



Relatoría

# Reforma a la salud en Colombia: desafíos y perspectivas

*Mesa gestores de salud  
14 de mayo de 2024*



## CONTEXTO

El documento con las claves de la reforma a la salud que se presentó en febrero de 2023, consta de 152 artículos y se radicó ante la Cámara de Representantes (Proyecto de Ley 339 de 2023).

Las propuestas más importantes son:

- El principio de universalidad para cubrir todo el territorio sin depender de un carné de afiliación.
- Un sistema preventivo y predictivo lo que implica cubrir integralmente la salud.
- Creación de Centros de Atención Primaria (CAP), los cuales servirán para organizar el territorio en un promedio de 25.000 personas por cada uno. Así, dice, visitarán de forma constante, permanente y rutinaria a las familias en cada territorio (equipo médicos itinerantes). Tendrán un enfoque de medicina preventiva y predictiva, que prestarán atención ambulatoria, urgencias, hospitalización, rehabilitación, exámenes de laboratorio y programas de salud pública.
- ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) se fortalecerá para convertirse en un pagador único. Los recursos de la Atención Primaria, serán ejecutados por la ADRES, con giros directos mensuales a los prestadores de salud públicos, privados o mixtos.
- Las EPS que se adapten al nuevo sistema de prevención y atención primaria podrán desarrollar su objeto social como IPS y/o auditoras del cobro al ADRES. Permanecerán las que presentan buenos estados financieros y estas acogerán, de manera progresiva y ordenada, a pacientes para que no queden sin cobertura. Se fortalecerá la Nueva EPS para cubrir los territorios en los que por la liquidación de algunas EPS queden sin entidad de aseguramiento.
- Dignificación de las y los trabajadores de la salud con la recuperación de la autonomía médica y la autorregulación, con ética y evidencia científica. La

iniciativa busca mejorar las condiciones laborales, con estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos, además de garantizar la educación continua y actualización a todo el personal.

- Los planes complementarios, medicina prepagada o pólizas de salud seguirán funcionando con normalidad y no serán afectados por el proyecto. Asimismo, durante la transición, ningún paciente que hoy esté siendo atendido o en un tratamiento de alta complejidad quedará sin cubrimiento: así lo contempla el proyecto.
- Cada cuatro años, el Ministerio de Salud, formulará la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, para definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según los recursos disponibles.
- También, hará una revisión a la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, de manera que se garantice el acceso universal. Y se plantea un régimen único laboral para los trabajadores del sistema que, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo.
- Los ingresos de la ADRES estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación que serán definidos a través de la selección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por demás entidades públicas del orden nacional y territorial.

Tras el complejo paso que tuvo la anterior iniciativa, que se hundió en la Comisión Séptima del Senado hace algunas semanas, se tendría un nuevo articulado listo para radicar que habría sido acordado con distintas EPS. Este nuevo texto que aún no es oficial tiene apenas 47 artículos (casi un tercio de los del anterior proyecto) que se concentra en temas como la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida, la destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (Adres) la organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y el nuevo régimen de transición y evolución hacia lo que sería el nuevo sistema de salud.

En el nuevo texto el Gobierno insiste otra vez en la creación del Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y

Protección Social. Dicho Consejo estaría conformado por seis representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un representante de los gobiernos territoriales.

El nuevo proyecto de reforma, se centrará en la transformación estructural de las EPS, la conformación de redes integrales de servicios, y la mejora del sistema de atención primaria. Además, se establecerá un nuevo marco para la administración de los recursos del sistema de salud, buscando una mayor eficiencia y equidad en la distribución de los mismos.



La incertidumbre en torno a la reforma y la falta de claridad en las responsabilidades son temas críticos. A esto se le suma lo evidenciado con el proceso de transición de la reforma al sistema de salud de docentes. El sistema de salud de los docentes es financiado por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag), mientras que su administración y contratación de servicios está a cargo de la Fiduprevisora S.A.

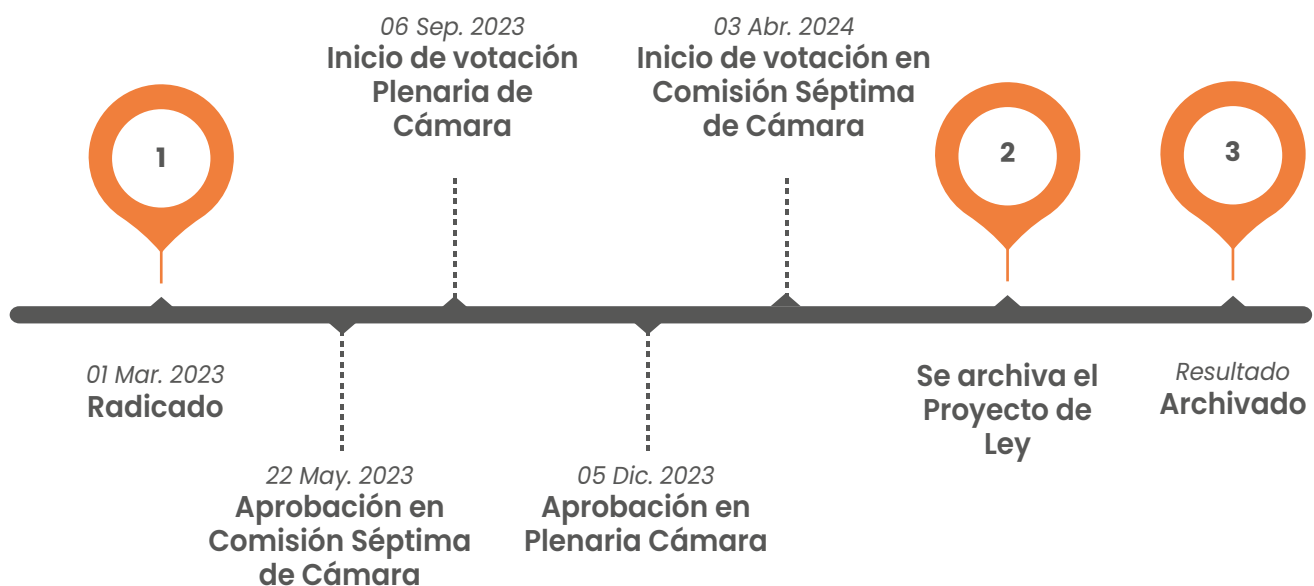
Fue el 1 de mayo, en el marco del Día del Trabajo, que el Gobierno Nacional inició la transición hacia el nuevo 'Modelo de salud Fomag', buscando mejorar la prestación del servicio, de la mano de los Ministerios de Salud y de Educación. Suspendingo la intermediación regional y entregando a la Fiduprevisora la responsabilidad de administración del nuevo modelo. Debido a que la Fiduprevisora no tiene experiencia en la organización, administración y control de un sistema de prestación de servicios de

