

RELATORÍA

Diálogos Ciudadanos

sobre la Reforma a la Salud



#NosUnenTusDerechos



#NosUnenTusDerechos

CARLOS CAMARGO ASSIS
DEFENSOR DEL PUEBLO

LUIS ANDRÉS FAJARDO ARTURO
VICEDEFENSOR DEL PUEBLO

LEONARDO HUERTA GUTIÉRREZ
DEFENSOR DELEGADO PARA EL DERECHO A LA SALUD

Defensoría del Pueblo, 2023

Obra de distribución gratuita.
El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o
replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Colombia. Defensoría del Pueblo.
Diálogos ciudadanos sobre la reforma a la salud.
Bogotá, D. C., año de publicación

Calle 55 #10-32 - Sede nacional
Apartado aéreo: 24299- Bogotá, D. C.
Código postal: 110231

<http://www.defensoria.gov.co>



#NosUnenTusDerechos

Generalidades.

La Defensoría del Pueblo, como entidad de derechos humanos y para proteger el derecho fundamental a la salud, así como para promover la democracia participativa, eje central de nuestro Estado Social de Derecho, generó y lideró un espacio de participación de seis foros denominados Diálogos Ciudadanos, con sectores representativos del Sistema de Salud: [i] Pacientes, Usuarios, Cuidadores y sus gremios, Observatorios, Sociedad Civil; [ii] Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y sus gremios; [iii] Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Clínicas, Hospitales y sus gremios y Empresas Sociales del Estado (ESE); [iv] Actores del Sistema relacionados con la industria Farmacéutica y sus gremios; [v] Academia, Asociaciones Científicas, Talento Humano en Salud, Dirigencia Sindical y sus gremios; [vii] Autoridades Territoriales y Ex ministros de Salud.

Lo anterior, sin conocer aún el texto de la reforma, y con el fin de que expusieran de manera libre y espontánea los potenciales, temores y expectativas sobre una reestructuración o reforma al actual sistema de Salud, independientemente del tipo de reforma.

El día 13 de febrero del presente año, una semana después de los Diálogos, el Gobierno Nacional radicó ante la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley 339, “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”; lo cual no le quita actualidad a esta relatoría, en tanto las reflexiones recogidas constituyen un insumo adicional y la Defensoría seguirá generando espacios, escuchando y promoviendo reflexiones, ahora en mayor medida desde los territorios, para hacer visibles sus individualidades y fortalecer un enfoque diferencial.

Objetivos.

Divulgar las conclusiones de estos diálogos, sin incluir una visión editorial o defensorial al respecto, el sentido de esta publicación es dar a conocer lo dicho por los sectores de la salud antes de haber conocido el texto del Proyecto de Ley, en especial las expectativas y temores, preguntas y propuestas, como insumo al debate que se avecina; además, dejando una memoria histórica de las reflexiones hechas por pacientes, EPS, IPS, industria farmacéutica, talento humano, academia y autoridades públicas, sobre una potencial reforma al actual sistema de salud.

Conclusiones generales.

