

RELATORÍA

Diálogos Ciudadanos

sobre la Reforma a la Salud



Defensoría
del Pueblo
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos



ISSN o ISBN:

© 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 AL SISTEMA DE SALUD, 2023

Páginas:85

Edición: Primera Edición

Bogotá, D. C., 2023

Calle 55 N.° 10-32 - Sede nacional

Apartado aéreo: 24299 - Bogotá, D. C.

Código postal: 110231

PBX: (601) 314 7300 - (601) 314 4000

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

CARLOS CAMARGO ASSIS

Defensor del Pueblo

LUIS ANDRÉS FAJARDO ESTEBAN

Vicedefensor del Pueblo

ÓSCAR JULIÁN VALENCIA LOAIZA

Secretario General

GISSELA VANESSA ARIAS GONZALEZ.

Director(a) Nacional de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos

LEONARDO HUMBERTO HUERTA GUTIERREZ

Defensor Delegado para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

Equipo Coordinador Sector Salud

MARIA PAULINA LORDUY LEMA

AMAIDA PALACIOS JAIMES

MARIO ANDRES URÁN MARTÍNEZ

MARCELA MONTEALEGRE GÓMEZ

ANA LEONOR ARROYAVE

SANDRA MILENA FRANCO MORENO

BEISA MARIA CARABALLO ZAMUDIO

XXX XXX XXX

Diseño y diagramación

XXX XXXX XXX

Diseño de portada

XXX XXXX XXX

Corrección de estilo

Fotografías

Banco de fotos de la Defensoría del Pueblo

Impresión

XXX XXXX XXX

Impreso en Colombia

Coordinación y edición general

Secretaría Técnica del Comité Editorial:

Gissela Vanessa Arias González, Director(a) Nacional de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos

Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social.

Leonardo Humberto Huerta Gutiérrez

Este documento debe citarse así: DEFENSORIA DEL PUEBLO. (2023).

Diálogos Ciudadanos sobre la Reforma al Sistema de Salud



CONTENIDO:

- Introducción
- Generalidades
- Metodología
- Justificación
- Objetivo General
- Objetivos Específicos
- Puntos comunes de todas las jornadas
- Desarrollo del Documento:
 1. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON PACIENTES, CUIDADORES, USUARIOS Y SOCIEDAD CIVIL.
 2. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) Y SUS GREMIOS.
 3. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE), CLÍNICAS, HOSPITALES Y SUS GREMIOS.
 4. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON REPRESENTANTES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y SUS GREMIOS.
 5. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON TALENTO HUMANO EN SALUD, DIRIGENCIA SINDICAL Y SUS GREMIOS, ACADEMIA Y SUS GREMIOS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS.
 6. DIÁLOGO CIUDADANO CON AUTORIDADES TERRITORIALES (ALCALDES, PERSONEROS, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y MUNICIPAL).
 7. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON EXMINISTROS Y EXVICEMINISTROS DE SALUD
- Glosario



INTRODUCCIÓN

En el marco de la prevención, cuidado y defensa de los derechos humanos inherentes y Constitucionales y de acuerdo con los principios establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991, la Defensoría de Pueblo por medio de su Representante, Doctor Carlos Ernesto Camargo Assis - Defensor del Pueblo, del Doctor Luis Andrés Fajardo- Vicedefensor del Pueblo y el Doctor Leonardo Huerta - Defensor Delegado para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social, han propiciado un espacio de diálogo importante con diferentes actores, entidades y representantes de distintos sectores de la salud, ante el proyecto de Ley de reforma al sistema de Salud anunciada por el Gobierno Nacional, que presentará el próximo 13 de febrero del presente año, ante el Congreso de la República.

El documento que se presenta es una relatoría de los diálogos ciudadanos con los actores del Sistema de Salud, sobre el proyecto de Ley por la cual se transforma el sistema de salud, dichos diálogos se llevaron a cabo en la Defensoría del Pueblo sede Nacional, entre el 3 y el 15 de febrero de 2023, en cumplimiento de la misión constitucional que le asiste a la Defensoría del Pueblo de defender y promover el goce efectivo de los derechos humanos, en especial de los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social; es necesario aclarar que no hay desarrollo de una doctrina defensorial, pero si representa una expresión del trabajo de la Defensoría en el diálogo con los ciudadanos; las propuestas de las relatorías de los diálogos, no son de la Defensoría del Pueblo, éstas corresponden a los actores del sistema de salud que participaron en los diferentes diálogos, para que en el marco de la transformación del sistema de salud que presentó el Gobierno al Congreso de la República, podamos tener un debate técnico, sólido y argumentado, enfocado hacia la protección del derecho fundamental a la salud, para considerar y evaluar las sugerencias y recomendaciones que tengan a bien sobre el anunciado Proyecto de Ley.

Estos Diálogos Ciudadanos se desarrollaron antes de conocer el texto del proyecto de Ley que reforma el sistema de salud, de manera intencional y la metodología usada consistió en abrir los micrófonos a todos los participantes para que expusieran de manera libre y espontánea, algunos con presentaciones preparadas, los potenciales temores y expectativas de una reforma al actual sistema de salud, independientemente del tipo de reforma.

Una vez conocido el texto del Proyecto de Ley 339 de febrero 13 de 2023, **"POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, la Defensoría de Pueblo seguirá propiciando éstos espacios de participación ciudadana y diálogos en territorio, bajo la garantía de imparcialidad y neutralidad, con el único propósito de consolidar nuestra democracia participativa y de procurar la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.



GENERALIDADES

Este documento es el inicial dentro de un proceso dinámico académico, así mismo, estamos preparando un test de progresividad y regresividad, con elementos conceptuales y teóricos; en la medida que vayamos llevando a cabo los diálogos ciudadanos en territorio, desarrollaremos mas documentos y la compilación de los mismos. La relatoría es un insumo importante que puede dar lugar a nuevos documentos de profundización sobre los asuntos allí tratados.

Siguiendo el direccionamiento del señor Defensor del Pueblo, nuestra posición como Defensoría del Pueblo será siempre neutral sin ningún tipo de polarización, actuando siempre en defensa y protección del derecho fundamental a la salud.

Por la importancia para el país y la población en general independiente de su condición social o estrato, la convocatoria de éstos diálogos con diferentes actores de consenso, se justificará con argumentos concretos y, en lo posible, con hechos y datos cuantitativos, las implicaciones de los diferentes aspectos que se han planteado en diferentes escenarios sobre la Reforma a la salud, teniendo implicaciones en las variables claves (acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, eficacia o satisfacción de los usuarios), sobre la viabilidad financiera de las instituciones o del sistema, o sobre cualquier otro aspecto de importancia sectorial.

La Defensoría del Pueblo, en desarrollo de sus funciones constitucionales, como organismo de control del Ministerio Público y en su rol de institución nacional de derechos humanos, con el fin de procurar la protección del derecho fundamental a la salud y para promover la democracia participativa como eje central de nuestro Estado social de Derecho, desarrolló un ciclo de siete (7) diálogos, con diferentes actores y sectores del sistema de salud:

1. Pacientes, cuidadores, usuarios y sociedad civil.
2. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y sus gremios.
3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE), y sus gremios.
4. Representantes de la industria Farmacéutica y sus gremios.
5. Talento humano en salud, Dirigencia Sindical y sus gremios, Academia y sus gremios y Sociedades Científicas.
6. Autoridades Territoriales (Gobernadores, Alcaldes, Personeros, Secretarios de Salud Departamentales y Municipales).
7. Exministros y exviceministros de salud.



METODOLOGÍA

Los siete diálogos se llevaron a cabo entre el día viernes 3 de febrero 2023 hasta el día miércoles 15 de febrero 2023 inclusive, en los cuales escuchamos las intervenciones de cada uno de los participantes, y se gestionaron entre otras, dos preguntas claves: ¿qué temores se tienen frente a la reforma? y ¿qué expectativas se tienen frente a la misma?

Posteriormente recopilamos cada una de las relatorías de los diferentes diálogos, incluyendo las presentaciones que algunos llevaron a cabo, con los aspectos claves más relevantes, y procedimos a consolidar un documento técnico sólido y conciso.

En este sentido es importante mencionar que dicho documento se socializó a la mayoría de los participantes de los diálogos, sus planteamientos, e intervenciones no fueron modificados y se dejan consignadas en el documento textualmente sus intervenciones; adicional a la publicación del documento, pretendemos socializarlo ante el Congreso de la República y el Gobierno Nacional, con la finalidad de que este proyecto de Ley de transformación del sistema de salud, redunde en beneficio de los derechos fundamentales de los colombianos y poder contar con los elementos y argumentos de análisis necesarios y suficientes, para participar en las diferentes mesas de trabajo y en las discusiones que se desarrollen durante el proceso legislativo.

JUSTIFICACIÓN

Se requiere un espacio de consenso liderado por la Defensoría del Pueblo como entidad garante de los derechos humanos, que promueva un dialogo franco y sincero sobre el proyecto de Ley por medio de la cual se transforma el sistema de salud, prevaleciendo ante cualquier consideración el derecho fundamental a la salud.

Reflexionar acerca de cómo podría impactar de manera positiva o negativa la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud y otros como los derechos laborales del talento humano, la igualdad ante la Ley, la dignidad, la vida, así como los mecanismos para su protección.

OBJETIVO GENERAL

Reunir líderes y actores del sector salud en Colombia para realizar una discusión del más alto nivel que permita identificar elementos conceptuales y estructurales que han marcado la operación, logros y dificultades del Sistema de Salud, con el fin de aportar elementos que garanticen el derecho fundamental a la salud dentro del marco del Proyecto de Ley de Reforma al Sistema de Salud.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Divulgar las relatorías de estos diálogos, que permitan el intercambio de opiniones, el análisis de los hechos, las cifras, las teorías y la concreción de propuestas a temas críticos, relacionadas con los cambios a proponer en la reforma al sistema de salud.

Conocer los conceptos, sugerencias y recomendaciones de los actores del sistema de salud y expertos sectoriales, para definir una posición colectiva sobre los cambios que requiere el actual sistema de salud en Colombia, y determinar que logros o fortalezas deben prevalecer, para efectuar un análisis objetivo basado en la información aportada con sus expectativas y retos, con el fin de plantear propuestas de soluciones y mejoramiento para los problemas estructurales y críticos del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y se tengan en cuenta los determinantes en salud que afectan el desempeño del sistema.

PUNTOS COMUNES DE TODAS LAS JORNADAS

Además de las conclusiones de cada uno de los Diálogos Ciudadanos, las cuales esbozamos en el presente documento, en primera instancia se expondrán unos **puntos comunes presentados en todas las jornadas**, coincidentes, los cuales pueden acercarnos a las principales inquietudes por parte de todos los sectores hacia una potencial reforma al sistema de salud:

- **REFORMA PARTICIPATIVA CON BASES TÉCNICAS:**

Los sectores convocados a los Diálogos Ciudadanos coincidieron 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, debe ser una reforma participativa y evitar que se ideologice o se busquen con ella réditos 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 mejor sistema de salud(...)”; la representante de una EPS señaló “(...)existe el temor 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(...).

En lo referente a la definición resumida de “Reforma Participativa”: para definir una reforma de un derecho fundamental, de acuerdo a nuestra Constitución Política (CPC), los ciudadanos podemos participar en las decisiones del Estado y las Leyes, como por ejemplo Proyección de Normas, construcción de políticas públicas, intervenir en deliberaciones o en la toma de decisiones.



- **RÉGIMEN DE TRANSICIÓN ADECUADO:**

Cada sector, desde su propia realidad, planteó la necesidad de incluir en la reforma un régimen de transición adecuado: un paciente planteó “(...) 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 que con las liquidaciones nos queden debiendo billones y no pase nada, no puede haber una ley de punto final y se debe definir quien pagará la deuda actual(...)”; una representante de la academia dijo “(...) se debe desarrollar una transición integral: administrativa, financiera, de talento humano, cómo se deben organizar las R.I.I.S, cómo se financian EBS, entre otros aspectos(...)”.



