente la atención a los usuarios** dado que no se tiene claridad de quien asumirá el papel que las EPS cumplen hoy hacia los pacientes, tales como, agenciamiento, articulación de la red, gestión del riesgo en salud, pago de incapacidades y licencias de maternidad, entre otras.

A su vez en temas tan importantes como la dispensación de los medicamentos, el pago de prestaciones económicas, el trámite de una cita, un examen o una terapia, no aparecen descritos quien asume esos roles.

Bajo este modelo **se pierde el derecho a la libre escogencia que ha sido fundamento del sistema actual**. No resulta claro si el CAPIRS (Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud) representa al usuario, si gestiona su riesgo en salud y también el financiero, si las Entidades territoriales conforman las redes y cómo se garantiza la atención por fuera del CAPIRS para el ciudadano en movilidad.

**-Una segunda inquietud es que el presupuesto de la salud puede desbordarse y perder sus mecanismos de contención afectando las finanzas públicas.** Se plantea un presupuesto para la atención primaria, que gestionarán los CAPIRS. No es claro si ese presupuesto es una cápita o un pago por atención u evento. Se plantea también una UPC para la mediana y la alta complejidad, cuyo método de cálculo tampoco se establece. La gestión que hacen las EPS se perdería, incluida la contención del gasto y expondría al sistema a un eventual desborde presupuestal.

**-Una tercera, es el tarifario único para la prestación de servicios que puede desincentivar la oferta de servicios de calidad para los pacientes y la inversión en tecnología e innovación en salud.** Preocupa que, en las condiciones planteadas, un tarifario que no reconozca las estructuras de costos de los prestadores, desincentiva la inversión. En igual sentido, no hay claridad sobre los criterios para la conformación de las redes y la participación de los prestadores privados, solamente se hace referencia a la prioridad que tendrá el prestador público. Es importante ofrecer claridad jurídica en este aspecto, así como incentivos para la participación de las IPS privadas.

**-Cuarta, la ADRES no cuenta con la capacidad operativa para ser el pagador único del sistema de salud, lo que puede generar un colapso y consecuente fallas en la atención de salud, plantear un pagador único y ubicar en él todas las transacciones del sistema, además de otras que hoy no realiza, es un riesgo para la Entidad, pero sobre todo para el flujo de los recursos oportuno.** No es claro tampoco el alcance de la desconcentración en las regiones y la gestión del gasto en los territorios.

**-Quinta la estructura de Gobernanza planteada crea burocracia, aumenta el riesgo de injerencia política y probable corrupción sobre los presupuestos de la salud en los territorios.** Entendemos la importancia de aumentar la participación ciudadana y los mecanismos para hacerla efectiva. No obstante, la estructura de Gobernanza planteada involucra múltiples instancias de decisión y acompañamiento, en los diferentes niveles, con facultades de ejecución.

Esta nueva estructura, además de crear una burocracia excesiva, complejiza el flujo de ejecución del sistema y de los flujos de fondos, con el riesgo asociado a la politización y mal uso de los recursos de la salud.

**-Sexta, el proyecto de reforma no plantea una transición ordenada para las EPS con riesgo para los usuarios:** En la propuesta estudiada, las actuales aseguradoras adquieren un papel limitado en el ámbito de la atención primaria y con funciones netamente operativas, no obstante, mantienen su población afiliada, por un periodo indefinido. Se impide su participación en la mediana y alta complejidad y se elimina la integración vertical. Este planteamiento no considera los elementos razonables de una transición ordenada y no lesiva para estos agentes, que siguen asumiendo todos los riesgos propios del aseguramiento bajo el riesgo de su desaparición.

**Séptima. La propuesta puede tener un impacto fiscal insostenible.** El sistema ha enfrentado históricamente y por múltiples razones, dificultades en su financiamiento y en el flujo de los recursos. El 2022 terminó con un desfase superior a los \$3 billones, asociados los presupuestos máximos y rezagos de atención del Covid.

El 2023 inicia con otro déficit derivado del descuento en el valor del SOAT y con un sistema en el máximo nivel de demanda de servicios, afectado por la inflación, la tasa

de cambio, el aumento en las frecuencias de uso, entre otros. Esa es la realidad año a año en la operación propia del sistema.