salud, el nuevo modelo ha tenido muchos inconvenientes al no contar con una red de prestadores contratada. Desde el comienzo de las operaciones, no han parado las quejas de los pacientes afectados por los cambios, esto sumado las críticas de los opositores, quienes reiteran el caos en la asignación de citas, la distribución de medicamentos, las autorizaciones para cirugías y la atención con especialistas.

Por último, este martes 28 de mayo, EPS Sura, con 5 millones 547 mil afiliados, anunció que le pidió a la Superintendencia de Salud su salida progresiva del sistema de salud, un camino en el que esa entidad deberá tomar una decisión en los próximos 65 días (hábiles). Sura EPS fue, de hecho, una de las primeras en acercarse al Gobierno y manifestar su intención de convertirse en gestora, tal y como lo proponía la reforma a la salud. A pesar de ser una EPS eficiente y bien administrada, no ha logrado corregir lo que ha venido sucediendo después de la pandemia del covid-19, en términos de gasto y de desequilibrio financiero.

Se percibe un panorama de incertidumbre sobre las propuestas consignadas en la reforma, no se sabe exactamente sobre qué se va a trabajar. Falta una directriz clara sobre quién es responsable en la articulación. El gobierno tiene la intención de hacer reformas, pero no hay claridad sobre cómo abordar los problemas. En resumen, el sistema de salud colombiano enfrenta desafíos en la prestación de servicios, coordinación entre los actores, financiamiento y la gestión de riesgos en salud.

### Flujo legislativo



CAPS – Centros de Atención Primaria	Gestores de salud y vida
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los CAPS tendrán a su cargo la <b>adscripción de la población al sistema.</b></li> <li>• Gestión del riesgo colectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pierde el principio de <b>aseguramiento</b> y la posibilidad de elección.</li> <li>• Se convierten en auditores externos del sistema.</li> </ul>
RIISS – Redes Integradas de Servicios de Salud	ADRES – Administradora de Recursos del Sistema de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actual:</b> Prestadores de baja y alta complejidad que contratan con las EPS.</li> <li>• <b>Con reforma:</b> Direcciones departamentales y distritales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ADRES <b>administrará el fondo Único</b> del sistema de salud.</li> <li>• Serán <b>pagadores únicos</b> del sistema.</li> </ul>

## PUNTOS CLAVE DISCUTIDOS -PREOCUPACIONES

- Problemática multidimensional.
- Sensación de incertidumbre que no sólo afecta a los prestadores, aseguradores, sino al usuario.
- Se quiere aprobar una reforma a cómo de lugar (acuerdo en que una reforma es necesaria) – debe conocerse la reforma sintética.
- No se ha determinado cuánto dura la transición.
- Así no haya reforma ya hay un cambio del sistema de salud a cómo se conocía hace 2 años.

### Prestación de servicios:

- Falta coordinación entre los actores del sistema de salud. En el momento no hay una adecuada implementación de todo lo que ya está escrito y aprobado (citando: la 1438 – 1751 – las RIAS – 3280)
- Por ejemplo: problemas en la prestación de tratamientos oncológicos, lo que retrasa la atención oportuna y empeora pronóstico de la enfermedad, al final incrementa costos en la atención.
- La innovación tecnológica y la actualización del plan de beneficios son desafíos.
- La fragmentación de los servicios de salud involucra múltiples aspectos, desde la gestión financiera hasta la calidad de atención y la tecnología.
- En el caso de la prestación de alta complejidad, no se tiene claro cuál es el territorio, si es el valle, del suroccidente o también otras regiones.
- Se presenta alta fragmentación de los servicios.
- Preocupa enormemente la situación de la migración de la población ante la liquidación de EPS (reasignación de población).

Ejemplo de Aseguradora 1 (privada): En 2021 tenían 3.2 millones de afiliados, 2024 5.4 millones de afiliados. La intervención de EPS ha afectado financieramente a las IPS y a las EPS en concentración del riesgo, siniestralidad y costos en salud. Dejaron de cubrir presupuestos máximos, déficit de 500 mil millones de pesos junto con la insuficiencia de la UPC porque tienen concentración de carga de enfermedad, por traslados masivos. La EPS tiene el índice de envejecimiento más grande de la región, población adulta mayor alta (8 puntos por encima del nacional), hay más enfermos, población adulta mayor enferma, siniestralidad alta, frecuencias de uso elevados, no hay suficiencia de la UPC a poblaciones por territorio, mirando carga de enfermedad y perfil epidemiológico.