DESARROLLO DE LOS DIALOGOS

1. DIALOGOS CON LA SOCIEDAD CIVIL: PACIENTES, CUIDADORES, VEEDURÍAS Y ASOCIACIONES DE USUARIOS, OBSERVATORIOS, LIGAS O ASOCIACIONES DE PACIENTES

El primer foro se llevó a cabo el día viernes 03 de febrero de 2023, a las 08:00 AM, en el Salón itinerante de la Sede Nacional de la Defensoría del Pueblo (chapinero) Calle 55 N°10-32; se trató de un diálogo y conversatorio con los representantes de la Sociedad Civil, los representantes de los Observatorios en Salud, Asociaciones de Usuarios, Organizaciones de Pacientes y Fundaciones para que en el marco de la Reforma a la Salud expusieran sus puntos de vista desde sus temores y expectativas

El principal **temor** que se escuchó en este diálogo fue, que como ocurre con la liquidación de las EPS, sus tratamientos se vean interrumpidos, además preguntaron si los fallos de tutelas con órdenes a una EAPB mantendrán vigencia y vincularán a los nuevos administradores de sus redes prestadoras, en especial para enfermedades crónicas, graves, huérfanas y de alto costo.

También se escucharon posiciones 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 y quejas de pacientes de VIH/SIDA porque sus tratamientos están siendo interrumpidos, “(...) no hay una Ley de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no nos garantizan los tratamientos (...)” señaló un paciente conviviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).

Muchas **preguntas** surgieron del Diálogo con los usuarios, pacientes y cuidadores:

¿Qué va a pasar con las compensaciones económicas, como incapacidades y licencias, quién las asumirá y cómo se pagarán, además el transporte y los viáticos de los pacientes a otras ciudades para sus tratamientos?; ¿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 también?; ¿Cómo se garantizará la logística para entregar medicamentos, en especial en zonas apartadas?; ¿Una reforma, una ley será suficiente para garantizar el derecho, con tantas leyes, incluida una Ley Estatutaria y tantos decretos y resoluciones no ha sido posible, con esta reforma sí lo será?

Así mismo surgieron **propuestas**: Eliminar las autorizaciones para los tratamientos y procedimientos, el único que debe autorizar es el médico tratante; Crear un grupo de gestores que divulgan la nueva Ley y sobretodo el régimen de transición y además apoyen a los usuarios para la protección de sus derechos; Que se fortalezca la Superintendencia de Salud y a las Autoridades locales, como alcaldes y secretarios de salud que hoy no tienen ninguna posibilidad de obligar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a cumplir con la



garantía del derecho a la salud; fortalecer el INVIMA y permitirle la fabricación y el ingreso de medicamentos y tecnologías para los pacientes de manera rápida; fortalecer la medicina ancestral de comunidades y pueblos indígenas y afrodescendientes.

ALGUNAS CONCLUSIONES:

- El derecho fundamental a la salud es primordial y la defensoría estará atenta a los debates en pro de la comunidad y así garantizar el derecho a la salud.
- Uno de los mayores miedos es que el tratamiento médico quede en medio del camino.
- ¿A dónde se deberá acudir ante la eliminación de la figura de las EPS?
- Existe un desconocimiento del proyecto de Reforma, e indican que solo se han escuchado rumores y opiniones sobre la misma.
- Queda como incógnita ¿cuántas vidas pueden cobrarse por cerrar una EPS o IPS.?
- Genera molestia en los ciudadanos que no se escucharon a los diferentes actores del Sistema y solo se han hecho discusiones con una parte de la sociedad civil que no representa el sentir de las personas e instituciones que manejan el día a día de la real prestación de servicios.
- Concluyen que es fundamental conocer el texto de la reforma.

DESTACAMOS LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:

COLOMBIA SALUDABLE Y VOCERO PACIENTES COLOMBIA

- Autorizaciones se requiere una reforma.
- Violado el artículo 12 de la Ley Estatutaria.
- Los titulares de la reforma generan caos, engaño a los ciudadanos
- Si todo es tan bueno como propone la reforma porque no la hacen pública.

ENFERMEDADES HUERFANAS

- Se debe tener en cuenta los pacientes con enfermedades huérfanas, no pueden ser pacientes olvidados.
- Se tiene el Diagnostico de enfermedades huérfanas
- ¿Qué tenemos para dónde vamos?



- Ley de tamizaje neonatal que no arranca, se debe promover.
- Servicios de salud de forma integral
- Temor que no se tenga en cuenta lo conseguido.
- Contra quien acciono para proteger el derecho a la salud.
- Garantía del derecho a la salud, mecanismos alternativos.
- Continuidad en el tratamiento, como se va a garantizar.
- Medicamentos de permiso especial, de importación, términos, tutelas contra el INVIMA.
- Ingreso de nuevas tecnologías, que va a pasar.
- Protección de los datos de pacientes.

ASOSANITAS

- Leyes que no se ponen en práctica
- Convocar a la ciudadanía a manifestaciones sin conocer la reforma, puede generar enfrentamientos.
- La inseguridad en los pacientes que ha generado el anuncio de la reforma.
- Conocen las falencias que tienen las EPS.
- Que va a pasar con el hospital de Quibdó
- Como nos atienden desde la red pública inexistente.
- Construcción de los CAP de dónde plata?
- intervenir el problema de desabastecimiento de medicamentos, no hay moléculas, el ministerio no actúa por la falta de medicamentos.

PACIENTE RENAL

- No hay medicamentos se debe garantizar los medicamentos para pacientes de alto costo.
- Recorte de tratamientos.
- Si se unifican los regímenes que va a pasar?
- Las remisiones?
- El transporte lo quitan?



ATENCION AL USUARIO DEFENSORIA DEL PUEBLO

- Que va a pasar con las tutelas
- Nuevo clamor de justicia?
- Que pasa si se liquidan las EPS?
- Que pasa con los pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo?

ASOCIACIÓN DE PACIENTES CON LEUCEMIA, LINFOMA Y PACIENTES COLOMBIA

- La Colombia olvidada no puede afectar a la demás población que es el 70%.
- Deficiencia de médicos y talento humano en salud con enfoque preventivo.

RETORNO VITAL PACIENTES COLOMBIA

- Transición de los procesos.
- Trabajo con la Colombia olvidada.
- No hay participación de la sociedad civil.
- Tecnologías que van a entrar al país.
- Las demoras en la entrega de medicamentos algunos tardan entre 6 y 8 meses.
- Fracaso en el resultado esperado.
- Tener en cuenta el trabajo de la sociedad civil en su aparte en el modelo actual.
- ¿Si hay algo mejor? Sigue la preocupación
- ¿Darle el dinero a lo público? ¿Será mejor?
- ¿A dónde vamos a recurrir los usuarios?

FUNDACION CONVIVIR

- Como va a ser el manejo del tratamiento de los pacientes VIH y la transición con las EPS.
- No existe la ley VIH.
- Se requiere una reforma estructural en especial para las patologías de Alto Costo.
- Tener a la Colombia olvidada presente de acuerdo en ese sentido.
- Llamado a manifestación de una ley que no se conoce.
- Ideologización de una reforma que no se conoce.



- Demoras en la entrega de medicamentos.
- Que pasará con los fallos de tutelas.

ASOCIACION DE USUARIOS COMPENSAR

- Asegurar participación incluyente, capacidad de dialogo.
- Traslado de pacientes.
- Escuchar, fortalecer, contribuir y aprovechar las experiencias de las EPS.
- Fortalecer lo que no funciona como salarios, y el talento humano.
- El aseguramiento, protección de los recursos.
- Que pasara con la ruta de atención del usuario.
- Quien va a manejar lo público si hay tanta corrupción.
- No jugar con la salud.
- No destruir los avances alcanzados.
- Temor en los tratamientos, de las rutas de seguridad del paciente.

VICEPRESIDENTE COPACO DISTRITAL

- ¿La Defensoría nos va a defender? No me siento defendido por la Defensoría.
- Gastos de desplazamiento, transporte alimentación, para los pacientes y acompañantes.

ASOCIACION ENFERMEDAD AUTOINMUNE- ALTO COSTO

- Proceso de transición para pacientes de alto costo.
- Incertidumbre para migrar de lo de hoy a lo nuevo, desconocido.
- Desbaratar lo que funciona.

COPACO DE FONTIBON

- Derecho a la salud de los pobres.



COPACOS DEL DISTRITO

- Fortalecimiento de la salud pública.
- Antes tenían centros de atención cerca, ahora solo hay cuatro subredes
- El problema de los lixiviados
- El relleno de Doña Juana.
- En la Comisión Territorial no aparecen los usuarios.

ASOCIACIÓN PACIENTES CON ENFERMEDAD HUERFANA

- Que va a pasar con los usuarios y los pacientes oxígeno dependientes, no hay solución para entrega de oxígeno.

COPACOS FONTIBON

- ¿Los representantes del régimen subsidiado y si acaban las EPS que va a pasar como se garantiza la atención en salud?
- Que cada localidad vuelva a tener los especialistas, las remisiones son muy lejos y los traslados son muy largos, la ruta de la salud está afectada, muchas barreras de acceso.
- El acuerdo 641 ha tenido problemas y afectación de la ruta de la salud.
- Que intervengan el Hospital de Fontibón, mal servicio no atiende a los pacientes.

FUNDACION COLOMBIA PRURIETNICA

- Los Quilomos, la medicina ancestral que se fortalezca que se a nivel nacional y que crezca en Bogotá.
- Se creen unas escalas a nivel nacional.

ASOCIACION DE USUARIOS DE FAMISANAR

- Los problemas de las EPS son generales.
- No hay control por parte de los Entes de control, Procuraduría, Defensoría, Contraloría.
- Al escuchar al ex ministro de salud Ruiz, la reforma es un desastre total y trae pánico.
- La atención primaria un médico general no sabe atender y llevan al caos al paciente.



- Que la Defensoría hable con la ministra, que respete a los usuarios, que esta causando pánico mental en los usuarios.
- La reforma, la intermediación financiera causa daños entre EPS_IPS.
- No sea una reforma integral a nivel étnico y social.
- Arrastre debilidades a lo que tenemos hoy.

ALTO COSTO

- Cierre de convenios.
- Colombia está en el lugar del 9ª -12ª entre los países con mejor salud del mundo.
- El monopolio del Estado no sirve, mejor tener diferentes organismos.
- Que se haga control.
- El sistema del Seguro social no fue viable, no funcionó.
- Saber los criterios de calidad.
- Se espera fortalecimiento del INVIMA
- Progresividad del derecho
- No retroceder en lo ganado.

USUARIO NUEVA EPS

- No ha tenido problema de atención.
- No dejar la salud en solo sistema.
- De las 43 cajas de compensación que se haga una junta pluralista con la participación de todos.

FUNDACION DE LA ESCUELA DE DERECHOS HUMANOS- SAN CRISTOBAL.

- Revisar el tema de las EPS con las IPS unirlas en una sola.
- Los funcionarios de alto riesgo como por ejemplo usuarios de las fuerzas militares.
- Garantizar la atención de los pensionados.
- Atención de todos sin discriminación.
- Audifarma no entrega medicamentos, pañales a pacientes con discapacidad.
- Seguimiento a la red centro oriente, en el hospital la Victoria no atienden la gente.



- La denuncia de San Juan de Dios.

ACOPEL

- Que va a pasar con la compensación económica, como maternidad, incapacidad por enfermedad general.
- El manejo de los recursos.
- La Resolución 1479.
- Tecnologías, las coberturas por la UPC, coberturas por las secretarías Distritales y Municipales.
- Que va a pasar en el proceso de transición.
- Abrir paso a la participación ciudadana, para tener en cuenta las buenas propuestas, los aportes y las buenas experiencias.

AYUDANOS A RESPIRAR

- Que va a pasar con los pacientes de alto costo.
- Que va a pasar con la medicina comercial y la molécula original.
- Que va a pasar si no se respeta el criterio y la autonomía de los médicos.
- Que no se vuelva a repetir el caos cuando se cerró el Seguro Social.

PACIENTES DE ALTO COSTO

- ¿Caos de la desinformación se quedan las EPS o a dónde van?
- ¿Porqué las EPS no han funcionado?
- Bandos opuestos y no se piensa en el paciente.
- Hacer un llamado para dejar los bandos.
- Separar las corrientes políticas.
- Estudios más técnicos.
- Que la Defensoría no permita la desinformación.
- Las EPS están preocupadas por su negocio.



ESTUDIANTE CUIDADORA DE PACIENTE RENAL

- Condiciones dignas a los trabajadores de la salud.
- Dificultad con el transporte, que se mejore.
- Dificultad con la entrega de medicamentos, que se mejore.

VEEDURIA CIUDADANA

- Ley 1751 debe ponerse en practica para corregir la problemática en salud.
- Buscar el bienestar de todos los colombianos, unirse en una sola voz por la salud.
- La EPS es intermediaria, no se brinda salud, es la barrera de las autorizaciones.
- No debe existir autorización para ningún procedimiento.
- Las tutelas, los jueces no las están haciendo cumplir.