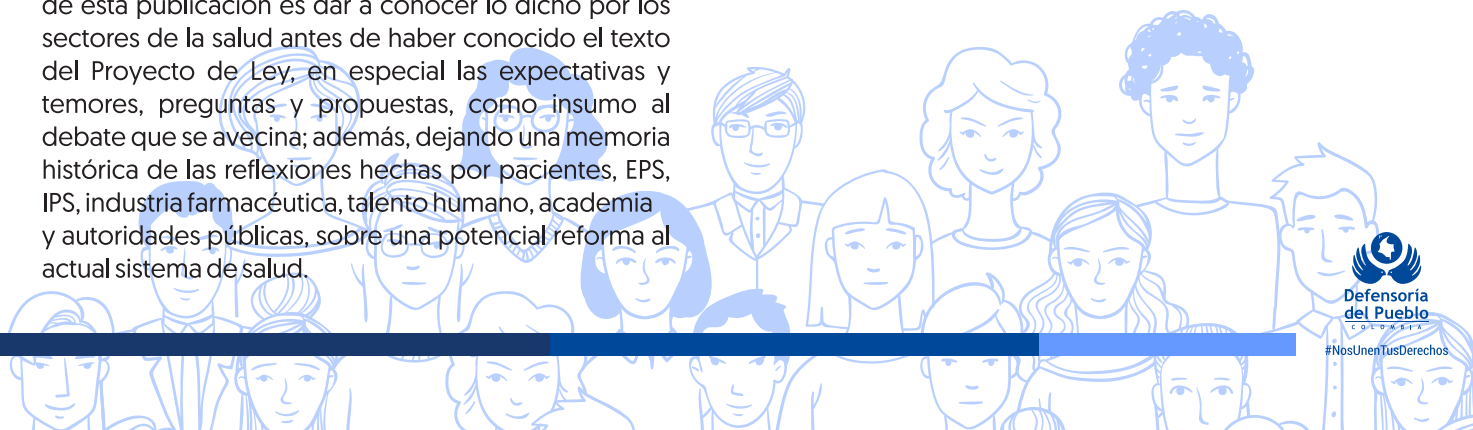
Encontramos dos elementos comunes a todos los diálogos ciudadanos:

UNA REFORMA PARTICIPATIVA CON BASES TÉCNICAS:

Coincidieron todos los sectores en que, independientemente de la reforma que se presente, su debate, trámite y aprobación debe tener en cuenta a todos los sectores y actores del sistema, se requiere de una reforma participativa y evitando que se ideologice o se busquen con ella créditos políticos a corto plazo. “[...] *la salud no tiene color político, ni es de unos u otros; la salud es un derecho fundamental* [...]” manifestó el líder de una veeduría en salud; por su parte una líder gremial de las clínicas señaló “[...] *reiteramos nuestra voluntad de dar continuidad a los diálogos participativos que propendan por un mejor sistema de salud* [...]”; la representante de una EPS comentó “[...] *existe el temor de que el debate se haga con mensaje de urgencia, sin la reflexión suficiente o que se ideologice y no se haga con criterios técnicos o desconociendo lo aprendido en estos 30 años* [...]”

UN RÉGIMEN DE TRANSICIÓN ADECUADO:

Cada sector desde su propia realidad planteó la necesidad de incluir en la reforma a la salud un régimen de transición adecuado: un paciente argumentó “[...] *una transición que garantice la continuidad de los tratamientos y el adecuado manejo de los datos personales de los pacientes* [...]”; por su parte, en el Diálogo con las clínicas y hospitales se escuchó “[...] *la transición debe incluir un Fondo de Garantías y una Ley especial de insolvencia. Estamos cansados de que con las liquidaciones nos queden debiendo billones y no pase nada. No puede haber una Ley de punto final y se debe definir quién pagará la deuda actual* [...]”; una representante de la academia expresó “[...] *se debe desarrollar una transición integral: administrativa, financiera, de talento humano, cómo se deben organizar las R.I.I.S, cómo se financia lo no PBS, entre otros aspectos* [...]”.



CONCLUSIONES DEL PRIMER DIÁLOGO.

Usuarios, pacientes, cuidadores y sus asociaciones, observatorios y sociedad civil.

PREOCUPACIONES: El principal temor que escuchamos en este primer diálogo fue el siguiente: Como ha ocurrido con la liquidación de las EPS, que la reforma genere que sus tratamientos se vean interrumpidos; así como si los fallos de tutela quedarán vigentes y si serán vinculantes a los nuevos representantes de los aseguradores y prestadores.