Esta reforma, que cambia el modelo de atención, también es exigente en capital, requerido para aumentar la oferta pública en todos los niveles, diseñar, construir, contratar y operar un gran sistema de información, formalizar y mejorar las condiciones de remuneración del talento humano en salud, soportar una estructura de gobernanza paga muy robusta y fortalecer y crear nuevas entidades.

**Octava, la política de tecnologías en salud debe propender por el acceso a medicamentos e insumos de calidad:** En materia de tecnologías en salud, los pacientes acceden hoy a un portafolio de insumos de calidad y seguridad. Esto incluye medicamentos, dispositivos médicos y todos los gases y el oxígeno que requiere la prestación. No es claro el proyecto en cuanto a dispensación de medicamentos, operadores logísticos y farmacias y nada se menciona de la Agencia Sanitaria Invima, que es uno de los mayores cuellos de botella de la deseada industrialización, que requiere una definitiva intervención.

**Novena, el nuevo modelo puede derivar en un aumento en el costo de las medicinas prepagadas y en general al aumento del gasto privado en salud de los colombianos**

El tránsito hacia un modelo de salud público genera incertidumbre entre la población. Solamente los anuncios de la reforma motivaron el incremento de demanda de servicios por los usuarios. Las complejidades del periodo de ajuste amenazan con empujar a la población hacia las consultas particulares o la adquisición de seguros privados que, a su vez, ante la necesidad de ampliar la cobertura, se verían forzados a aumentar el monto de las primas.

## **PROPUESTAS**

### **I. Propuesta para mejorar la atención del paciente por el sistema de salud y la oferta de servicios en el territorio nacional**

**Modelo de atención:** hacer del paciente y las familias el centro del sistema. Es necesario implementar y asegurar el cumplimiento de los acuerdos entre EPS y prestadores, para eliminar las barreras de acceso que se generan por trámites innecesarios en autorizaciones para consultas, procedimientos, entrega de medicamentos, entre otros. El objetivo es simplificar y agilizar la experiencia del paciente y asegurar un sistema explícito de inspección vigilancia y control para su cumplimiento. Debe evitarse la fragmentación en la atención del paciente.

Se requiere el despliegue de la **Política nacional de calidad para la atención en salud**, que considere la humanización, accesibilidad, oportunidad y eficiencia del sistema, centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios y en las realidades de los territorios.

### **II. Propuestas para fortalecer la atención primaria en salud y gestionar los determinantes sociales de la salud**

Es necesario articular a los diferentes actores de salud del territorio (Entidad territorial- EPS- Hospital público) a través de **una política territorial, que favorezca el desarrollo de la salud pública** y coordine de manera eficiente y efectiva las intervenciones colectivas con la gestión individual de la población

Se debe fortalecer la implementación de la estrategia de atención primaria, asegurar la ejecución de actividades de promoción y prevención y el mejoramiento en la distribución de los recursos, favoreciendo las áreas con mayores necesidades

Se propone la **creación de la Comisión Intersectorial para la Gestión de la Salud Pública - CIGES** y la formulación de un Conpes, con la hoja de ruta para la gestión intersectorial y la debida articulación entre las carteras responsables del manejo de los determinantes sociales de salud.

### III. Propuestas para fortalecer el modelo de aseguramiento en salud

El modelo de aseguramiento y las EPS han sido esenciales para el avance del sistema de salud actual. Son múltiples **labores las que cumplen hoy, incluida la gestión del riesgo y agencia del paciente, la conformación de la red y la gestión de la UPC de sus afiliados, que sirve como mecanismo de seguimiento y control al presupuesto de la salud.** Con enfoque regional es posible conseguir mejores eficiencias, particularmente en las zonas dispersas. No hay necesidad de tener varias EPS en municipios pequeños. **Es preferible consolidar en dos o tres EPS la atención de esos territorios, en búsqueda de eficiencias, ampliación de la red y calidad en la atención.**

De cara al usuario, es necesario garantizar y asegurar los mecanismos para que el usuario pueda elegir entre los prestadores que conformen la red de su asegurador.