FUNDACION VASCULITIS INTERNACIONAL

- Respetar el trabajo que se ha logrado por los lideres de asociaciones de pacientes, debe ser tenido en cuenta.
- Continuidad en los tratamientos.
- Continuidad con los mismos médicos tratantes.
- Continuidad con las mismas EPS.

FUNDACION VASCULITIS INTERNACIONAL.

- Tener en cuenta las enfermedades huérfanas
- Tener en cuenta la ruta de atención integral.
- Mejorar el acceso a la salud.
- La oportunidad en la atención, suprimir el trámite en la nueva reforma.
- Que no se afecte la prestación del servicio.

USUARIO COMPENSAR

- Hacer nuevas jornadas como estas.
- Hacer acompañar con las EPS.



- Soporte para la ruta de transición
- Propuestas efectivas de Gestores para que brinden orientación en el periodo de transición.
- Campañas de orientación en los medios de comunicación para el periodo de transición
- Fortalecer y mejorar la Superintendencia de Salud.







2. DIÁLOGO CIUDADANO CON ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO Y SUS GREMIOS

El segundo diálogo fue realizado el día lunes 6 de febrero a las 8:00 am en las instalaciones de la Defensoría del Pueblo, salón itinerante, teniendo como invitados a los representantes de Empresas Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen Subsidiado como del Contributivo y sus agremiaciones.

Para la Defensoría del Pueblo es de vital importancia la participación activa como Organismo que vela por la garantía del derecho a la salud y la seguridad social para toda la población que habita el territorio colombiano, en el proceso de reforma que ha planteado el Gobierno Nacional en cabeza del Presidente de la República Dr. Gustavo Petro Urrego y la Ministra de Salud y Protección Social Dra. Diana Carolina Corcho Mejía; y al cual se han ido sumando diferentes actores del Sistema y la sociedad civil.

En nuestro segundo Diálogo Ciudadano se resaltó 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 la construcción de equidad y bienestar para la sociedad. Además, se resaltó que el actual sistema permite: 1. Las mismas coberturas para personas con o sin capacidad de pago, 2. No hay preexistencias ni periodos de carencia, 3. Incluye 90% o más de atenciones ofertadas en el mercado. 4. Alrededor del 97% de los medicamentos están cubiertos por el Sistema.

Sobre la reforma se dijo por la representación gremial “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.”

La gestión y la logística de la atención conlleva muchos pasos, al día se presentan 1'500.000 atenciones en salud, 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, pagar, auditar, 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.

De este Diálogo surgieron algunas **preocupaciones** por parte de las EPS: 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; “(...) hoy el ADRES maneja 50.000 facturas al año, lo que representa un 0,001% de lo que facturó el sistema en el 2021(...)” se escuchó de uno de los participantes; además de la preocupación de crear un monopolio público o peor aún



que se regrese a experiencias fracasadas como las del Instituto de Seguro Social (ISS), 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. “Existe la falacia de que las EPS solo son intermediarias y que no se necesitan, generando un nuevo diseño institucional que ni siquiera ha sido calculada desde el punto de vista fiscal y de tiempo de implementación” se escuchó de alguno de los gremios participantes.

Del diálogo con los aseguradores y administradores surgieron, entre otras, 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?

También surgieron **propuestas**: Ajustar del modelo de formación y competencia de los profesionales de salud, especialmente de medicina para orientarse a la atención primaria; Es indispensable resolver su insuficiencia y disponibilidad de talento humano; se debe fortalecer el aseguramiento, fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario, hacer mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad Fortalecer la coordinación de los determinantes de la salud, mantener la participación del sector privado y en general tomar decisiones inteligentes para la sostenibilidad del sistema; en materia de talento humano se debe superar el déficit de talento humano y lograr una distribución más equitativa a nivel regional, crear de grupos extramurales, garantizar organización territorial de la red, propiciando la cercanía para el afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS - han jugado un papel muy importante en el desarrollo e implementación de la ley 100 de 1993, como aseguradoras de la población tanto en el régimen contributivo como subsidiado, en la definición de mecanismos y operación de la gestión del riesgo y en la coordinación de redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, de acuerdo a su población afiliada.

Teniendo en cuenta que una parte esencial de los planteamientos de la señora Ministra de Salud y Protección Social, están enfocados a la transformación del papel de las EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social, la Defensoría del Pueblo abre este espacio ante las diversas solicitudes que se han escuchado de deseo tanto de los Gremios como de los presidentes y directivos que estuvieron presentes en el foro, de aportar a la discusión y plantear alternativas que mejoren lo existente y se pueda construir sobre lo construido, garantizando una mejor prestación de los servicios de salud a la población.

Es de anotar que los Gremios que agrupan las EPS tienen como objetivo “Promover el desarrollo de un Sistema de Calidad, liderando el fortalecimiento y sostenibilidad del aseguramiento, para alcanzar los mejores resultados en salud de la población colombiana”. Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud – EPS - son Instituciones legítimas que tienen unas funciones esenciales desde la Ley 100 de 1993.



ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL FORO

ACEMI
GESTARSALUD
ASOCAJAS
ANDI: CÁMARA DE ASEGURAMIENTO
COMPENSAR
CAPITAL SALUD
MUTUAL SER
CAPRESOCA
SÁNITAS
COOSALUD
EPS FAMILIAR COLOMBIA
COLSUBSIDIO
CAFAM
FAMISANAR
COMFENALCO VALLE
SALUD TOTAL
NUEVA EPS
SAVIA SALUD
COMFAORIENTE
COMFANDI
COMFACHOCÓ

En este diálogo se presentaron varios puntos de vista, por parte de los Gremios que agrupan las diferentes EPS como los directivos de las diferentes Entidades participantes ,en los cuales se dejaron las siguientes **conclusiones**:

- Existe una preocupación en la garantía sobre el derecho a la salud
- Consideran que es importante trabajar de manera sistemática para que se aumente la cobertura.
- No se tiene claro quien manejara la cartera y el proceso de beneficios económicos, las incapacidades y licencias de maternidad las hacen las EPS.
- La gestión de medicamentos es el mayor problema y puede vulnerar los derechos de los ciudadanos.
- También indican que deben ser explícitas las tutelas de oportunidad razonable.
- Se enfatiza que la tutela no debe ser mecanismo regular, para concluir dicha intervención.



- Es importante no eliminar la estructura que está creada, por lo contrario, mejorar lo que ya está construido y evolucionar en el proceso con un talento humano eficiente y preparado.
- El sistema de salud público no cuenta con suficientes camas, médicos y tienen el índice más bajo de enfermeras.
- El transporte para los pacientes ha sido un problema constante, en materia de traslados.
- Es importante tener una oficina de atención para los adultos mayores ya que ellos no tienen acceso a tecnología.
- El recaudo es mediante los Operadores PILA junto con la ADRES, se presenta los siguientes interrogantes ¿quién negociará con los Bancos?, ¿Quién va a hacer la labor de cobro?, ¿los pacientes tienen que volverse a registrar al sistema? Esto generaría repetir el proceso después de 30 años.
- Se elimina el derecho a la libre elección.
- Realizó una encuesta de manera conjunta con Invamer para evidenciar la percepción de los ciudadanos frente a la reforma y sobre el sistema de salud. Se presentan los principales resultados:
 - El 67% de los encuestados considera que no debe hacerse una reforma estructural al sistema de salud en Colombia.
 - El 73% de los encuestados califica los servicios de salud entre excelente y aceptable.
 - En zonas rurales, el 70 % de la población la considera como excelente, bueno o aceptable los servicios.
 - En zonas urbanas, el 73% otorga la misma calificación.
 - Con relación al acceso al sistema de salud en la ruralidad, el 79% de la población respondió que sí lo tiene. En las ciudades, el 72% coincide con ello. A su vez, el 78% de los encuestados indica que accede al servicio de salud en el municipio donde habitan.
 - Indican que la reforma modifica, pero no resuelve el problema, siendo así realmente lo complica.
 - Resaltan el importante papel que desempeñan las Cajas de Compensación como aliados de los trabajadores formales vulnerables y del desarrollo de la política social del país.
 - Reiteran su disposición y compromiso para revisar de manera conjunta los cambios sociales que plantea el actual Gobierno, con el propósito de identificar objetivos comunes, y armonizar la gestión con las políticas sociales que se plantean. En materia de salud, las Cajas de Compensación Familiar afilian cerca de 19 millones de personas del Régimen

Contributivo y Subsidiado que representan el 38% de los afiliados del Sistema. Si bien existen oportunidades para las Cajas en el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud en zonas rurales y dispersas en los cuales tenemos presencia, el gremio exaltó la necesidad de cuidar y mantener los aspectos que funcionan bien del actual Sistema. Consideran que el sistema de Salud debe evolucionar para ajustes estructurales. Pero también consideran que debe preservarse aquello que funcione bien.

- Entre otros interrogantes frente la ADRES quedan: ¿ADRES solo tendrá el acceso a los recursos? ¿Cuál será su finalidad y cómo lo van a implementar?
- Indican que el sistema salud debe tener la atención diferencial, marcando la diferencia, y se debe dar prioridad en temas territoriales.
- La reforma solo se ha centrado en el riesgo financiero, cuando existen otras debilidades.
- Recursos a las redes e indican que la Ley de punto final (está en puntos suspensivos).
- La transición es preocupante ya que no se sabe qué pasará con las deudas y los recursos.

ASPECTOS GENERALES Y PREMISAS:

- Los sistemas de salud son dinámicos, requieren evolucionar de la mano de la evidencia científica, técnica y de las expectativas y posibilidades de las sociedades.
- El Sistema de salud en Colombia ha logrado en 30 años, ser un gran generador de equidad siendo evidente:
 - Los efectos positivos en superación de pobreza y pobreza extrema
 - La inversión altamente progresiva teniendo en cuenta que los grupos más vulnerables reciben mayores beneficios proporcional a sus ingresos, y
 - El adecuado mecanismo de redistribución del ingreso y protección financiera de los hogares.
- El Sistema de Salud de Colombia se ha convertido en un referente internacional por sus resultados sociales, en salud y la construcción de equidad.
- El sistema de salud es un bien público que ha contribuido de manera sistemática a la construcción de equidad y bienestar para la sociedad.
- En la actualidad la cobertura poblacional del Sistema de Salud es del 98.78% constituyéndose en la mayor de cualquier servicio público – comparado con la energía

eléctrica, el acueducto, el alcantarillado, y el gas natural conectado a red pública, entre otros.

- Con respecto a la cobertura en servicios y tecnologías el Plan Básico en Salud incluye el 97% de las tecnologías disponibles en el país y en materia de protección financiera Colombia con un 16% representa uno de los menores gastos de bolsillo de los países de la región (Venezuela 86% y México 46%)
- El Sistema de Salud tiene una alta capacidad redistributiva, es decir la base de la pirámide recibe el mayor beneficio como proporción de su ingreso.
- En el 2021 el Sistema de Salud contribuyó a sacar cerca de un millón de personas de la pobreza extrema, 3.9 millones de pobreza y reduce las desigualdades en la distribución del ingreso.

	Reducción GINI	Reducción Pobreza	Reducción Pobreza Extrema
Contributivo	0,003	2,1%	0,2%
Subsidiado	0,019	5,7%	1,8%
Total	0,022	7,8%	2,0%

Fuente: Núñez J. Con base en Encuestas de calidad de vida de 2021

- El Sistema de Salud es el que más contribuye a la generación de equidad mediante la reducción de la pobreza multidimensional: La Salud contribuyó solamente con el 9.6% a la incidencia de pobreza, siendo la de menor contribución entre las 5 dimensiones analizadas.

Contribución a la incidencia ajustada por dominios, 2021

Dimensión	Nacional	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Educación	33,6	31,7	35,9
Niñez y juventud	15,0	15,9	13,9
Trabajo	28,9	30,2	27,4
Salud	9,6	12,4	6,3
Vivienda	12,9	9,9	16,5

Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2020-2021, con base en proyecciones del CNPV 2018

- Solo el 2.2 % del índice de pobreza multidimensional 2021 se relaciona con las barreras de acceso a servicios de salud y en 1997 las barreras de acceso a los servicios de



salud pesaban en 12% sobre el índice de pobreza, esta reducción muestra la contribución del aseguramiento a la reducción de la pobreza.