“[...] no hay una Ley de VIH y las EPS no nos garantizan los tratamientos [...]” señaló un paciente conviviendo con VIH/SIDA; *“[...] cuando liquidaron Coomeva la EPS que me recibió dijo que la tutela era contra Coomeva y me tocó presentar otra [...]”*, en el mismo sentido, [...] *“la reforma debe tener en cuenta a las enfermedades huérfanas, pero además de los pacientes, también a los cuidadores”* [...], un veedor afirmó *“[...] que nos garanticen los medicamentos y no nos digan que tenemos que empezar de cero”*[...]; [...] *“los pacientes estamos para ser atendidos, no para hacer filas y trámites”*[...] dijo la presidenta de una organización de usuarios.

Asimismo, escuchamos dudas sobre si están garantizados los recursos para financiar el Sistema de Atención Primaria y múltiples quejas por la escasez de medicamentos, en especial de ciertas moléculas para los tratamientos de enfermedades de alto costo.

PREGUNTAS: ¿Qué va a pasar con las compensaciones económicas, como incapacidades y licencias, el transporte y los viáticos de los pacientes?; ¿Se tendrá en cuenta el enfoque étnico en la reforma?; ¿Se reformará solo el sistema general o los subsistemas y regímenes especiales como el magisterio, fuerza pública y privados de la libertad?; ¿Cómo se garantizará la logística para entregar medicamentos, en especial en zonas apartadas?

PROPUESTAS: Eliminar las autorizaciones para los tratamientos y procedimientos; crear un grupo de gestores que divulguen la nueva Ley y especialmente el régimen de transición; que se fortalezca la Superintendencia de Salud y a las autoridades locales, para que puedan actuar ante las EPS; fortalecer el INVIMA y la medicina ancestral de comunidades y pueblos indígenas y afrodescendientes.



CONCLUSIONES DEL SEGUNDO DIÁLOGO.

Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) de régimen contributivo y subsidiado y sus gremios:

Las EPS y sus gremios resaltaron que el Sistema de Salud de Colombia se ha convertido en un referente internacional por sus resultados sociales, en salud y la construcción de equidad, como bien público que ha contribuido de manera sistemática a consolidar el bienestar para toda la sociedad.

“Esperamos una reforma basada en un diagnóstico claro, que cierre brechas entre las ciudades y las zonas rurales, que promueva la formación en las áreas de la salud, que incentive la presencia de trabajadores de la salud y especialistas en la Colombia profunda, que fortalezca la atención primaria en salud, que vele por la sostenibilidad financiera del sistema de salud y que utilice las capacidades desarrolladas.” Fueron las palabras de la representante gremial de las EPS.

PREOCUPACIONES: La gestión y la logística de la atención conlleva muchos pasos, el modelo propuesto supone un incremento del gasto en salud y no se conoce la fuente para financiarlo. Además de la limitación de recursos, la pertinencia en el gasto y la forma de auditarlo fueron objeto de reflexión. Inquieta la creación de un monopolio público o peor aún que se regrese a experiencias fracasadas como las del seguro social, CAPRECOM o el pago de los tratamientos no incluidos en los planes de beneficio o de población pobre no asegurada por parte de las entidades territoriales.

“[...] 1'500.000 atenciones en salud se presentan al día, para eso se debe pedir una cita, coordinar la cita, agendarla, informarla, garantizar que se atienda, auditarla, incorporarla en el sistema de información del paciente, hacerle seguimiento al tratamiento, facturar y pagar, etc... Además una cosa es la ordenación del pago y otra la ordenación del gasto y el contrato de los servicios, Colombia tiene antecedentes de corrupción y se deben cuidar los recursos de la salud [...]” se escuchó de una de las participantes. *“[...] hoy el ADRES maneja 50.000 facturas, lo que representa un 0,001% de lo que facturó el sistema de salud en el 2021 [...]”* dijo un líder gremial. *“Existe la falacia de que las EPS solo somos intermediarias y no aseguradoras, por lo que se pretende generar un nuevo diseño institucional que ni siquiera ha sido calculado desde el punto de vista fiscal*

ni su tiempo de implementación” fue la queja de uno de los gremios presentes.