- Otro punto clave es que se necesita una transparencia en el uso del sistema; Si no se tienen sistemas interoperados de información se van a seguir teniendo los mismos desperdicios (ineficiencias en salud). Se debe contar con sistemas de información idóneo que permitan hacer un análisis adecuado de la data para la toma de decisiones.
- La red prestadora es el que está teniendo que asumir todas las consecuencias. Los obligan a atender una población pero no se sabe cuál es el respaldo económico para atenderla. Por ejemplo: puerta abierta a atención por Urgencias (independiente de la situación de las EPS - ¿eso quién lo paga?)
- Los interventores llegan con nuevas ideas que perjudican a las IPS, como no alcanza para cubrir la deuda simplemente dicen que si no están de acuerdo, terminan el relacionamiento (finalización de contratos sin pago) y la población la envían a otras IPS que pudieran tener manejos y atenciones cuestionables.
- Ante el contexto de finalización de contratos por no aceptación de condiciones de los grupos interventores, la población se pierde, aumenta la siniestralidad, hasta el punto que su estado de salud se torna crítico y debe acudir por urgencias, donde no puede negarse la atención y donde la facturación y el pago queda cuestionado.
- INVIMA: se presentaron grandes retrocesos por lo tanto al final las IPS sufren las incompetencias para la entrega o dispensación de medicamentos, esto al final repercute en el manejo y control de las patologías (pro ejemplo del programa de crónicos) aumentando consultas por urgencias, descompensación de pacientes y elevando los costos.



## Contratación red, facturación y pago:

- Es importante dentro del escenario de la reforma tener claro quién contrata, quién audita y quién paga, porque al no estar esto definido se va a seguir perpetuando el retraso en el pago de facturación de servicios prestados
- Es necesario revisar el tarifario y debatir cómo se establecieron las tarifas, no hay una metodología clara de cómo se creó este manual tarifario, se percibe es la utilización de tarifas de forma unilateral por parte del gobierno. Se destaca en parte que por primera vez hubo participación de las sociedades médicas para aportar en esta construcción.
- La metodología para definir estas tarifas debe considerar cómo se calcula la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en estos momentos este procedimiento es muy discutible, ¿cómo se llevó a cabo?
- Gran preocupación frente al giro directo, este no cumple el 100% de la facturación: es preocupante el contexto actual en donde sólo se está reconociendo (en el mejor de los casos) el 80% de la facturación, y en realidad se está girando muy por debajo de este umbral, además no hay claridad en cómo se va a abordar el pago de la cartera (tanto vieja como la que se factura actualmente), el gasto persiste día a día.
- Se debe revisar la gestión de pago y las responsabilidades porque en el momento preocupa la gestión de pago de deudas antiguas y la realidad es que muchas instituciones se van a ver con falta de flujo de caja para el largo plazo, no hay reservas para aguantar la transición.
- Situación IPS 1 pública de alta complejidad: Este hospital no ha recibido respaldo monetario por parte del gobierno. Están sin los recursos del ADRES, que retiene el giro. No se había tenido un periodo tan difícil financieramente con este gobierno. Desde el hospital universitario no están de acuerdo con el manejo que se está dando, le quitaron el 60% del recurso para la construcción de los CAP que no se han empezado porque la reforma no está aprobada.
- A raíz de las EPS liquidadas e intervenidas en el pasado, estas carteras viejas nadie las resolvió y eso impacta el patrimonio de los prestadores (Ejemplo: liquidación Coomeva – Saludcoop – Medimás – Cafesalud – Cruz Blanca, todas estas quedaron debiéndole a IPS2 de alta complejidad el 90% de su patrimonio actual)
- Los interventores presionan para reducir costos, lo que afecta las tarifas y la cartera de pagos, es decir, pretenden que se sigan prestando los mismos servicios a menores costos, al final afectando la calidad de la atención en salud.

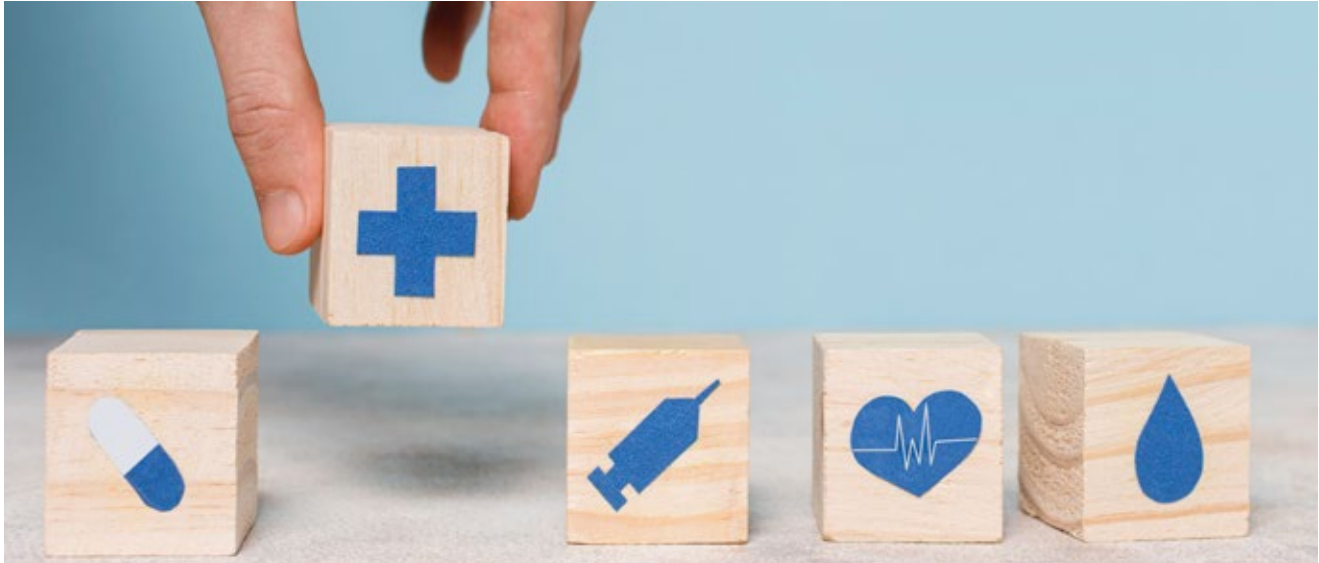
- La reforma se centra en cuestiones financieras, sin embargo hay una falta de claridad en la auditoría, el recaudo y los pagos.
- Aseguradores y prestadores deberían generar un bloque para saber sobre qué se está trabajando, porque el proyecto inicial se hundió y ahora está en la mesa la reforma "fast". Los pasos se están dando sobre bases hipotéticas.
- La perspectiva de la prestación de servicios de salud no tendría por qué cambiar, los contratos del momento están establecidos con EPS que hoy en día, NO son gestoras.
- Reflexionar sobre la base de qué vamos a hacer una discusión técnica, no se puede dar por sentado que hay una reforma en curso porque se cayó. Sobre qué se va a trabajar porque los cambios propuestos en este momento se cayeron en el congreso.
- Se pregunta sobre si el libre mercado en salud debería subsistir. Hay otros países que lo han eliminado, pensar en alianzas entre lo público y lo privado. Apuntar también a que el primer nivel sea resolutivo. La red tiene que aportar valor (valor financiero), los modelos de contratación tienen que cambiar.