Variables de las dimensiones del Índice de pobreza multidimensional	2021 (%)
Trabajo informal	73,5
Bajo logro educativo	40,8
Rezago escolar	24,9
Desempleo de larga duración	14,1
Sin acceso a fuente de agua mejorada	10,9
Inadecuada eliminación de excretas	10,4
Sin aseguramiento en salud	10,1
Analfabetismo	8,4
Barreras a servicios para cuidado	8
Hacinamiento crítico	7,9
Material inadecuado de pisos	5,9
Inasistencia escolar	5,5
Material inadecuado de paredes	2,4
Barreras de acceso a servicios de salud	2,2
Trabajo infantil	1,3

Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2020-2021, con base en proyecciones del CNPV 2018

Es importante mencionar que el actual Sistema cuenta con Planes de Beneficios únicos, lo cual permite:

- Las mismas coberturas para personas con o sin capacidad de pago
- No hay preexistencias ni periodos de carencia
- Incluye 90% o más de atenciones ofertadas en el mercado
- Alrededor del 97% de los medicamentos están cubiertos por el Sistema

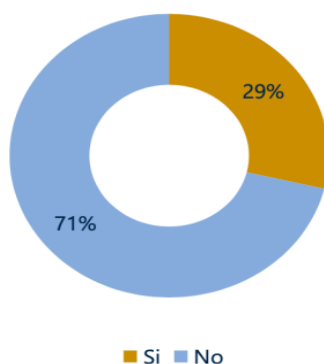
SE SEÑALÓ LA IMPORTANCIA DE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

1. Las reformas tienen efectos a partir de sus anuncios
2. Los diagnósticos simplistas conducen a planteamientos errados que no solucionan los temas de fondo
3. La reforma que se está planteando por parte del Gobierno Nacional no debe ser en contra de ningún actor, debe ser una reforma en pro de los 51 millones de usuarios del Sistema de Salud
4. Se debe partir de oír a los usuarios lo que ellos requieren

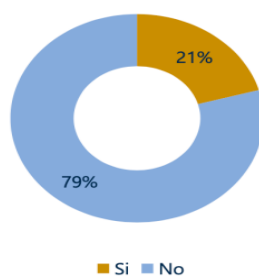
En este sentido y retomando la importancia de escuchar a la población y revisar el impacto que tienen los pronunciamientos relacionados con los cambios estructurales del sistema, tenemos lo siguiente:

- La Empresa Cifras y Conceptos – desarrolló la encuesta polimétrica en noviembre de 2022 arrojando los siguientes datos:

¿Estaría de acuerdo con eliminar las EPS?



Ante el anuncio del gobierno nacional de querer eliminar las EPS en una eventual reforma al sistema de salud, ¿usted ha aumentado el uso o solicitud de citas, exámenes y/o procedimientos?



- Las finanzas del sector se vienen deteriorando, en especial el no reconocimiento de presupuestos máximos está afectando el flujo de recursos y el cumplimiento de condiciones de habilitación afectando el derecho a la salud.
- El uso de los servicios ha crecido, entre otras por la incertidumbre frente a la reforma.
- Los recursos para el aseguramiento son insuficientes y se requiere priorizarlos en la adición presupuestal.
- Frente a la insuficiencia de recursos NO PBS es de anotar que existe una deuda de 2.6 Billones correspondientes a 1.4 billones de 2021 y 1.2 billones de ajuste de 2022.



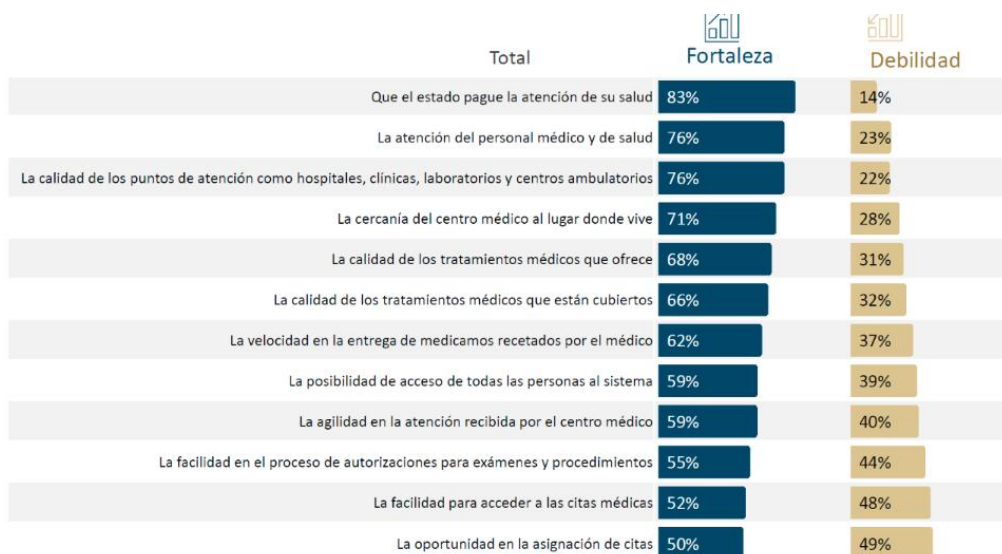
“Se señala igualmente, en la actualidad, el no giro de los recursos a las EPS por concepto de presupuestos máximos y la ausencia de ajuste de UPC, está afectando no solo a estas Entidades sino el flujo de recursos en el sector, sin que se tenga un interlocutor en el Ministerio de Salud y Protección Social que permita trabajar en los temas del día a día para abordar y superar la problemática que afecta a todo el sector”.

Las grandes utilidades del sector salud NO están en las EPS, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- El cierre proyectado para 2022 del sector asegurador es a pérdida.
- El reconocimiento parcial de presupuestos máximos de 2021 genera un desbalance financiero que pone en riesgo el cumplimiento de indicadores financieros a Enero del año 2023.
- En junio de 2022 el grueso de las EPS sobre todo del régimen contributivo estaba cumpliendo requisitos de habilitación financiera, lo que contrasta con la situación actual de acelerado deterioro durante el semestre.

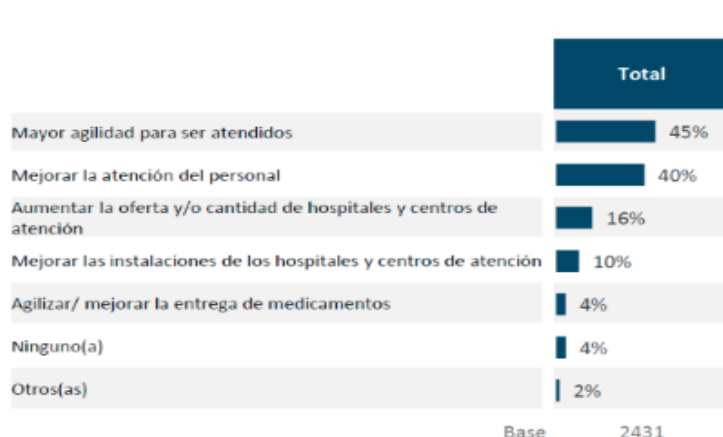
Igualmente se presentaron algunos resultados frente a la Encuesta contratada por **la ANDI con la firma INVAMER** publicada el 01 de febrero del año 2023, a través de la cual se quiere conocer “Que dicen los usuarios sobre el Sistema de Salud”. Se destacan los siguientes resultados:

- El 73% de las personas califican los servicios de salud en general por encima de 3, en una escala de 1 a 5.
- Sobre una serie de frases se le preguntó a los encuestados si era una fortaleza o debilidad del sistema actual de salud colombiano teniendo los siguientes resultados:



Fuente: Encuesta INVAMER- ANDI Febrero de 2023

- Con respecto a la gestión en el Régimen Contributivo el 86% de los encuestados calificaron en 3 o más en una escala de 1 a 5 y la gestión del Régimen Subsidiado en 85% en 3 o más en una escala de 1 a 5.
- Sobre los cambios o ajustes que las personas consideran debe tener el sistema de salud colombiano estos son los resultados:



Fuente: Encuesta INVAMER- ANDI febrero de 2023



En este sentido la reforma deberá contemplar de qué manera se puede lograr mayor agilidad para ser atendidos, mejorando la atención, lo que nos lleva a indagar un poco más sobre las causas.

LA REFORMA QUE ESTÁ PLANTEANDO EL GOBIERNO NACIONAL DEBERÍA POR LO MENOS RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Qué se tiene? - ¿Dónde estamos? - ¿Qué se quiere? - ¿Qué piden los usuarios, pacientes, actores del sistema? - ¿Qué se necesita para lograrlo? - ¿Qué institucionalidad se necesita? - ¿Qué recursos demanda? - ¿Cuánto tiempo lleva implementar los cambios planteados y cómo se debe hacer? - ¿Cómo aportan los planteamientos a la garantía y efectividad del derecho?

FUNCIONES ACTUALES DE LAS EPS

1. Administran el riesgo financiero y el riesgo en salud, debiendo ser el organizador y articulador de la red y el interlocutor y agente del afiliado, dentro de un concepto de seguro social.
2. Con recursos limitados, hacen uso eficiente de los recursos para que todos los colombianos estén cubiertos en salud, independientemente del tratamiento que se necesite. Además, gestionan el riesgo, por eso son aseguradoras.
3. Estudian qué riesgos en salud hay dependiendo de su población afiliada y contratan los servicios apropiados para el tratamiento. Eso supone coordinar a profesionales, instituciones médicas, clínicas, laboratorios y farmacias, pagar cuentas, organizar atenciones, remisiones, salas de cirugía y controlar el gasto.
4. Como no existe un hospital que tenga todos los servicios, las EPS coordinan la red para que haya disponibilidad y puedan trasladar y/o atender a cada colombiano. Por supuesto que hay demoras, pero los índices de acceso respecto de otros países son muy aceptables.
5. Se aseguran de que el prestador de salud, es decir, la IPS, esté brindando la atención y el tratamiento que el paciente necesita para su condición de salud y no otro. Las EPS defienden y representan al paciente.
6. Vigilan y auditan que los hospitales y clínicas atiendan con los estándares de calidad que exigen las guías de manejo definidas por el Ministerio de Salud.
7. Brindan atención al usuario con más de 10.000 puntos de atención.
8. Liquidan prestaciones económicas. Licencias de maternidad y paternidad - Organizan y pagan costos de recaudo de cotizaciones, manejan registro afiliación, novedades.

TEMAS ESTRUCTURALES CONOCIDOS DE LA REFORMA

- Administración centralizada de los recursos
- Fortalecer la atención primaria en salud en cabeza de las Empresas Sociales del Estado –ESE
- Redes integrales de prestación de servicios
- Sistema único de información
- Fortalecimiento competencia de la Superintendencia Nacional de Salud
- Formalización del talento humano en salud
- Sistema de participación social robusto – a pesar de que frente al manejo del contenido de la reforma se da un mal comienzo al no ser socializada a la fecha

A continuación se presentan los **riesgos y dificultades** que los Gremios participantes [ACEMI – GESTARSALUD – ASOCAJAS Y CÁMARA DE ASEGURAMIENTO DE LA ANDI] manifestaron de manera explícita:

AFECTACIÓN DE LA GARANTÍA Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN:

- No existe una cabeza articuladora de toda la red, que adicionalmente sea la interlocutora ante el afiliado y la responsable de garantizar la totalidad de la atención que se requiere.
- Con referencia a la organización de la red: Se fragmentan las actuales funciones de articulación y coordinación de la red ya que no es claro cómo se conformará y la participación del sector privado.
- Colombia cuenta con 63.083 prestadores de servicios habilitados (IPS, Profesionales independientes, servicios de transporte, etc.) 11.353 IPS de las cuales el 91% son privados.
- Existen 118 redes de prestación de servicios habilitadas en EPS que articulan a este número de prestadores, es de anotar que solo el 3% fueron habilitadas por las Entidades Territoriales, a pesar de que la ley les asignó esa competencia, tuvo que asumirla la Superintendencia Nacional de Salud evidenciando dificultades a nivel territorial.
- No es claro el rol del hospital público y como se superarán las actuales dificultades en cuanto a infraestructura, capacidades, corrupción, etc...
- Articulación de equipos extramurales con el resto del sistema: ¿Cómo será el seguimiento de los pacientes una vez se realicen las actividades de promoción y prevención



de la salud? - ¿Cómo se daría la articulación con otros servicios que preste el sistema? - ¿Cómo se garantiza que los servicios no se presten dos veces?