PREGUNTAS: ¿Quién administrará los riesgos de salud y financiero?, ¿Cómo se coordinará la red prestadora, en atención a la falta de accesibilidad de los servicios de salud, en especial en los territorios dispersos y alejados?, ¿Quién asume la insuficiencia de recursos para prestaciones económicas?, ¿Cómo y quién evalúa la calidad del prestador?

PROPUESTAS: Ajustar el modelo de formación y competencia de los profesionales de salud, especialmente de medicina para orientarse a la atención primaria; es indispensable resolver la insuficiencia y disponibilidad del talento humano, para reducir el déficit en actual; se debe fortalecer el aseguramiento, fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario, hacer mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad; fortalecer la coordinación con los determinantes de la salud, mantener la participación del sector privado y en general tomar decisiones inteligentes para la sostenibilidad del sistema.



CONCLUSIONES DEL TERCER DIÁLOGO.

Clínicas, hospitales (IPS), empresas sociales del estado (ese) y sus gremios:

PREOCUPACIONES: Las principales preocupaciones de los prestadores están relacionadas con un manual tarifario idóneo y actualizado que cubra las necesidades de salud, los cambios epidemiológicos de la población colombiana, los avances tecnológicos, y que garantice la prestación en las diferentes regiones del país.

Además, dada la concentración de algunas especialidades y tecnologías en ciertas regiones, se debe fortalecer el sistema de referencia y contra referencia, así como un modelo de distribución neutral de los mercados por baja demanda, “[...] la reforma no debe aumentar el gasto de bolsillo ni afectar la libre elección por parte del paciente” [...]. La afiliación de usuarios, la representación, la conformación de red, el recaudo de aportes a seguridad social, gestión del riesgo en salud, radicación y auditoría de cuentas, autorización, direccionamiento, orientación de usuarios a los servicios, ordenamiento del pago, así como la importancia de garantizar el flujo de recursos. En materia de participación ciudadana preocupa quién dará claridad a los usuarios y cómo será el trámite de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) y de tutelas relacionadas con la salud.

La representante de uno de los gremios presentes preguntó “[...] ¿Quién dará la claridad en las inclusiones,

limitaciones, autorizaciones y procesos de regulación frente a los acuerdos tarifarios?”; también se escuchó en este diálogo que “La reforma que se proponga debe ser un ejercicio de justicia, es decir, necesitamos una reforma que sea justa, adecuada, progresiva y eso parte de la base fundamental de tener un buen diagnóstico”. Uno de los participantes, coincidió con los pacientes al resaltar la necesidad de eliminar la cantidad de barreras que hay en la actualidad y una representante legal de una clínica dijo “[...] el sistema de salud requiere ajustes, pero no por ello se pueden desconocer los avances tan importantes en beneficios en salud para los colombianos [...]”.

PROPUESTAS: La transición debe incluir el nivel de deuda para definir lo que pasará con la cartera actual; el ADRES debe continuar siendo un sistema maestro de información; la competencia desleal debe desaparecer, así como la integración vertical y la competencia borrosa. Debe haber un cambio en la relación de poder basada en el big-data y la inteligencia artificial, debe garantizarse la conectividad, esto tiene que ver con la transparencia, y con la historia clínica única y digital y la interoperabilidad del sistema. Las redes integrales deben garantizar que la población sea incluida dentro del sitio de residencia y que la atención tenga la continuidad y complementariedad. Se debe generar en la reforma claridad sobre los acuerdos contractuales y la forma y tiempos para contratar y pagar los servicios, así como las obligaciones y responsabilidades que surgirán de esos contratos. Los contratos con las EPS deben ser de tracto sucesivo, las normas lo señalan, pero en la realidad no lo son y se suspenden, lo que afecta la prestación del servicio y al paciente.



CONCLUSIONES DEL CUARTO DIÁLOGO.

Industria farmacéutica y sus gremios:

PREOCUPACIONES: El régimen de transición, la inversión nacional y extranjera, la forma como funcionará el sistema único de aseguramiento, la cadena de auditorías frente al flujo de recursos de la salud y la distribución y la cadena logística de los medicamentos. También se plantearon los riesgos de una reforma que en su trámite y debate polarice a la Nación y que pueda llegar a repetir experiencias anteriores fracasadas, o que se estimule la corrupción en el sistema de salud.