### Gestión del riesgo en salud:

- Preocupación por la pérdida de datos, identificación de población y su seguimiento
- Las aseguradoras y prestadoras tienen la información, pero no está actualizada.
- Los aseguradores son los que tienen la información para la gestión del riesgo, pero al no estar actualizado, no es visible esto para poder intervenirlo.
- Se deben estudiar los riesgos operativos, técnicos y en salud para la gestión del riesgo
- Debe haber coordinación entre todos los actores para saber cómo gestionar los recursos para que alcance para todos los riesgos que hay que abordar.
- El paciente también debe asumir parte de la responsabilidad para lograr los resultados, es otro actor dentro del sistema y en el momento no está siendo sensible a la demanda inducida.

## Talento Humano en salud:

- Se destaca la importancia del talento humano en salud y la necesidad de formación en áreas como promoción y prevención así como gestión del riesgo.
- La queja constante es que hay número de profesionales pero cuál es el tipo de profesionales que se están formando y salen a atender sin saber de gestión del riesgo, no captan al paciente en tiempos adecuados.
- Hay inequidad e injusticia frente a la gestión del médico general.
- Pérdida de autonomía del Médico General, no es resolutivo, no sirve de nada que esté en el territorio si necesita poder de decisión para poder abordar las diferentes patologías, identificar necesidades y poder trasladar al paciente cuando requiere de un mayor nivel de complejidad.
- También es importante mencionar la pertinencia en la prescripción (médicos mal entrenados en seguimiento de protocolos y acciones de tamizaje), el conflicto de intereses ante prescripciones patrocinadas por la industria.
- Las condiciones de contratación del talento humano, es bien conocido el contexto que existen agremiaciones que contratan al personal sin verdaderas garantías laborales.
- El personal de salud es el que recibe el impacto de todo lo que ha venido transformándose en el sistema de salud.
- Ante el escenario actual, sin una reforma aprobada pero con un sistema de salud que ya está cambiando, ya se están reportando fugas de talento humano por las condiciones de contratación.
- Con el enfoque que pretende dar el gobierno nacional al componente preventivo y de territorio, se percibe una preocupación por el ingreso de los médicos integrales comunitarios.



### Calidad de Atención y Accesibilidad:

- El Valle del Cauca destaca por su buena atención y gestión de datos.
- La región le ha apostado a los procesos de acreditación en salud y esto conlleva un costo para poder sostenerlo.
- La calidad de la atención en salud se está viendo afectada con estos nuevos modelos que se están planteando.
- La presión por parte de los grupos interventores hacia la reducción de costos al final afectará la calidad de la atención en salud y repercutirá en la seguridad del paciente y los resultados en salud.
- La accesibilidad en áreas rurales sigue siendo un problema, esto no va a resolver los problemas porque el médico puede llegar a la comunidad pero ¿cómo va a poder solucionar condiciones que requieran mayor nivel de atención y complejidad?
- Los pacientes valoran el acceso oportuno a los servicios pero ante este contexto actual de crisis, de intervenciones, de cierre de servicios, de liquidación se encuentran nerviosos y recurren a la tutela, a las quejas ante la Supersalud y todo recae sobre los prestadores.
- Se busca reinventar el modelo de valor en salud.

## POSIBLES SOLUCIONES Y PASOS A SEGUIR

- Repensar la atención primaria y la alianza entre lo privado y lo público.
- Hay que apostarle a un solo modelo de gestión distrital para unificar roles y estandarizar procesos.
- Planificación regional para una transición menos traumática.
- ProPacífico debe apoyar en la transición y garantizar el sistema de pago.
- Se plantean tres opciones: esperar a que se construya un mecanismo en Bogotá (centralizado), construirlo de manera independiente con propuestas de distintos actores o resistirse al caos actual.
- Se destaca la importancia de las secretarías en la transición.
- La Secretaría de Salud no gestionará directamente, sino facilitará la relación entre agentes como redes, IPS y EPS.
- Se considera a Cali como pionero y piloto para evaluar el sistema de salud.
- Propuestas incluyen compras centralizadas, flujo de caja y cartera.
- Propuestas concretas incluyen gobernanza con EPS intervenidas y reuniones regionales con prestadores.