- No se contemplan procesos de referencia y contra referencia: Los hospitales públicos o centros de atención locales tendrían que asumir funciones 24/7 que en la actualidad lo hacen las EPS.
- No es claro el responsable de organizar y ejecutar la gestión diaria para garantizar servicios domiciliarios, entrega de oxígeno, medicamentos, hospitalización en casa, etc...
- Procesos de apoyo y aspectos administrativos de la prestación:
- Pérdida de continuidad e incremento de tiempos de espera para la atención de personas en tratamiento actual.
- Las EPS actualmente gestionan aproximadamente 2.5 millones de atenciones al día.
- No hay claridad frente a cuáles serían las modalidades de contratación y tarifas, las inversiones de recursos y tiempo para el desarrollo de un sistema de información soporte de la nueva operación, el responsable de dar atención al cliente en la solución de derechos de petición, tutelas entre otros.
- No se conoce como sería el relacionamiento con la industria farmacéutica para compras eficientes y posterior logística de medicamentos a nivel nacional ni cómo se van a eliminar las colas relacionadas con la atención teniendo en cuenta que no se están atendiendo las causas estructurales.

Frente a la tutela se plantea que es una excepción más no la norma para acceder a los servicios de salud:

- Menos de 3 de cada mil personas atendidas al año en el Sistema interponen una tutela.
- El número de tutelas en 2021 fue de 2 por cada 10.000 atenciones prestadas en el año.
- Al tener funciones fragmentadas se pregunta ¿Quién responderá ante los usuarios? ¿Ante quién se interpondrá una tutela?

PREOCUPACIONES DESDE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA:

- El modelo propuesto supone un incremento del gasto en salud que no conocemos, considerando, entre otros, la nueva institucionalidad y la falta de control sobre la pertinencia y eficiencia del gasto.
- Los recursos son finitos, por lo tanto, no se puede plantear un esquema donde se presten servicios y un prestador facture a un pagador único sin incentivos para racionalizar.
- Tomando como referente otros subsistemas de salud como el del magisterio se requerirían al menos \$40 billones adicionales para operar el Sistema sin contar con gastos administrativos.
- Garantizar la suficiencia de recursos y la pertinencia en el gasto (procesos de auditoría, más allá de la autorregulación de las IPS o profesionales y veedurías ciudadanas, auditorías concurrentes).
- La ADRES actual no tiene capacidades para auditar el volumen de atenciones que se prestan a diario en el Sistema, con lo cual es previsible el desborde del gasto y la acumulación de cuentas (represamiento flujo de recursos).
- La ADRES maneja un promedio mensual de 50.000 facturas mensuales, es decir 600.000 al año, un 0.001% de la facturación del Sistema en 2020.
- No se deben confundir las funciones de tesorería con las funciones de administración de recursos - El giro directo puede agilizar el flujo de recursos en un primer momento, pero NO SOLUCIONA EL TEMA DE SUFICIENCIA DE RECURSOS.
- Los esquemas de juntas médicas se han intentado y han probado baja efectividad.
- El pago es por evento y una inadecuada capacidad de supervisión de pertinencia del gasto médico puede llevar a problemas de sostenibilidad en el corto plazo.
- No es claro quién y con qué capacidades se adelantará la verificación y pago de licencias de paternidad y maternidad e incapacidades que gestionan las EPS al año.
- Los pagos a prestadores de salud por concepto de SOAT por parte de la ADRES logran tener demoras de varios años.
- ¿Se creará un monopolio público? – ¿Aseguramiento estatizado?

TENER PRESENTE Y NO OLVIDAR ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS:

- La adscripción y libre escogencia del Instituto de Seguros Sociales, en los años 1997 y 1998 quebró el instituto.
- La atención de desplazados en el año 2001 le generó problemas significativos al FOSYGA – casi lo desfinancia en 6 meses.



- Frente a los recobros NO POS, se desbordaron los fondos nacionales y departamentales y se presentaron casos de corrupción en la nación y el orden regional como los carteles de la hemofilia y salud mental, entre otros.
- Agotamiento de recursos del Fondo Financiero Distrital en el año 2000, por lo que requirió un cambio en la forma de contratación la cual se mantiene hasta hoy.

PREOCUPACIONES DESDE LA CREACIÓN DE INSTITUCIONALIDAD Y CAPACIDAD DE LOS ENTES TERRITORIALES:

- Nuevas instancias de decisión y planeación en el Sistema de Salud (+ de 1.000): Se requiere precisión sobre su naturaleza, Funciones, Instancias o mecanismos de coordinación, Fuentes de financiamiento.
- Los Entes Territoriales no tienen hoy las capacidades para atender las funciones que se le están transfiriendo. Hay que revisar los porcentajes de ejecución anuales por ente territorial y el cumplimiento de las acciones colectivas a su cargo.
- Ante la posibilidad de fortalecer la infraestructura hospitalaria pública es necesario precisar el Inventario, la formulación de proyectos, la financiación, construcción de nueva infraestructura, sostenibilidad, personal requerido para la atención - ¿Cómo blindar estos espacios de presiones políticas?
- Pasar de la delegación de funciones en cabeza de las EPS a la politización no pareciera un buen cambio.

PREOCUPACIONES DESDE EL TALENTO HUMANO EN SALUD:

- Aclarar lo planteado frente a crear un régimen especial para el Talento Humano en Salud.
- Se requiere ajuste del modelo de formación y competencia de los profesionales de salud, especialmente de medicina para orientarse a la atención primaria.
- Es indispensable resolver su insuficiencia y disponibilidad de talento humano.
- Diversos estudios han mostrado que el 80% de los trabajadores de la salud están precarizados laboralmente, por lo tanto es necesario conocer cuánto cuesta y quien pone los recursos frente a la formalización del personal de salud y en cuantos años se pretende lograr.
- En este espacio la mayor preocupación es que no se conocen propuestas claras.



PREOCUPACIONES FRENTE A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS):

- No es claro quién asume la gestión de riesgo en salud ni quien asume la responsabilidad civil: • La IPS pública primaria • El Departamento o Distrito que integra la red • La coordinación regional de la red que depende de la dirección regional.
- Se interviene en la economía de manera desproporcionada al impedir al sector privado la creación o mantenimiento de infraestructura en competencia (Sólo pueden actuar bajo cooperación y complementariedad) .
- ¿El servicio de atención prehospitalaria y hospitalaria de urgencias, es monopolio del estado? Se plantea el servicio único.
- La puerta de entrada al nuevo sistema serán los Centros de Atención Primaria en Salud que estarían constituidos en todo el territorio nacional, se requieren establecer 3.000 centros donde cada uno atendería entre 20.000 y 25.000 personas. ¿Por lo anterior no es claro si estos centros también serán oficinas de atención a los usuarios? ¿Se desintegra el I Nivel con los otros de mayor complejidad? ¿Habría libre elección?

PREOCUPACIONES DESDE EL MODELO CON EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS):

Al desaparecer en el modelo, quedan las siguientes funciones sin asignarse:

- Único interlocutor para el afiliado para resolver sus necesidades y garantizar la integralidad de la atención
- Elimina el aseguramiento a través de las EPS. Desconoce la libertad de empresa reconocida por la Corte Constitucional en la sentencia C-616/01.
- Instancia estatal que asuma los riesgos financieros.
- Fuente de recursos en caso de insuficiencia del presupuesto anual.
- ¿Quién asume la insuficiencia de recursos para prestaciones económicas?
- ¿Quién asume la insuficiencia de recursos para cubrir todas las tecnologías disponibles en el país?
- ¿Cómo se hará frente a la presión tecnológica?
- ¿Cómo se afilian las personas a la seguridad social?
- ¿Cómo se reporta novedades como residencia, ingresos, fallecimientos?
- ¿Qué criterio tiene el médico que remite para escoger el prestador?



- ¿Cómo se suplen las funciones de pagos compartidos que se eliminan?
- ¿Cómo y quién evalúa la calidad del prestador?
- ¿Por qué se cambia el actual modelo de auditoría de calidad?
- ¿Por qué se promueven los pagos por presupuesto y por servicio, que de acuerdo con la literatura son los que más generan ineficiencia?
- ¿Por qué se elimina la posibilidad de tener mejores condiciones de acceso o de hotelería con planes voluntarios?
- ¿Cómo se financia la atención a extranjeros regularizados y no regularizados y qué estructura se requiere para hacer haría recobros a extranjeros?

PREOCUPACIONES FRENTE AL ÁNIMO DE LUCRO:

- Los recursos de la salud son públicos e inembargables y no serán objeto de ánimo de lucro o especulación económica.
- ¿Podrán invertirse en el sector financiero los recursos que tengan los fondos?
- ¿Podrán participar en el sistema IPS de carácter privado con ánimo de lucro, operadores logísticos, proveedores de insumos, de tecnologías y de dispositivos de salud?

FALACIAS QUE SE HAN PLANTEADO DESDE DIFERENTES SECTORES:

- Existe la falacia de que las EPS solo son intermediarias y que no se necesitan, generando un nuevo diseño institucional que ni siquiera ha sido calculada desde el punto de vista fiscal y de tiempo de implementación.
- Frente a la restricción de la autonomía médica, jurídicamente no está permitido por la ley y lo que se ha tratado es de garantizar mediante diferentes formas de contratación es garantizar a los afiliados la atención en todos los niveles.
- Se piensa por parte del Gobierno que montando una ruta de promoción y mantenimiento de la salud se resuelven todos los problemas, desconociendo los logros alcanzados.
- Desde hace varios años algunos sectores hablan de “Reformar” pero más que pensar solo en reformar es necesario fortalecer la atención cada vez más y garantizar la protección económica de las personas.



- Algunos sectores han planteado que como las EPS no cuentan con un reaseguro no son “aseguradores” eso desconoce la historia de cuando si se tuvo y dichas compañías desistieron por el costo de la atención en el país. Es de anotar que son tan aseguradoras que cuentan con una “prima” que a su vez les permite la constitución de las reservas técnicas requeridas.
- Se habla de que la integración vertical es mala, pero no se tiene conciencia que la mayor integración la tiene el Estado obligando a contratar el 60% con la red pública cuando en muchos casos no tiene la calidad e idoneidad para la prestación de los servicios. Adicionalmente es importante revisar desde el punto de vista de acceso y disponibilidad, cuál es la red qué se requiere, quién debe garantizarla y en que casos la integración puede ser una herramienta eficaz para permitir la efectividad del derecho.
- Se desconoce la experticia de las EPS en la prestación de servicios de manera diferencial, mucho más cuando existe una Entidad con operación en todos los departamentos del país y que ha realizado todos los ajustes necesarios hasta llegar a un 3.4% de la UPC para gastos administrativos.
- Se plantea que todas las tutelas que se presentan son por vulneración de los derechos y no es cierto, se debe revisar el índice de favorabilidad de estas acciones frente a las EPS.

QUÉ ESTÁ EN JUEGO:

- La salud y la vida de más de 50 millones de personas
- 70 años de instituciones de la seguridad social en Colombia
- Más de 100.000 empleos de las EPS
- Un sistema construido con el aporte de muchas personas, Instituciones, etc...
- La viabilidad de 10.000 prestadores de servicios de salud
- La estabilidad de miles de trabajadores del sector

EXPECTATIVAS Y POSIBILIDADES PARA AVANZAR

El Sistema debe cambiar lo que sea necesario para avanzar en el goce efectivo del derecho a la salud, a partir de las capacidades desarrolladas para así mejorar el acceso y los resultados en salud. Igualmente, NO es necesario ARRANCAR DE CERO para lograr un nuevo arreglo institucional donde todos los ciudadanos ganen. Es prioritario retomar Capacidades y Modelos de éxito desarrolladas por los agentes y fortalecer alianzas público – privadas, transferencia de conocimiento y buenas prácticas



PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS Y MANEJO EFICIENTE DE LOS RECURSOS:

- Fortalecer el aseguramiento
- Régimen único que recoja población que pierde capacidad de pago
- Fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario
- Mejorar la coordinación y complementariedad entre lo individual y lo colectivo
- Hacer mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Fortalecer la educación de hábitos de vida saludable
- Fortalecer la coordinación con los determinantes de la salud
- Mantener la participación del sector privado
- Decisiones inteligentes para la sostenibilidad

AVANZAR EN LA GENERACIÓN DE HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MAYOR ACCESO CON EQUIDAD:

- Telemedicina como requisito de habilitación de IPS
- Servicios sociales complementarios

PARA AVANZAR EN CALIDAD:

- Ajustes a modalidades de contratación y pago que prioricen oportunidad de acuerdo con oferta disponible y resultados en salud
- Definición e implementación de modelos innovadores de atención
- A partir de las diferencias regionales que los aseguradores se puedan articular con los Entes territoriales y garantizar una red de acuerdo a la cercanía de la población o su contigüidad con otros territorios que garanticen la prestación adecuada
- Se hace necesario avanzar como país en servicios sociosanitarios que permitan un mejoramiento de la salud en la población



PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD:

Política de Talento humano que permita superar el déficit de talento humano actual e incentivos para una distribución más equitativa a nivel regional, Creación de grupos extramurales, Política de creación de infraestructura para satisfacer la demanda sin topes a la integración vertical, en especial en zonas rurales y APS, Exigencia a las EPS para garantizar organización territorial de la red, propiciando la cercanía para el afiliado, Definición de tiempos máximos de espera que obliguen a las EPS a cumplir con la organización y prestación efectiva de servicios de salud

PARA LA TRANSPARENCIA Y EL CONTROL SOCIAL:

- Garantizar información pública en materia de flujo de recursos
- Garantizar la publicidad de la metodología de cálculo de la UPC y en general de la distribución de recursos en el sistema de salud de manera previa a la adopción de las decisiones
- Claridad en las reglas de juego – estabilidad jurídica
- Control al ingreso de nuevas tecnologías y renovación de registros

EN CONCLUSIÓN, ¿QUE SE ESPERA?:

“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.”