Se escuchó del vicepresidente de una farmacéutica “[...] cuando un trámite ante la autoridad para un registro o una importación se demora 6 años y al mismo tiempo se evidencia el desabastecimiento de moléculas necesarias para la salud y la vida de los pacientes, es obvio que se requieren cambios”, también escuchamos en este diálogo “hoy existen normas que son vanguardia a nivel latinoamericano, como la regulación de precios, los biosimilares y las excepciones a derechos de autor, pero no hay una aplicación adecuada, la reforma debe también generar un cambio en la mentalidad y procedimientos de las autoridades”.

NECESIDADES Y OPORTUNIDADES CON LA REFORMA:

Se debe promover el trabajo intersectorial (Industria, comercio, tecnología e investigación), la investigación clínica con tecnología de vanguardia y el estímulo a los

jóvenes investigadores, así como una Ley de estímulos a estudios clínicos. Se podría innovar contratando con pago por resultado en salud, precios basados en valor, compras inteligentes entre otros; además se deben fortalecer tanto el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), como el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), en su talento humano, en sus tiempos de trámite sin flexibilizar exigencia y en la alineación con políticas de buenas prácticas, asimismo fortalecer la industria nacional y favorecer los productos caracterizados para el acceso fácil, como los biosimilares.

PROPUESTAS: La reforma debe apuntarle a “proteger a los que aún no lo están; potenciar los logros y encontrar el equilibrio dinámico y justo entre el derecho fundamental y los recursos disponibles para hacerlo realidad, con reglas claras que seguramente requieren de un diálogo nacional amplio y no sectario”; fue la propuesta de uno de los asistentes. Una reforma debe regular de manera clara a los actores del sistema, incluyendo sus roles, responsabilidades y resultados esperados. Se debe crear un fondo para la adquisición de tecnologías innovadoras de alto costo; definir un punto final para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que genere claridad sobre la deuda real y el porcentaje que se puede pagar, así como el plazo definitivo de esos pagos; finalmente se propuso la eliminación de los Presupuestos Máximos y la regulación de los precios de los Alimentos de Propósito Médico Especial (APME).



CONCLUSIONES DEL QUINTO DIÁLOGO.

Academia, asociaciones científicas, dirigencia sindical y sus gremios y talento humano de la salud:

PREOCUPACIONES: La principal preocupación de los gremios de la dirigencia sindical, de la academia y el talento humano de salud, se relaciona con la autonomía médica y cómo garantizarla en el marco de la auto regulación, pero también manifestaron que la reforma debe propender porque la portabilidad sea efectiva para los pacientes. La dirigencia sindical y gremial señaló que la reforma debe dignificar al talento humano de la salud, definiendo la línea estratégica en materia de contratación y cuáles serán las garantías mínimas de trabajo. Resaltan que en el sector público es donde mayores dificultades existen por abusos, informalidad y precarización laboral y si el sistema será administrado por el sector público, podría generalizarse este tipo de prácticas.

PREGUNTAS: Algunas de las preguntas escuchadas en este quinto diálogo: ¿De dónde saldrán los recursos y el aseguramiento de este, para que la salud no se quebrante?; ¿Se desconcentrará el ADRES y los consejos territoriales de salud?, de ser así, ¿tendrá gerentes regionales?; ¿Qué pasará con los profesionales de la salud que no son médicos, tales

como terapeutas, fonoaudiólogos, bacteriólogas, enfermeros, psicólogas?; ¿Cómo garantizar la autonomía médica, sin dejar atrás los procesos de auditoría? y ¿Cómo reducir la precarización laboral del talento humano, sin afectar la sostenibilidad fiscal del sistema?