Editorial

# Y ¿QUÉ SIGUE?

Por:

**LUIS ALBERTO TAFUR CALDERÓN, MD ESP.**

Profesor Titular Pensionado. Universidad del Valle

Investigador Asociado PROESA, ICESI

lutafur@yahoo.com



## Y ¿QUÉ SIGUE?

### **LUIS ALBERTO TAFUR CALDERÓN, MD ESP.**

*Profesor Titular Pensionado. Universidad del Valle*

*Investigador Asociado PROESA, ICESI*

*lutafur@yahoo.com*

Los últimos sucesos en el Sistema de Salud de Colombia se relacionan con decisiones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia Nacional de Salud, del Congreso de la República y de la EPS Compensar. Estos sucesos, originados en decisiones del alto gobierno, así como del desarrollo de las posturas de diversa índole de los actores del Sistema, tendrán en el corto y mediano plazo consecuencias sobre la atención de la enfermedad de la población afiliada al sistema.

El recuento de los hechos que se relacionan con la situación actual es conveniente para entender los escenarios en que se moverá el Sistema de salud en los próximos días y en el futuro.

- 1. Postura gubernamental.** El presidente Gustavo Petro desde su posesión ha planteado la necesidad de la reforma del sistema de salud, postura que se reflejó en el proyecto de ley 339 de 2023 presentado al Congreso de la República en febrero de 2023. Este proyecto de ley no fue discutido ni conocido por la opinión pública previamente a su presentación. Una vez presentado, múltiples actores del Sistema y varios congresistas se reunieron con la Ministra Carolina Corcho para expresar sus opiniones y reparos al proyecto. Las reuniones, en general de aparente escucha por la Ministra, no tuvieron efecto sobre la redacción del proyecto de ley lo cual originó rechazo de los partidos políticos y de diversos actores. La polarización de las discusiones se esperaba que disminuyera con el cambio de ministro. Sin embargo, el Dr Alfonso Jaramillo mantuvo la beligerancia alrededor de la necesidad del cambio del sistema enfatizando en afirmaciones relacionadas con el valor de la UPC que la consideraba suficiente, con robo de recursos por las EPS, atacando continuamente a Sanitas EPS como ejemplo de integración vertical, desvío de recursos hacia su red de prestadores y acompañado del Superintendente de Salud, afirmando incremento de quejas y reclamos y pérdida de recursos al no tener todas las EPS recursos en las Reservas Técnicas. Esta postura agresiva se incrementó al ordenar la Comisión Séptima del Senado el archivo del proyecto de ley

Simultáneamente, el Ministerio inició un proceso de implementación de los denominados en el PL como CAPS, entregando recursos para construcción, dotación y contratación de talento humano en algunos municipios del país, tomando el 5% del valor de la UPC para este fin. El 16 de mayo de 2024, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional decretó una medida cautelar sobre la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) puesto que identificó que dos normas podrían generar problemas en la atención en salud de los afiliados al sistema por una aparente falta de recursos para la prestación adecuada de los servicios. “La Sala encontró que la destinación del 5% para la operación de equipos básicos en salud, ordenada en los artículos 11 y 21 de la Resolución 2364 de 2023, puede representar una disminución en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” precisó la Corte en un boletín de prensa.

Es llamativa la información que el Ministro de Salud, en la audiencia técnica de la Corte Constitucional del viernes 5 de abril reconociera que el 20% de la UPC se gasta en enfermedades raras, huérfanas y de alto costo, contradiciendo sus afirmaciones previas relacionadas con la suficiencia de la UPC durante las audiencias públicas y en todas sus intervenciones.

El gobierno nacional citó a una reunión de trabajo “de 100 horas” a las EPS para discutir una posible reforma del sistema. En la semana del 15 al 20 de abril, el Ministerio de Salud informó que había llegado a un acuerdo con 5 EPS de Convertirse en Gestoras de Salud, aceptando el giro directo por el ADRES, continuando con la gestión del riesgo en salud y el operativo y recibiendo el 5 % de la UPC más un 3% por resultados. El acuerdo se concreta mediante un nuevo proyecto de ley que el gobierno nacional presentará al Congreso con mensaje de urgencia. El 2 de mayo el Ministro de salud informó que presentaría un nuevo proyecto de ley basado en los acuerdos firmados con las EPS, producto de la reunión de trabajo, con mensaje de urgencia, sin embargo, a 23 de mayo aún no ha sido presentado y el Ministro del Interior informó que no se ha llegado a acuerdos para su presentación. Además de lo expresado por los senadores de la comisión séptima, la Academia Nacional de Medicina, las Sociedades Científicas y los gremios de talento humano expresaron su rechazo con base en su nula participación en el proyecto.

El 23 de abril el Ministerio publicó para comentarios un borrador de decreto sobre tarifas. El análisis del documento mostró disminución de los valores comparando con el vigente del SOAT lo cual originó protestas de todas las agremiaciones y sociedades



científicas al no haberlas tenido en cuenta en la discusión ni reconocer el trabajo que habían realizado hasta 2022 con el Ministerio buscando acuerdos sobre la metodología para definir tarifas. El Ministerio retiró de la página web el borrador en la noche del mismo 23 de abril. El Ministro de Salud en declaraciones a la prensa afirmó que se había retirado porque tenía errores en diversos campos y una vez corregidos se volvería a colocar en la página para discusión.