PROPUESTAS PARA LA DEFENSORIA DEL PUEBLO

- Se manifiesta que independiente de lo que pase con la reforma existe un compromiso por parte de las EPS de seguir cumpliendo con su labor y garantizando la atención a sus afiliados.



- Se solicita revisar la constitucionalidad del proyecto de reforma que se presente teniendo en cuenta los principios constitucionales de: progresividad, confianza legítima y confiscación.
- Igualmente se requiere la revisión del proyecto de reforma con el fin de analizar si algunos de los aspectos solo podrían ser cambiados por una ley estatutaria.
- La Defensoría del pueblo como Institución neutral garante de los derechos fundamentales como el de la salud, debe generar las alertas frente a la regresividad de las propuestas planteadas por el Gobierno que podrían poner en riesgo la garantía del derecho fundamental a la salud.
- Se ha generado una incertidumbre generalizada en los colaboradores del sector asegurador a raíz de los anuncios, poniendo en riesgo la estabilidad de la operación de algunas Entidades que por los volúmenes y responsabilidad en sus actuaciones generan millones de atenciones permanentes; por lo anterior se solicita a la defensoría generar canales con el Gobierno Nacional que permitan conocer de manera rápida el texto de la reforma y por lo tanto saber el rumbo de las acciones que pretenden efectivamente implementar.
- En los informes de tutela que presenta la Defensoría en los últimos dos años se ha presentado una disminución y se ha visto que la mayor causa corresponde a falta de oportunidad en la atención, que en algunos de los casos los usuarios la utilizan como mecanismo para obtener la prestación más rápido y saltarse la fila, sería importante revisar la favorabilidad de estas acciones frente a las EPS entendiendo que en la mayoría de los casos resultan a favor de dichas Entidades. Se sugiere también que en los siguientes estudios de tutelas se identifiquen de manera diferenciada los regímenes especiales.
- Se propone la creación de un canal permanente de comunicación con la Defensoría con el propósito de profundizar en el análisis de la reforma y el diagnóstico sobre lo que requiere el sistema para avanzar en la garantía del derecho a los colombianos.







3. DIÁLOGO CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y SUS GREMIOS, PÚBLICAS Y PRIVADAS Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE) PÚBLICAS

El tercer diálogo fue realizado el lunes 6 de febrero de 2:00 am a 4:00 pm en las instalaciones de la Defensoría teniendo como invitados a las IPS públicas y privadas, en la cual se planteó la necesidad de un régimen de transición adecuado, que incluya la posibilidad de recuperar la cartera existente, las liquidaciones han dejado un pasivo inmenso y la reforma no debería aumentar la deuda existente.

- Es importante enfatizar que el sistema de salud requiere ajustes, pero no por ello se pueden desconocer los avances tan importantes en beneficios en salud para los colombianos, reiteramos la disposición de contribuir con propuestas que enriquezcan el debate hacia un mejor sistema de salud.
- ¿nos surgen los siguientes interrogantes?, cómo funcionarán los Consejos Nacionales y territoriales, la desconcentración de ADRES implica que esta entidad asume la función de aseguramiento. Es importante revisar cuáles van a ser las condiciones de integración entre los CAPS y los hospitales públicos, como se van a articular los hospitales públicos y los hospitales privados para integrarse a los CAPS.
- Es de suma importancia definir quien asumirá las funciones de 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 usuarios a los servicios, orientación y solución de requerimientos de los usuarios, ordenamiento del pago.
- Es importante que se garantice el flujo de recursos (antes, durante y después de la reforma) y garantía de pago por la ADRES (o quien asuma ese rol) como único fondo.
- Respecto al manual tarifario único y el Plan de beneficios, nos preguntamos cual es la evolución de la UPC, del PBS, este manual estaría sustentado con un piso o techo técnicamente.
- Es indispensable conocer quien ejercerá la función o la responsabilidad en la entrega de las tecnologías en salud para los pacientes de Enfermedades en condiciones crónicas y que actualmente realiza el asegurador.

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL – LA CARDIO

- Esta reforma esta compitiendo con otras (la laboral, la pensional, por ejemplo) y puede debilitarla.
- La estructuración de la reforma no puede ser ideológica.
- El 80% de la prestación de los servicios de salud es privada.
- La formación en salud va hacer importante y los hospitales son el punto de partida.



- Los roles son importantes, y por ejemplo los hospitales no saben hacer gestión de riesgo, las instituciones deben adaptarse a las nuevas capacidades.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS – ACHC

- La reforma que se propone 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.
- El sistema de salud tiene avances, pero también tiene grandes problemas. Por ejemplo: i) El 99.6% de cobertura en un avance, sin embargo, no es cobertura efectiva (los índices de evaluación de la cobertura a nivel internacional, encuentra que esa cobertura apenas es del 74%); ii) El gasto del 7.7 como porcentaje del PIB es un gasto mediano-bueno para una región como la nuestra, pero no hay una administración limpia de esos recursos, si tenemos niveles gigantescos de cartera (cuentas por cobrar del sector son más de \$41 billones); iii) Los resultados sanitarios tienen una curva decreciente, pero cuando se mira por género, región, ingreso, pobreza, se encuentra una enfermedad común al sistema de salud y es la desigualdad; iv) Tenemos que evolucionar a decir cuánto valor le agregamos a la vida de los pacientes, y v) No obstante tener aceptación del sistema, según las encuestas, con las tutelas encontramos que tenemos más de 2.425.000 tutelas en los últimos 21 años según el Observatorio de la Defensoría del Pueblo y 1.247.000 PQRD en el último año de acuerdo con Superintendencia Nacional de Salud.
- Si se hace un buen diagnóstico, se encontrará que el común denominador es que tenemos que luchar contra la desigualdad. Esto no es un fenómeno propio de Colombia, es una enfermedad de todos los sistemas de salud del mundo, los cuales se tienen que enfrentar con un mejor diseño.
- Se propone una “ruta lógica hacia una salud progresiva” donde se debe construir sobre lo construido, así, lo primero, es continuar con: el aseguramiento, con lo público-privado, con la mezcla de impuestos generales e impuestos a la nómina o aportes de la población. Lo segundo, las cosas que funcionan bien, que salen del diagnóstico anterior, hay que fomentarlas y las que no funcionan bien o que definitivamente no funcionan, son aquellas sobre las cuales debe focalizarse las acciones de reforma.
- Deben definirse unas fronteras, pues este sistema está lleno de binomios: i) Lo público y lo privado, ii) Los impuestos y la nómina (debe haber más impuestos generales), iii) Un Plan de Beneficios en Salud - PBS que tiene una división entre lo incluido, lo excluido y lo que está por fuera (Esa frontera se tiene que correr a favor de un PBS más robusto, con más inclusiones), iv) Lo preventivo y lo asistencial, v) Lo general o especializado, y vi) Lo nacional o territorial.



- Este sistema hasta el momento se ha concentrado en racionar, en decir no, en poner una cantidad de barreras. Hay que llegar al concepto óptimo ni más de lo que necesita, ni menos de lo que se puede dar.
- Necesidad de cambio de roles, no se van a conseguir mejores resultados si seguimos haciendo lo mismo. **Los prestadores**, no puede seguir pensando que son el centro del universo, que todas las cuestiones se resuelven con la alta complejidad. Tenemos que ser flexibles, disruptivos en la manera de gerenciar y entender que se debe trabajar en red. **Las EPS**, deben ser administradores regulados, con un cambio en la forma de remunerar. Hay que aceptar que tienen un papel muy importante de articuladores, coordinadores, de logística, de verificación de auditoría. No creemos desde el gremio que simplemente con eliminar un eslabón de la cadena se compongan las cosas.
- El aseguramiento se debe mantener, pero no puede reducirse a que aseguramiento es igual a EPS. El aseguramiento es la suma de muchos factores. Los eslabones deben funcionar bien.
- Cambios en la relación de poder basado en big data / inteligencia artificial. Enfocarse en estos temas que permita liberarse de las cargas administrativas y ayuden a concertarse en la labor misional e institucional.
- No puede haber zonas grises, no debe haber integración vertical, no debe haber competencias borrosas, las funciones de los agentes deben ser claras.
- La ADRES debe continuar como es una maestra de información, acumulador de riesgo y mancomunador de recursos, no debe ser territorial.
- La transición debe tener practicidad, es decir, no arrancar de cero. Debe tener un capítulo que trate del nivel de deudas y de esta forma saber que va a pasar con la cartera.
- En el Plan Nacional de Desarrollo debe incluirse un régimen general de insolvencia, un fondo de garantía, una responsabilidad de los grupos empresariales propietarias de las entidades y un robusto giro directo universal.
- La reforma laboral que se pretende presentar va a impactar directamente al sector salud. También el Plan Nacional de Desarrollo (PND) que introduce el giro directo universal y el problema de las mega liquidaciones por la inexistencia de un fondo de garantías.
- El tarifario único debe ser analizado con cuidado. Esta bien que existan estructuras tarifarias, pero no con el apellido “único” sino como “piso tarifario”, para así crear una serie de diferenciaciones o ponderaciones por tecnologías, por talento humano, por capacidad instalada, por resultados en salud o por adherencia o pertenencia a alguno de los grupos que ya tiene niveles superiores de calidad probada, por ejemplo, acreditación dentro o fuera del país.
- El talento humano en salud no es solamente hablar de formalización y la remuneración, también tiene que mencionarse el número y las competencias y eso tiene



que ver con el sector de la educación. Debe tenerse en cuenta temas como la fatiga por compasión y la salud mental de los trabajadores del sistema de salud y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) no están proponiendo planes para estos temas laborales.

ACESI

- Desde hace muchos años habían solicitado una reforma estructural del Sistema de Salud, lastimosamente, desde el nacimiento de la Ley 100 se ha tenido la modificación mediante la Ley 1438 (que tiene muchos artículos que hoy se plantean en la reforma, pero que nunca se reglamentaron o fueron reglamentados de una forma no coherente con la legislación, por ejemplo, la Resolución 1441).
- Como se garantiza el derecho a la salud según la reforma: i) No existe afiliación, un derecho no tiene porque afiliarse, ii) libre escogencia cerca donde vivo o trabajo o cualquier otra, no donde la EPS tenga su IPS iii) Acceso a la salud mediante los CAPS y los grupos básicos de atención (financiados por el Estado y no dependiendo de la venta de los servicios), así se tendrá una real APS, que garantice que estemos en el radar del sistema no cuando nos enfermamos, esto permitirá que se elimine la inequidad en las zonas alejadas, iv) En cuanto a las redes integradas e integrales, no existirá solo una serán múltiples dependiendo de las poblaciones. Existe una gran diferencia entre lo que hoy existe y lo que supuestamente es habilitado a la luz de la Ley 1438, esto se debe a que la mayoría de las EPS teniendo en cuenta la habilitación que debían efectuar las entidades territoriales (mas del 90% no se habilitaron) fueron a la Superintendencia Nacional de Salud y sin saber los criterios se habilitaron.
- Las redes integrales deben garantizar que la población sea incluida dentro del sitio de residencia y que tenga continuidad y complementariedad. V) Se aprovechará la capacidad instalada existente del privado, que es necesaria para complementar la prestación de baja complejidad que en la mayoría es público, acá es donde se dice que las EPS se van a transformar en prestadores, pues muchas de las EPS ya tienen sus redes.
- En cuanto a inquietudes, debe garantizarse la conectividad, esto tiene que ver con la transparencia, y con la Historia clínica y la interoperabilidad.