PROPUESTAS: Definir pisos salariales del talento humano en salud y la caracterización adecuada de algunas profesiones que se tienen como técnicos o tecnólogos a pesar de ser profesionales. El sistema de salud debe ser completo, debe incluir los riesgos laborales, accidentes de tránsito y demás incidentes que no se encuentren dentro del sistema actual, es decir, toda la salud conformando un verdadero sistema, pero único, fue una de las propuestas escuchadas. Por último, que el talento humano se pague con una fuente de financiación que sea de destinación específica para evitar que los recursos se desvíen a otros propósitos, lo que retrasa los pagos de salarios. Las universidades deben abrir más cupos para carreras de la salud y especialmente para especialistas y algunos de esos cupos deben ser para ciertos territorios del país. “Se debe tener en cuenta y citar para esta reforma al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS) y se debe revisar el CNSSS y su conformación, así como los Consejos Territoriales [...]” señaló un dirigente gremial del talento humano en salud.



CONCLUSIONES DEL SEXTO DIÁLOGO.

Autoridades territoriales (gubernaciones, alcaldías, personerías, secretarías de salud departamentales y municipales):

Para nuestro último diálogo invitamos a los alcaldes(as), gobernadores(as), personeros(as) y secretarios(as) de salud, quienes plantearon, entre otras cosas que: “[...] una reforma debe tener recursos claros en inversión sobre todo en las regiones, en las zonas rurales se debe dar primacía en atención y saber las fuentes para financiar esa atención, además las funciones que se nos trasladen deben contar con las capacidades y recursos para poder asumirlas” señaló un alcalde.

PREOCCUPACIONES: Las principales preocupaciones que escuchamos se relacionan con la forma de financiar la salud de la población migrante no asegurada, la forma en que en adelante van a responder las EPS a las autoridades territoriales y cómo se hará su inspección y vigilancia. Les preocupa a las autoridades territoriales el déficit de médicos y talento humano en salud, principalmente de especialistas y que los médicos generales puedan ser resolutivos en los tratamientos. Otro alcalde señaló: “Existe una preocupación de la administración, en especial de los municipios de sexta categoría, debido a que en las municipalidades no se tiene personal ni la capacidad estructural para asumir estos roles que hoy cumplen las EPS”; también se resaltó por parte de otros participantes la necesidad de darle un enfoque étnico al sistema de salud. Una personera destacó que la carga laboral de esas entidades es muy alta por cuenta de las violaciones al derecho a la salud y que se requiere claridad de cómo se protegerá al usuario cuando las [EPS] no existan. Por último, muchos participantes escuchamos la preocupación sobre la deficiente infraestructura hospitalaria y la deuda histórica que al respecto existe con los municipios más pequeños y apartados. Hoy no hay una caracterización de la población asegurada y con relación a los pacientes con diagnósticos psiquiátricos que requieren medicamentos de control, no hay farmacias con autorización de medicamentos controlados, por lo que deben acudir a otros lugares con los altos costos del desplazamiento y transporte.

La secretaria de Salud de un departamento aseguró “[...] desde nuestro departamento, en la mayoría de municipios se tienen salas de parto y no hay partos, porque el talento humano no se atreve a asistir a un parto en esas zonas, entonces todos los partos los envían a las capitales, ¿dónde está el talento humano para arrancar los 3.900 equipos de atención primaria, cuando los médicos no quieren ir a zonas dispersas y alejadas?[...]”; por su parte una de las

participante afirmó que “el derecho a la salud cubija todo, el proyecto de Ley no deja claro en lo relacionado con la medicina prepagada y planes complementarios[...]”, otro participante comentó, “[...] las personerías municipales en la reforma deben tener un artículo que les cree un apoyo para proteger la salud, que es lo que más llega a estas dependencias”, finalmente un personero de un municipio alejado dijo que, “la reforma no puede limitarse a cambiar o incluir normas jurídicas, estas deben articularse con políticas públicas para garantizar el derecho fundamental a la salud [...]”