Adicionalmente al proceso de reforma, el servicio excepcionado de salud del Magisterio creado por la Ley 91 de 1989 y dirigido por el FOMAG (Fondo Nacional de prestaciones del Magisterio) conformado por 5 miembros, (Ministerios de Hacienda, Educación y Trabajo y 2 representantes de Fecode) el 1 de septiembre de 2023 decidió cambiar el modelo a partir del 1 de mayo de 2024, suspendiendo la intermediación regional y entregando a la Fiduprevisora la responsabilidad de administración del nuevo modelo.

Debido a que la Fiduprevisora no tiene experiencia en la organización, administración y control de un sistema de prestación de servicios de salud, el nuevo modelo ha tenido muchos inconvenientes al no contar con una red de prestadores contratada. La fiduciaria envió invitación de hacer parte del listado a prestadores a muchas IPS a nivel nacional y aquellos que dieron respuesta de estar interesados fueron incluidos en el listado que mediante circular el FOMAG informa a sus afiliados son los prestadores. Algunos de ellos se han negado a atender a los usuarios argumentando no tener contrato firmado que les garantice el pago de los servicios que presten. Los maestros y sus familias beneficiarias se quejan de falta de atención así como de no entrega de medicamentos. El modelo incluye el pago por la ADRES, lo cual no lo permite la Ley 91 de 1989 que creó el régimen exceptuado.

El Ministro de Salud en una sesión de control político en la Cámara de representantes el 19 de mayo acusó al presidente de la Fiduprevisora de ineficiente y ser el causante del problema que se ha presentado en la atención de la población de maestros y sus familiares. Así mismo, ha indicado que el nuevo modelo servirá de piloto para aplicar las propuestas que incluye la reforma de salud.

Si bien la ADRES ha iniciado el giro directo, las IPS privadas se quejan de la falta de claridad en el proceso. Algunas han recibido el pago del 80% de algunas facturas mientras otras recibieron mucho menos, sin que haya claridad acerca el pago del resto de la facturación. La relación con la EPS intervenidas ha cambiado y es así como

exigen que la factura se envíe adicionando los términos, “intervenida y en proceso de posesión”

- 2. Congreso de la República.** El PL 339 Cámara surtió las dos discusiones de ley en la Cámara, con la aprobación del texto propuesto por el gobierno nacional, con varias modificaciones en aspectos de redacción y presentación, sin incorporar prácticamente ninguna sugerencia de modificación propuesta por los partidos políticos de la oposición ni de los gremios y asociaciones profesionales de la salud con ideología política diferente a la del gobierno. La aprobación del texto en la plenaria de la Cámara, lograda después de una participación activa de los Ministros de Gobierno y de Salud con los representantes para lograr el voto afirmativo, dio paso a la presentación del PL 236 Senado ante la Comisión Séptima del Senado.

Los intentos de lograr modificaciones al texto con las asociaciones y gremios profesionales diferentes a los amigos del gobierno y de los partidos políticos de la oposición, al igual que lo sucedido en la Cámara, no fueron aceptados por el Ministro de Salud quien en las audiencias convocadas para la explicación del proyecto, continuó con su actitud de ataque a las EPS especialmente a Sanitas, así como con las afirmaciones de robo de recursos, incremento de quejas y reclamos.

Ante la decisión de la Comisión Séptima del Senado de hundir el proyecto, el gobierno nacional con los partidos afines presentó ante el Presidente del Senado la solicitud de no archivar el proyecto, solicitud que fue retirada el 28 de abril. El mismo día, los senadores que votaron afirmativamente el archivo del proyecto de ley 256 Senado emitieron un comunicado de prensa en el cual se refieren al anunciado proyecto que presentará el gobierno con mensaje de urgencia, reiterando que las razones que llevaron al hundimiento del proyecto 236 persisten al no haber un análisis del impacto fiscal y continuar con artículos del proyecto archivado sin modificación.

- 3. Superintendencia Nacional de Salud.** Desde el inicio del período presidencial hizo eco de las afirmaciones del Presidente de la República y de la Ministra Corcho sobre la necesidad de cambio, posible robo de recursos por desviación de los mismos por las EPS, incumplimiento de las Reservas Técnicas por las aseguradoras, incremento de quejas y reclamos por deficiencias en la atención por las EPS.

El Superintendente Beltrán debió renunciar en febrero de 2024 por tener un proceso judicial en curso por celebración ilícita de contratos en el Hospital de Barranquilla. Fue

reemplazado por el Dr Luis Carlos Leal, médico cirujano, activista político quien previamente se había pronunciado en contra de Sanitas como un ejemplo de corrupción del sistema. Dos meses después de su posesión por orden del Presidente, por el reconocida, el Dr Leal intervino la EPS Sanitas y posteriormente la Nueva EPS con los argumentos que no tenían capital ni patrimonio adecuado para continuar funcionando, habían incrementado las deudas con los prestadores, tenían aumento en el número de PQR. Previamente a esta decisión, Sanitas había enviado a la Superintendencia, en 2023, un plan de ajuste, que no ha sido respondido por esa entidad y en Septiembre de 2023 había sido habilitada por 5 años por la misma Superintendencia.

Como interventor fue designado el Dr Duven Dicson Vargas, con experiencia en intervención del hospital de Valledupar. Los propietarios de Sanitas han iniciado procesos judiciales contra la decisión de intervención así como proceso penal contra el Superintendente de Salud. La Nueva EPS antes de la intervención había tenido cambio en la presidencia a raíz de la decisión del gobierno de remover al director anterior y nombrar al Dr Aldo Cadena. Como interventor fue nombrado el Dr Julio Alberto Rincón Ramírez, médico salubrista, presidente de la Corporación de Secretarios de Salud municipales, COSESAM, quien fue secretario de salud encargado de Bogotá. Los dos interventores designados no tienen experiencia en la dirección de aseguradoras de salud. El 7 de mayo, la Superintendencia anunció la intervención de la ESE Centro Oriente de Bogotá.