COMPENSAR SALUD

- Compensar es empresa sin ánimo de lucro y sin ninguna filiación política siempre es y será respetuosa de las leyes y los Gobiernos, por lo tanto, reiteramos nuestra voluntad de dar continuidad a los diálogos participativos que propendan por mejor sistema de salud.
- Existen puntos esenciales de mejora en el sistema de salud actual, entre ellos: i) el acceso (con una marcada diferenciación entre lo urbano, lo rural y lo rural disperso), ii) Acceso equitativo con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad,



iii) Fortalecer el órgano rector y la red pública, iv) garantías y reconocimientos adecuados a todo el personal de salud y v) Propiciar un sistema de información integral, que favorezca el uso adecuado de los recursos, la calidad e integralidad en la atención en salud.

- Frente al presunto contenido de la reforma, es necesario preguntar cómo se garantizar un manual tarifario idóneo y actualizado que cubra las necesidades de salud, los cambios epidemiológicos de la población colombiana, los avances tecnológicos (medicamentos), y que garantice los costos para la prestación de salud en las diferentes regiones del país, cuando se tiene hoy en día como uno de los referentes el manual tarifario ISS expedido en el 2001. Bajo esta misma línea, quien dará la claridad en las inclusiones, limitaciones, autorizaciones y procesos de regulación frente a los acuerdos tarifarios.

- Frente a la voz de los usuarios y la participación ciudadana, cabe indagar quien será el responsable de garantizar la recepción y respuesta de las quejas, reclamos, peticiones e incluso tutelas. Quien dará claridad a los usuarios sobre los contenidos del sistema y los requerimientos por presuntos incrementos de gasto de bolsillo. Así mismo, cómo operará la libre elección de los usuarios para el acceso a los servicios de salud.

- Debe haber claridad sobre los acuerdos contractuales, formas y tiempos de pago, referentes de costos, así como las responsabilidades entre las partes, puesto que no es claro que el contratante será el Estado, la red pública, IPS API, entre otros actores. En caso de resultados económicos negativos, por siniestralidad de la población asignada, o por un desequilibrio entre los costos y los recursos asignados, es necesario aclarar cual de los actores asumirá este riesgo.

- Debe contestarse la pregunta frente a cómo se articulará y se hará seguimiento a los resultados en salud, al control de riesgos en salud y al impacto que tengamos las IPS sobre las poblaciones asignadas, siendo que se habla de diferentes niveles de regulación y supervisión.

- Frente al sistema de referencia y contrareferencia, es importante anotar que, en la realidad de oferta de servicios en salud en Colombia, hay una concentración de algunas especialidades y tecnologías en algunas regiones, distribución que se da de manera natural en los mercados por baja demanda. Sin embargo, para que toda la población tenga acceso, es necesario aclarar como serán los canales, tiempos y responsables de garantizar el acceso a estos servicios, sin que se constituya como una barrera de acceso. Mecanismos de escalonamiento desde urgencias o desde la consulta a especialidades de mayor complejidad.

PREOCUPACIONES DE LOS PRESTADORES

La principal preocupación de los prestadores están relacionados 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; también se escuchó una pregunta sobre “(...) quién dará la claridad en las inclusiones, limitaciones, autorizaciones y procesos de regulación frente a



los acuerdos tarifarios?”, en materia de participación ciudadana preocupa quién dará claridad a los usuarios y como será el trámite de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) y de tutelas relacionadas con la salud. La reforma no debe aumentar el gasto de bolsillo ni afectar la libre elección por parte del paciente. “La reforma que se propone 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.” Dijo uno de los participantes, quien resaltó también la necesidad de eliminar la cantidad de barreras que hay en la actualidad.

Se resaltó por parte de las clínicas y hospitales la necesidad de 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. 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.

Por parte de una dirigente gremial se escuchó “(...) el sistema de salud requiere ajustes pero no por ello se pueden desconocer los avances tan importantes en beneficios en salud para los colombianos (...)”. Además, se resaltó la importancia de conocer cómo será 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 usuarios a los servicios, orientación y solución de requerimientos de los usuarios, ordenamiento del pago, así como la importancia de garantizar el flujo de recursos.

Del diálogo surgieron, muchas propuestas, entre ellas: La transición debe incluir el nivel de deuda para definir lo que pasará con la cartera; el ADRES debe continuar siendo un sistema maestro de información; la competencia desleal debe desaparecer, la integración vertical y la competencia borrosa; debe hacer un cambio en la relación de poder basado en big data/inteligencia artificial; debe garantizarse la conectividad, esto tiene que ver con la transparencia, y con la historia clínica y la interoperabilidad. Las redes integrales deben garantizar que la población sea incluida dentro del sitio de residencia y que tenga continuidad y complementariedad.







4. DIÁLOGO CIUDADANO CON ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD RELACIONADOS CON LA INDUSTRIA Y POLÍTICA FARMACÉUTICA

El cuarto foro se llevo a cabo el día martes 7 de febrero del presente año a partir de las 8:00AM, el cual conto con la participación de importantes actores representativos del sistema de salud relacionados con la industria y la política farmacéutica, entre éstos, ANDI, ASCIF, ASINFAR, FENALCO, y Laboratorios afiliados a estas agremiaciones en Colombia (Baxter, Merck, Janssen, Astrazeneca), en el cual aportaron conceptos, dificultades, retos y temores, donde se definió una posición colectiva sobre la problemática y oportunidades, así mismo los cambios que requiere el sistema de salud en Colombia, y de esta manera poder determinar los logros que deben prevalecer, para efectuar un análisis objetivo basado en las expectativas y retos, con el fin de plantear propuestas de soluciones y de oportunidades de mejoramiento para los problemas estructurales del actual sistema de Seguridad Social en Salud.

PARTICIPANTES AL FORO:

- ANDI
- AFIDRO
- ASINFAR
- ASCIF
- FENALCO
- SIESSALUD
- BAXTER
- MERCK
- JANSSEN
- ASTRAZENECA
- SIEGFRIED

CONTEXTO:

- POLÍTICA FARMACÉUTICA
- REGULACION DE PRECIOS
- POLÍTICA DE PATENTES
- PROPIEDAD INTELECTUAL



- INCENTIVO PRODUCCIÓN LOCAL
- DESABASTECIMIENTO

PROPUESTA PREGUNTAS DIALOGO – CONVERSATORIO DE ACUERDO CON LA METODOLOGÍA DEFINIDA:

1. Desde la política farmacéutica cuales han sido los Logros y Dificultades del actual Sistema de Seguridad Social en Salud y los Riesgos, Expectativas y Retos sobre el Proyecto de Ley que pretende reestructurar el actual Sistema de Salud. Desde este contexto plantear propuestas frente a los puntos o temas críticos.
2. ¿En los gobiernos anteriores se ha impulsado la política de regulación de precios de medicamentos; esta política considera usted que debería continuar? y como perciben la regulación de precios frente a la propuesta de un Manual Tarifario único.
3. Frente a la propiedad intelectual y política de patentes como ven la propuesta de la reforma de tener que ceder los derechos de la patente en tiempos menores de los que se han establecido hasta ahora.
4. Que opinión tienen frente a privilegiar el consumo de medicamentos genéricos frente a los de marca y la producción de vacunas en el país.
5. Con referencia al funcionamiento del IETS (Instituto de evaluación y tecnologías en salud) que cambios y que políticas nuevas debería desarrollar la reforma, debido a que se ha comentado en fortalecerlo o crear una nueva entidad para que desarrolle estas funciones.
6. Que pasa con la demanda insatisfecha y los desabastecidos del país? ¿Cuáles son las causas y cuáles son las alternativas de solución desde la industria?

Los participantes en este diálogo manifestaron algunas **necesidades** que pueden ser una **oportunidad para la reforma**: Trabajo intersectorial (Industria, comercio, tecnología e investigación.), 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; se deben fortalecer tanto el INVIMA como el IETS, en su talento humano, en sus tiempos de trámite sin flexibilizar exigencia y en la alineación con políticas de buenas prácticas; además se debe fortalecer la industria nacional y favorecer los productos caracterizados para acceso fácil como los biosimilares.

Como las principales **preocupaciones** que se escucharon: El régimen de transición, la inversión extranjera e interna, la forma como funcionará el sistema único de seguridad, cómo será la cadena de auditorías frente al flujo de recursos de la Salud y la distribución y logística de los medicamentos, también se plantearon los riesgos de una reforma que en su



trámite y debate polaricen a la Nación y que pueda llegar a repetir experiencias anteriores fracasadas, entre otras por la corrupción.

PRESENTARON PROPUESTAS FRENTE A TEMAS CRÍTICOS:

- Trabajo intersectorial (Industria, comercio, tecnología e investigación.)
- Investigación clínica con tecnología de vanguardia.
- Acceso a tecnologías y medicinas de vanguardia.
- Autonomía médica y autorregulación.
- Fortalecimiento del talento humano en salud, capacitado y actualizado.
- Fortalecimiento y reingeniería del Instituto Nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA) y el Instituto de evaluación tecnológica en salud (IETS).
- Sostenibilidad financiera de nuevas tecnologías.
- Fortalecer industria nacional (producción local de medicamentos).
- Favorecer productos caracterizados para acceso fácil (Biosimilares).
- Mecanismos para flexibilizar la propiedad intelectual.
- Buscar modelos de pagos por resultados en salud.
- Estudiar tema de vulnerabilidad y Seguridad Jurídica.
- Mantener la segregación de demanda de Empresas Promotoras de salud (EPS).
- Evaluar nuevas tecnologías por su calidad y beneficios terapéuticos y no por costos (costos VS. beneficios).
- Evaluar sistema de compras inteligentes.
- Tener en cuenta la referenciación internacional para el precio de los medicamentos
- Política de fomento a la industria farmacéutica.
- El tema de auditorías no es claro frente al flujo de recursos (ADRES).
- Con el fortalecimiento de la Atención primaria en salud (APS), se hace un diagnóstico temprano lo cual representa una disminución de costos de tecnologías en salud y prevención de enfermedades crónicas.
- El fortalecimiento de la red pública está directamente relacionado con la calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Fomento en la producción de dispositivos médicos, por innovación e inversión.



- Dudas con el abastecimiento y almacenamiento de medicamentos (logística) especialmente en zonas de difícil acceso.
- Dudas con el control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud (SINS).
- Como se va a controlar la inducción a la demanda.
- Cumplimiento de las políticas públicas existentes.
- Preocupación en la Transición de un sistema a otro.
 - En fortalecer la atención primaria en salud centrada en los ciudadanos, familias y comunidades.
 - Aumentar las acciones de salud pública.
 - Mejorar condiciones de talento humano en salud.
 - Fortalecimiento del hospital clínico y su dotación.
 - Se debe incorporar:
 - Ciencia y tecnología en el país, fortalecer la investigación y jóvenes investigadores.
 - El trabajo intersectorial, cercana con los médicos y pacientes, trabajar de manera conjunta.
 - Investigación clínica.
 - Promover legislación de estimulación de estudios clínicos.
 - Innovar en la forma de contratar, como pago por resultado en salud, precios basados en valor, compras inteligentes entre otros.
 - Mantener la referenciación internacional para controlar el precio de los medicamentos tal como existe hoy de acuerdo con la Ley Estatutaria y en la circular 03 de 2013.
 - Se debe articular la cobertura privada y pública, se debe continuar y mejorar.
 - Trabajar en fortalecimiento del INVIMA:
 - Talento humano
 - Tiempo de trámites
 - Alineación de políticas con buenas prácticas
- **Riesgos:**
 - La inversión extranjera e interna.
 - Sistema único de seguridad.
 - Cadena de auditorías frente al flujo de recursos de la Salud.