PREGUNTAS: ¿Cómo será el empalme cuando se acaben las EPS, quién asumirá la carga de la EPS?; ¿Cómo será el manejo de traslados aéreos o fluviales de pacientes?; ¿Cómo garantizar que el talento humano especializado llegue a territorios alejados?; ¿Qué pasará en la reforma con la salud de los profesores, militares, personas privadas de la libertad [PPL]?; ¿El SOAT estará como un sistema paralelo?; ¿qué ocurrirá con los recursos que se destinan a los municipios de sexta categoría para la salud?; ¿Las entidades territoriales ejercerán función de inspección y vigilancia?.

PROPUESTAS: Se propuso en el diálogo que exista una Unidad de Pago por Capitación [UPC] diferencial para los territorios alejados y dispersos, pero que no se quede en el papel. El proyecto debe incluir un sistema de información único que facilite la gestión del riesgo y de los servicios, pero también una función de inspección y vigilancia para alcaldes y gobernadores y no solo para la Supersalud.

Debe haber un sistema único de salud, las Administradoras de Riesgos laborales [ARL] y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito [SOAT], debería sumarse al sistema de salud; además no deberían existir subsistemas ni regímenes especiales, ello llevaría a la justicia, integralidad, unificación de sistemas y a una UPC suficiente. Se debe generar un enfoque en salud mental porque se está volviendo una pandemia y no se tiene prioridad en este diagnóstico; toda reforma debe estar enfocada a garantizar el derecho fundamental a la salud y no a la prestación del servicio únicamente. La Defensoría debe verificar que el proyecto de reforma no sea regresivo. El centro de discusión no debe centrarse en la administración de recursos, sino en el derecho fundamental a la salud.



CONCLUSIONES DEL SÉPTIMO DIÁLOGO.

Exministros y ex viceministros de Salud:

GENERALIDADES: La Defensoría del Pueblo como entidad de derechos humanos, y para promover y proteger el derecho fundamental a la salud, así como la democracia participativa, generó un espacio de diálogo con la participación de los exministros y ex viceministros de Salud, quienes a través de un derecho de petición habían manifestado algunas inquietudes sobre del texto del Proyecto de Ley 339 de 13 de febrero de 2023, *“por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”*.

Fue nuestro primer diálogo ciudadano desarrollado después de haberse conocido el texto del proyecto de Ley y de él surgieron algunas reflexiones que la Defensoría recoge como insumo, sin que estas constituyan la línea defensorial, editorial o el marco teórico de la entidad.

En este importante espacio intervinieron dos ex ministros de Salud, tres vice ministros de Salud y un ex magistrado auxiliar de la Corte Constitucional, quien actualmente se encuentra asesorando a este grupo de profesionales.

PREOCUPACIONES RECOGIDAS SOBRE EL PROYECTO

DE LEY: El proyecto de Ley presentado ante el legislativo desconcentra la operación del sistema, lo que genera un alto riesgo de politiquería y corrupción, y también impacta en la red pública en Colombia, que estará conformada por las entidades territoriales y que prioriza lo público, tanto en la prestación como en la administración y aseguramiento.

El sistema de aseguramiento se desmonta con el nuevo sistema, por el fraccionamiento de la Unidad de Pago por Capitación, en dos cuentas: una que se gira por evento a la red primaria y otra que se gira por evento a las entidades territoriales por concepto de género y equidad regional. El aseguramiento debe ser defendido al ser un elemento central del sistema y porque ha garantizado el riesgo financiero de los colombianos.

La eliminación de EPS y debilitamiento de la red privada (IPS). Las personas perderán el derecho a la salud. Pero, además la red de servicios se fragmenta, así como la gestión financiera y de la administración. “Nos preocupa la sostenibilidad del sistema”

La reforma incrementará el gasto de bolsillo, se perdería la información y la experiencia

- Hemos ganado acceso, cobertura y experiencia.
- No se habla de resultados en salud.
- La concentración de ese flujo de recursos.
- No existe claridad en el articulado de cómo va a operar el

nuevo sistema.