Se puede concluir que en el gobierno nacional prima la ideología que busca estatizar el Sistema, con radicalización de presidencia, ministerios y superintendencia. No hay acuerdos políticos alrededor de la reforma del Sistema de Salud.

El archivo del proyecto de ley de reforma lleva a la necesidad de presentar un nuevo articulado y propuesta. El retiro voluntario de Compensar EPS podría iniciar una cascada de retiros voluntarios por otras EPS que ven sus patrimonios en riesgo por el déficit de la UPC y la demora de pagos de la ADRES. El 7 de mayo Compensar anunció la presentación de los documentos requeridos ante la Superintendencia para el retiro voluntario del Sistema Esta situación llevaría a un cierre de servicios por los prestadores privados al temer la cancelación de sus acreencias actuales y futuras.

## ESCENARIOS POSIBLES

### 1. RADICALIZACION DEL GOBIERNO.

Ante las decisiones tomadas por la Superintendencia de intervenir varias EPS, se intervendrían todas las que muestren incremento en deudas con proveedores, aumento de PQR, falta de reservas técnicas. Al estar la Nueva EPS intervenida, el traslado de afiliados no se haría sino que los interventores continuarán administrando las EPS sin importar el resultado financiero ni en la calidad y oportunidad de los servicios. A las EPS que manifiesten el retiro voluntario no les aprobarán. El gobierno declarará estado de excepción en el sector salud para dirigir el sistema por decretos. Los prestadores privados exigirán garantías de pago de sus acreencias y se negarán a atender pacientes si no hay garantía de pago oportuno. Este escenario es posible por la radicalización ideológica del gobierno y sus agentes.

### 2. EPS.

Las EPS que firmaron el acuerdo con el Ministerio de Salud para convertirse en Gestoras de Salud y Vida y presentar un nuevo proyecto de Ley, en caso de aprobación del proyecto de ley en el Congreso, administrarán el riesgo en salud y el riesgo operativo percibiendo por esos conceptos el 5% de la UPC y si sus resultados son positivos, un 3% adicional. Este escenario, favorable a las EPS al recibir un pago por las actividades que venían realizando pero sin preocuparse por los resultados económicos les permitirá seguir funcionando en el Sistema, mantener su estructura administrativa y de servicios,

transformando las IPS propias o vendiéndolas para no hacer integración vertical. Al no tener la responsabilidad financiera, la insuficiencia de la UPC dejará de ser una limitante para la contratación y prestación de servicios a la población afiliada por parte del sector privado pero se convertirá en el principal escollo para el pago de los servicios prestados y puede llevar al sistema al colapso. El control de los costos que venían realizando mediante demoras en la oportunidad de la atención, barreras en el acceso a los servicios en las regiones distantes, aplazamiento de procedimientos e intervenciones y la no entrega de medicamentos, podrán disminuir al ser la ADRES la entidad pagadora de los servicios. El control de costos se realizaría mediante la expedición de un manual tarifario que desincentive la realización de procedimientos e intervenciones así como la demanda inducida. Esto iría en contra de la calidad de los servicios.

### 3. ADMINISTRACION DEL SISTEMA POR LOS ENTES TERRITORIALES.

El gobierno nacional entrega a los entes territoriales la administración de las redes de

prestadores de las EPS intervenidas y liquidadas, continuando la ADRES como pagador por giro directo. Por la diferencia ideológica de la mayoría de gobernadores y alcaldes distritales con el gobierno nacional, no veo factible este escenario.

#### **4. PRESTADORES Y TALENTO HUMANO.**

En todo el proceso los principales perjudicados son los pacientes y los prestadores, especialmente el talento humano en salud. Si se da el cierre de EPS, el personal administrativo y de planta de ellas quedará cesante. Los prestadores quedarán con deudas de difícil cobro y el talento humano que trabaja en ellos no tendrá seguridad de poderse vincular a otra entidad y tendrá el riesgo de perder sus prestaciones. Los profesionales independientes que prestan servicios a las EPS quedarán con deudas de difícil si no imposible cobro, tal como ha sucedido con las ya liquidadas.

El 80% del talento humano de salud trabaja bajo ordenes de prestación de servicios y al no tener garantía de continuidad en los prestadores, quedarán desempleados. Los especialistas fortalecerán sus vínculos con los programas prepagados y sus consultorios, con tarifas altas para compensar la pérdida de ingresos por el cierre de las EPS. En varias prestadoras, el talento humano no recibe el pago de sus honorarios desde el inicio del año 2024, situación originada en la falta de pago de las EPS a las IPS por la demora en el recibo del giro directo de la ADRES. Algunos profesionales han renunciado a sus órdenes de prestación de servicios por la falta de pago y otros permanecen prestando el servicio esperando que la IPS recaude.

Mientras esto sucede, los pacientes con tratamientos en curso que requieren medicamentos con periodicidad fija, se enfrentan a la disyuntiva de comprar los medicamentos con gasto personal o familiar o a alterar el tratamiento con el consiguiente efecto sobre el control de la enfermedad. Habrá incremento del gasto de bolsillo en las personas y familias que tengan la capacidad económica y un escenario de empobrecimiento de las familias con pacientes con enfermedades de alto costo o huérfanas quienes deberán empezar a vender sus pertenencias para adquirir los medicamentos o pagar el costo de los procedimientos que requieran.

El escenario descrito previamente, con conversión de las EPS en Gestoras de Salud y Vida y con la posibilidad de la expedición de un manual tarifario con disminución de los precios que se pagan hoy por consultas, procedimientos e intervenciones, y sin el control de la demanda de servicios por la población, podrá llevar al Sistema a una situación de crisis al negarse los prestadores independientes (IPS y profesionales) a prestar servicios con

tarifas bajas. Si no hay cambio tarifario, ante la insuficiencia de la UPC, la ADRES recibirá múltiples facturas con incremento en la prestación de los servicios que llevarán al sistema a una crisis financiera en un término no superior a seis (6) meses después de iniciado el proceso.