El cálculo de la UPC, que hoy se realiza en función de la edad, el género y el territorio puede afinarse, para incluir como variable de cálculo el estado de salud de las personas (**UPC por condiciones de salud**). Esta modificación fomentará el equilibrio financiero y la solidaridad entre sanos y enfermos. También es necesario considerar pagos variables a los aseguradores de acuerdo con el desempeño, en términos de resultados en salud de la población afiliada.

Las inversiones realizadas por algunos aseguradores en la consolidación de una red de prestación integrada, ha permitido eficiencias demostrables en la operación y una ruta de atención directa a los usuarios. Las capacidades construidas actuales deben aprovecharse. Es imperativo asegurar los mecanismos de control para evitar los abusos de posición dominante, la vigilancia sobre los acuerdos de servicio entre aseguradores y prestadores, para que haya equilibrio en las condiciones de contratación, tarifas y formas de pago. Se propone un mecanismo de auditoría externa a la contratación entre vinculados.

### IV. Propuestas para asegurar el flujo de recursos y el financiamiento del sistema de salud

Se propone **fortalecer el giro directo desde la ADRES**, mecanismo que ha operado con éxito para el régimen subsidiado y en menor proporción en el contributivo.

Es importante asegurar que esta labor de “tesorería” concentrada en un pagador único, cuenta en el ADRES con las capacidades para asumir el giro de todas las cuentas del sector. La falla en esta gestión representaría el mayor riesgo para la normal operación del sistema de salud. Se propone un incremento paulatino del Giro Directo.

Se propone la creación de **un Sistema Nacional de Cuidado Sanitario** bajo la dirección del DPS, para servicios conexos a la salud y con fuentes de financiamiento diferentes a los del sector salud, es decir por fuera de la UPC, con lo que se espera cuidar a las personas y sus familias de manera integral a lo largo de su vida.

## V. Propuestas para mejorar los Sistemas de información de Salud

Se requieren mecanismos para **implementar la interoperabilidad de la historia clínica** en todo el país, en lugar de la historia clínica única.

Es el momento de que el Estado desarrolle la capacidad de analizar los miles de millones de datos que se producen en el sistema de salud, mediante la creación de la Torre de Control digital de Información en Salud.

Una de las estrategias que se pueden implementar para aumentar la oferta en los lugares más remotos del país, es la **incorporación de servicios de telemedicina en los centros de atención primaria**.

## VI. Propuestas para el fortalecimiento del talento humano en salud

Se requiere la **Actualización e implementación de la política de talento humano en salud** con la articulación de los procesos de formación, investigación, innovación y desempeño, de acuerdo con las necesidades en salud de la población y aumentando la oferta.

**Formalización de la vinculación del talento humano**, para lo cual se deberán realizar estudios de cargas laborales y de esta manera incrementar progresivamente esta formalización, a partir de estrategias como la formalización de las plantas temporales, en hospitales públicos y privados.

En común acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud, las Entidades Territoriales, y las universidades, y en el marco de la Ley de residentes, se priorizará la formación para contar con estos especialistas en regiones en las cuales no se dispone.

## VII. Propuestas para mejor gobernanza y rectoría del sistema de salud

Se propone la recuperación del **Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, con la participación de las diferentes entidades que conforman el Sector Administrativo de Salud y Protección.

**La Superintendencia Nacional de Salud realizara la inspección y vigilancia al cumplimiento de los Planes Territoriales de Salud a cargo de los departamentos, distritos y municipios.** En general deben fortalecerse las capacidades de inspección, vigilancia y control de esta entidad y asegurar que cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo sus funciones en todo el territorio nacional.

## VIII. Propuestas sobre la política de tecnologías en salud

El país requiere definir una verdadera estrategia de producción de tecnologías e insumos para la salud, incentivando la investigación, el desarrollo y producción de estos que son bienes esenciales.

Esto supone la formulación de una **política industrial de tecnologías en salud**, que incentive la transferencia de tecnología y los acuerdos de producción local, en el marco del respeto a las normas de propiedad intelectual adoptadas por Colombia.

Es necesaria la **pronta reestructuración integral del INVIMA**, basada en mejores prácticas regulatorias, simplificación y modernización de trámites, enmarcada en la gestión basada en el riesgo.

Se propone la financiación del IETS con recursos del presupuesto general y la creación de una **tasa asociada al registro sanitario por primera vez, con destinación a la realización de estudios de tecnologías a financiar con recursos de la UPC.**