- Podría haber un beneficio en zonas dispersas de difícil acceso que representa solo al 5% de la población, pero puede haber perjuicios para la gran mayoría de la población colombiana que se encuentra en zonas urbanas y rurales, la cual representa el 95%.
- El sistema queda en manos de departamentos, distritos y municipios, sin capacidad física, así como tampoco infraestructura tecnológica.
- Habrá una desmejora por la puerta de ingreso que es la atención primaria en salud, así mismo en los servicios de urgencias.
- La reforma no controla de la demanda inducida.
- Las EPS se escinden en firmas auditoras y prestadores de servicios de salud.
- La gestión del riesgo queda totalmente huérfana.
- Se creará un riesgo fiscal enorme.
- Se sobreestima la capacidad de las entidades territoriales, para llevar a cabo los procesos complejos que tienen actualmente las EPS.
- Se sobrestima la capacidad de articulación de un nuevo sistema donde los incentivos a la eficiencia y calidad se pierdan.
- Se sobrestima la capacidad del MSPAS para asistir a los entes territoriales.
- La quiebra de los sistemas se dará en dos o tres años.
- Las tutelas contra las entidades territoriales se quintuplicarán.
- La carga financiera se irá acumulando a las EPS, a las entidades territoriales, la ADRES y al Gobierno.
- Los tiempos de espera se dilatarán.
- La salud y el sistema debe ser un contrato social para garantizar el derecho fundamental.



ELEMENTOS POSITIVOS PUESTOS EN CONSIDERACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE REFORMA:

- Unificación laboral.
- Fortalecimiento APS (Atención Primaria en Salud).
- Pensar en determinantes en salud.
- Accidentes de tránsito.
- Abordaje de temas de salud pública desde la intersectorialidad.
- Pero lo positivo no compensa la desaparición del modelo de aseguramiento.
- Fortalecimiento de la red pública.

ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DEL PROYECTO: Para este análisis se preguntó a uno de los asistentes: *¿Cuáles son los límites constitucionales básicos que debería contener estructuralmente un sistema que depende del goce efectivo de un derecho fundamental?*

Y para brindar respuesta planteó cinco asuntos o elementos básicos a saber:

1. Política pública.
2. Las decisiones que se tomen deben ser razonables.
3. Sostenibilidad de recurso humano y financiera.
4. La transición, que supondría un riesgo temporal a la efectividad de los derechos.
5. Participación, la cual debe ser estructural.

PREGUNTAS: ¿Quién asumirá y cómo harán la logística de garantizar la prestación de los servicios con los recursos disponibles?

¿Quién articulará las redes de servicios de salud, el servicio de transporte de pacientes, las prestaciones económicas?

¿Cómo se hace el proceso operativo de la gestión del riesgo en salud y la gestión del riesgo financiero?

¿Cuál será la transición? No hay claridad sobre el régimen de transición, la cual debe ser explícita y clara.



Glosario.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

SINS: Superintendencia Nacional de Salud.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

ARL: Administradoras de Riesgos Laborales.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

APME: Alimentos de Propósito Médico Especial.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

EPS: Entidades Promotoras de Salud.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ESE: Empresas Sociales del Estado.

ET: Entes Territoriales.

APS: Atención Primaria en Salud.

CAPS: Centros de Atención Primaria en Salud.

EMIT: Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales.

PBS: Plan de Beneficios de Salud.

NO PBS: No incluido en el Plan de Beneficios de Salud.

PQR: Peticiones, Quejas y Reclamos.

RISS: Redes Integrales de Servicios de Salud.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

CAPRECOM: Caja de Previsión Social de Comunicaciones.

ISS: Instituto de Seguro Social.

BIG-DATA: Datos Masivos: Análisis, procesamiento y almacenamiento de grandes y variadas cantidades de datos, que permiten tomar mejores decisiones.



**Defensoría
del Pueblo**
C O L O M B I A

#NosUnenTusDerechos

RELATORÍA

**Diálogos
Ciudadanos**
sobre la Reforma a la Salud