## **5. ESCENARIO FINANCIERO.**

Los senadores de la Comisión Séptima del Senado que archivaron el proyecto de ley de reforma a la salud, persistentemente solicitaron al Ministerio de Hacienda y al Ministerio de Salud una certificación del impacto fiscal de la reforma, certificación que no recibieron. En marzo 20 de 2024 la Viceministra Técnica de Hacienda, María Fernanda Garcés, envió a la Comisión un documento con “consideraciones técnicas” al proyecto de ley en el cual se advierte que los recursos existentes para la financiación de la reforma son insuficientes. La falta de la certificación del impacto fiscal fue una de las principales razones que motivó la decisión de archivo del proyecto.

Como se dijo anteriormente, si el proyecto de ley acordado por el Ministerio de salud y las EPS prospera en el Congreso y es aprobado, el escenario financiero es de insuficiencia de recursos en el corto plazo, originado por incremento en los servicios, falta de control de la demanda, incremento de pago por evento, duplicación innecesaria de pruebas diagnósticas, aumento de la formulación de medicamentos, entre otros aspectos. Hay que recordar que la Corte Constitucional declaró inexecutable la creación del Ministerio de la Igualdad por no haberse tenido en cuenta el impacto fiscal. Esta situación se puede repetir con una reforma a la salud que no tenga el análisis del impacto fiscal que producirá y la forma de corregirlo.

La expedición de un manual tarifario por el Ministerio de Salud sin participación de las Sociedades Científicas, con tarifas bajas, originará disminución en la calidad de los servicios prestados, incremento en facturación de procedimientos innecesarios, entre otras consecuencias. La medida cautelar de la Corte Constitucional sobre el 5% de la UPC con destino a los CAP obliga al gobierno a buscar nuevas fuentes de financiación para la construcción, adecuación y funcionamiento del primer nivel de atención, incluyendo la de los equipos territoriales. Como bien se dice entre el personal del sistema a todos los niveles, el Sistema de Salud está cambiando sin necesidad de reformas, con tendencia a un colapso.

## **6. NO HAY REFORMA.**

Teniendo en cuenta que el proyecto de ley anunciado por el Presidente y el Ministro de Salud aún (23 de mayo) no ha sido radicado en el Congreso y que el trámite de la reforma

al sistema pensional se encuentra en trámite y tomará el tiempo faltante para el cierre de las sesiones (20 de junio), la probabilidad de reforma del sistema de salud se trasladará al nuevo período legislativo que se inicia el 20 de julio. Al iniciar de nuevo el trámite, se presentarán diversas propuestas de proyecto que deberán unificarse lo cual puede llevar hasta diciembre de 2024. Mientras tanto, el escenario posible muestra situaciones a nivel de financiación, aseguramiento, gasto de bolsillo, desamparo de pacientes con enfermedades crónicas, de alto costo y huérfanas .

En financiamiento, a raíz de la medida cautelar de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud deberá restituir el 5% al valor de la UPC y deberá buscar recursos para la construcción, dotación y puesta en funcionamiento de los Centros de atención en salud básica y los equipos territoriales.

En aseguramiento, serán intervenidas otras EPS y es posible que algunas sigan el ejemplo de Compensar y soliciten su retiro del Sistema. Esto llevará al incremento en el número de afiliados de la Nueva EPS entidad que se verá en la necesidad de ampliar su red de prestadores y su equipo administrativo. Las EPS que continúen en el sistema, si no capitalizan la entidad, se encontrarán con problemas de liquidez y con posibilidades de intervención, lo cual llevará a demoras en la oportunidad de la atención, postergamiento de la programación de procedimientos, negación de entrega de medicamentos, entre otras situaciones ya conocidas como métodos de disminuir el impacto financiero.

La población, ante la incertidumbre sobre cambios en el sistema y las barreras de acceso usará con mayor frecuencia los planes voluntarios. Quienes no tienen estos planes y tienen enfermedades que requieren atención frecuente e ingesta de medicamentos tendrán que destinar recursos adicionales para la compra de medicamentos, realización de exámenes y/o procedimientos, con impacto sobre la calidad de vida. La población de escasos recursos económicos con enfermedades que requieran medicamentos o procedimientos deberán acudir a las instituciones públicas las cuales se verán congestionadas. Se puede observar un incremento en la morbi - mortalidad así como agravamiento de la condición de enfermedad en pacientes con patologías crónicas.

Los profesionales de salud, empleados de EPS que se liquiden, no podrán conseguir vincularse a otras entidades, especialmente los administrativos y generalistas. Los especialistas verán incrementada la consulta por planes voluntarios mientras que las intervenciones y procedimientos se verán postergados. Las IPS al no tener seguridad en la contratación se negarán a atender a afiliados de EPS y buscarán incrementar la atención de planes voluntarios o por pago directo del paciente.

El sistema judicial verá un aumento en el número de tutelas buscando oportunidad de la atención y acceso a procedimientos e intervenciones, las cuales no serán atendidas oportunamente por falta de capacidad resolutive de las aseguradoras. Las Cortes emitirán órdenes al sistema de salud buscando mejorar el acceso y la oportunidad de atención.

*Mayo 23 de 2024*



**#ElPoderDe**  
*divulgar*

Relatoría

# **Reforma a la salud en Colombia:** desafíos y perspectivas

Mesa gestores de salud  
14 de mayo de 2024

[www.propacifico.org](http://www.propacifico.org)



@propacificoorg