- La distribución y logística de los medicamentos.
- Más escasez de medicamentos.
- La manera coherente de enfrentar las presiones provenientes de la innovación (que todos deseamos) sería establecer un fondo para la adquisición de tecnologías innovadoras de alto costo y definir los mecanismos para asignar esos recursos a aquellas más necesarias, costo efectivas y que podamos pagar, y cerrar las posibilidades a las demás, en un circuito periódico de revisiones e incorporaciones, debidamente blindado de la injerencia judicial.
- No deja entonces de ser indispensable reevaluar la correlación entre los recursos actualmente puestos al servicio del aseguramiento y de la adquisición de las tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para identificar por qué no están siendo suficientes en la práctica.
- Las consecuencias de una devaluación son múltiples y peligrosas: cambio en los precios de bienes y servicios, aumento de inflación, pérdida de poder adquisitivo de los trabajadores, erosión de los ahorros, reducción de las inversiones y fuga de capitales.
- Un ejemplo: si la industria farmacéutica o un gran distribuidor, importa sus medicamentos desde los Estados Unidos y sus aranceles y negociaciones están atadas a dólares corrientes, hoy le costaría un 24,8% más traer esos medicamentos al país que el primero de enero, salvo que estén sobre stockeados, lo cual es poco probable.
- La huella económica en salud impacta la industria farmacéutica Nacional, porque representa el 12.2% del PIB industrial y el 1.5% del PIB del país.
- El sector de la industria farmacéutica tiene un componente importante de formalidad laboral, el 80% de ellos trabajadores de este sector están formalizados laboralmente. Con ingresos promedios a 3 SMLMV, es decir tienen ingresos por encima de los indicadores nacionales para este sector.
- Este subsector es de los que más invierte y reinvierte en Colombia.
- Garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del sistema.
- Garantizar un aporte al sistema.
- Este sector espera que la industria nacional no se destruya y esperan tener en cuenta que es una industria creciente.

PROBLEMAS QUE INCIDEN EN ESTRUCTURACIÓN DE LA REFORMA A LA SALUD:

Polarización: Enfrentamiento entre el gobierno y las EPS, IPS contra pagadores, la industria, usuarios, pacientes y médicos divididos y una sociedad civil, ojalá tengan la sabiduría suficiente para dejar de lado sus beneficios particulares e ideologías.

Corrupción: Considero que es necesario despolitizar desde todo contexto la operación, tener en cuenta los siguientes criterios: Recursos dispuestos, Servicios ordenados y Prestados, Precios, Pagos y Resultados.

Desbalance económico: Es una consecuencia especialmente de la operación de un modelo sanitario permisivo, lleno de alta ineficiencia que castiga cualquier sistema que diseñemos en el futuro, independientemente del operador de turno.

Hay otros factores no menos importantes que debemos tener en cuenta, los cuales de acuerdo a lo que he leído y revisado, no están incluidos en la agenda de la reforma:

- Gestión ineficiente
- Contratación sin Caracterización Poblacional y sin Perfil Epidemiológico
- Posiciones dominantes
- Integración vertical
- Ausencia de tarifas
- Contratación obligatoria con Empresas sociales del estado (ESE)
- Regulaciones de precios ineficiente
- Incentivos perversos
- Énfasis en la curación y no en Prevención
- Desviación recursos

A QUE REALMENTE LE DEBERÍA APUNTAR ESTA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD:

Se propuso en el diálogo que una reforma debería apuntarle, se acuerdo con la industria farmacéutica, 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” de acuerdo con uno de los asistentes. Una reforma debe regular de manera clara a los actores de sistema, incluyendo sus roles, responsabilidades y resultados esperados; crear un fondo para la adquisición de tecnologías innovadoras de alto costo; definir un punto final real para EPS que defina la deuda real y que porcentaje se puede pagar, así como el plazo real 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)

Considerar en la reforma pretendida es la regulación clara de los actores, incluyendo sus roles, responsabilidades y resultados esperados, y, claros y el mejoramiento de los



desenlaces positivos en toda la población, es decir, la equidad, que es la resultante de toda la gestión de los actores y del uso de los recursos necesarios.

Consolidar un sistema de salud fuerte y empoderado en la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad, a través de una vigorosa y fuerte red pública, financiada a través de subsidios a la oferta y con los Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales (EMIT) desplegados en todo el país, con otros actores encargados del relevo sanitario para cuando los pacientes accedan a la primera línea del cuidado primario, sean atendidos con plenitud de garantías por una red mixta bien gestionada, contratada, auditada, pagada e incentivada y en la cual el subsidio a la demanda sería la regla.

El talento humano en salud, donde los sistemas de contratación deben actualizarse en políticas públicas lo cual debe darse a través del Ministerio del Trabajo, las mejores y nuevas decisiones para todos los trabajadores del país, incluyendo la eliminación de las contrataciones lesivas como las ordenes de prestación de servicios. Así mismo fortalecer la educación continuada, establecer un plan de reinducción al nuevo sistema para dotar de habilidades, destrezas y competencias apropiadas a los cientos de miles de profesionales, técnicos y tecnólogos que hoy laboran en todo el país, seguido de actualizaciones técnico científicas permanentes, debidamente certificadas y quizás progresivamente obligatorias para la habilitación.

El levantamiento de necesidades de nuevos profesionales, técnicos y tecnólogos, para que sean formados de manera intensiva, bajo nuevos currículos aprobados de manera bilateral (Universidades – Ministerio de salud y Protección Social), cuya distribución geográfica esté previamente establecida y se cumpla apropiando herramientas, recursos e incentivos novedosos para lograrlo.

ASPECTOS QUE DEBERIAN MANTENERSE CON LO QUE CONOCEMOS DEL PROYECTO DE REFORMA A LA SALUD:

- La reforma al sistema de protección social esbozada en el Plan Nacional de Desarrollo (programa de ingreso básico, la estrategia de acompañamiento a hogares en extrema pobreza, la ampliación de protección económica en la vejez y los esquemas de protección al desempleo).
- Énfasis en la promoción y la prevención de la enfermedad.
- Manejo centralizado de los recursos de la salud.
- Fortalecimiento de la salud digital.
- Participación social integral.
- Incentivos basados en el mejoramiento de la prevención y los resultados en salud.
- Cuentas saneadas.
- Un único sistema de información de acceso libre.
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas territoriales.
- Planes de intervención sectorial de los determinantes sociales.

- Plan integral para prevenir y atender integralmente las violencias.
- La Política Integral de Salud Ambiental (PISA).
- Uso de genéricos y el desarrollo de biosimilares.
- Autonomía en la producción de tecnologías estratégicas.
- El subsidio a la oferta y no a la demanda para las Empresas Sociales del Estado (ESE).
- Transformación del Instituto de evaluación tecnológica en salud (IETS).
- Fortalecimiento del Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA).

ASPECTOS DONDE PUEDE EXISTIR UN RIESGO SOBRE ALGUNOS TEMAS PROPUESTOS EN LO QUE CONOCEMOS DE LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD:

- Las compras públicas centralizadas de tecnologías.
- Los manuales tarifarios (no han demostrado que mejoren significativamente la eficiencia en los sistemas de salud, tardan mucho tiempo en ser desarrollados y requeriríamos uno con enfoque territorial).
- La eliminación de actores privados sin mejores alternativas de gestión (nos llevaría inmediatamente a un caos asistencial).
- El no pago o el retardo o postergación de los pagos de las obligaciones (ocasionaría la insostenibilidad del sistema y su derrumbamiento).
- Las responsabilidades de lo público (la corrupción, la politiquería y la ineficiencia).
- La descentralización de los recursos financieros de la salud.
- La contratación de todos los servicios de salud a partir de un rediseño institucional basado en lo público.
- La llegada de profesionales sanitarios de otros países, no idóneos o poco capacitados.

QUE FALTARIA INCLUIR O TENER EN CUENTA EN LO QUE CONOCEMOS COMO PROYECTO DE REFORMA A LA SALUD:

- La seguridad vial como factor clave en salud.
- Un fondo para la adquisición de tecnologías innovadoras de alto costo.
- Un punto final para EPS: cuanto deben realmente, que pueden pagar y que no, y cual es plazo de la transición hacia el nuevo modelo.
- Una auditoría contable forense para EPS (Aseguradores) e IPS (Prestadores).
- La liberación de los recursos que tienen las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en reservas técnicas de inmediato.
- La eliminación de los Presupuestos Máximos.
- La supresión de la obligación de una contratación de un porcentaje obligatorio de recursos de la Unidad de pago por capitación (UPC) con las Empresas sociales del estado (ESE).
- Escogencia meritocrática de los gerentes de las Empresas sociales del estado (ESE).

- La regulación de los precios de los dispositivos médicos.
- La regulación de precios de los Alimentos de Propósito Médico Especial (APME).
- La regulación de precios de medicamentos basados en valor.
- El rediseño estructural del Instituto Nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA).
- La evaluación actuarial de la Unidad de pago por capitación (UPC).
- La revisión de la integración vertical.

CONCLUSIONES:

El gobierno está todavía a tiempo de llevar a cabo los cambios que realmente necesita el país y estructurar un mejor “sistema de salud”.

Debe existir un diálogo dinámico y de buena voluntad, es decir, que exista participación ciudadana permanente.

Deberíamos potenciar y resolver sus problemas estructurales, buscado la protección del sistema.

Debemos estar siempre atentos, vigilantes y ser veedores, en continuar en la defensa y la “protección y garantía del derecho fundamental a la salud y su goce efectivo”.









5. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON EL TALENTO HUMANO EN SALUD, ACADEMIA, ASOCIACIONES CIENTÍFICAS Y SINDICALES

El quinto diálogo fue realizado el martes 7 de febrero de 2:00 am a 4:00 pm en las instalaciones de la Defensoría teniendo como invitados a los representantes de la academia en materia de salud, Asociaciones Científicas y organizaciones sindicales, Talento Humano Salud.

Las intervenciones de los gremios de la academia y el talento humano se relacionaron con la autonomía médica y cómo garantizarla con auto regulación, pero también que la reforma debe propender porque la portabilidad sea efectiva; “se debe tener en cuenta y citar para esta reforma al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y se debe revisar el CNSSS y su Conformación (...)” señaló un dirigente gremial del talento humano en salud. 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.

Se propone además 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. Se resalta que en el sector público es donde mayores dificultades existen por abusos, informalidad y precarización laboral. El sistema de salud debe ser completo, incluir los riesgos laborales, accidentes de tránsito y demás incidentes que no se encuentren dentro del sistema actual, toda la salud conformando un verdadero sistema, pero único, fue una de las inquietudes escuchadas; por último, se propuso que el talento humano se pague con una fuente de financiación que sea de destinación específica para evitar que los recursos se desvíen. Las universidades deben abrir más cupos para carreras de la salud y sobre todo para especialistas y algunos de esos cupos deben ser para ciertos territorios del País.

Algunas de las preguntas que resultaron del diálogo son: ¿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?

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM): Plantea la necesidad de discutir a profundidad contenidos, que es conveniente no discutirlo en extras sin mensaje de urgencia; Desde la ANM, se discute con 15 organizaciones los ACUERDOS FUNDAMENTALES para plantear implementación de ley estatutaria en salud y para ello, han presentado 89 recomendaciones. Entre los fundamentales están garantía del derecho a la salud, sistema de salud que integre riesgos salud, laborales y SOAT, como se debe desarrollar una transición integral (administrativa, financiera, de talento humano, como se deben organizar las R.I.I.S, como se financian EBS)



ASOCIACIÓN SINDICAL DE MÉDICOS DE COLOMBIA (ASMEDAS): Se focaliza su participación en la autonomía médica y como garantizarla con auto regulación; desde lo administrativo plantea como acabar la afiliación, generar adscripción y que la portabilidad sea efectiva para los ciudadanos

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO (CMC): Su foco está en eliminar la intermediación financiera, que los recursos sean suficientes pero que se administren transparentemente, de forma inteligente. Relata que Colombia tiene un menor Producto Interno Bruto (PIB) en salud del 1% Vs. OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), de forma que no es una distancia que genere dudas sobre la importancia en el gasto país. Reitera la importancia de formalizar el talento humano en salud, pero también, sus dudas de como disponer del RH para EBS cuando hay un déficit promedio del 50% Vs necesidades país y el disponible con serios rezagos en entrenamiento. Se plantea por el CMC, una reforma más retórica que real.

Como médicos, la importancia de intervenir con evidencia científica al menor costo posible, y desestima la conveniencia de ADRES regionales por su incapacidad para administrar más de 1.000 millones de facturas anuales y como gestionarlas. Vuelve a plantear que las juntas de pares pueden ser altamente ineficientes, riesgosas, que abusen de dominio, y que sin reglas claras auditen lo innecesario (más de 1.5 millones de atenciones diarias). Plantea la importancia de mantener lo que se ha invertido en sistemas de información, experiencia auditora. Critica el CMC que la incertidumbre puede además de limitar atenciones en salud, generar insolvencia porque quienes sepan que pueden desaparecer dejen de pagar y generar flujo en el sistema

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA (ANEC): Propone seguir focalizando en el trabajo en PYP, intervenir determinantes sociales y que deje de mercantilizarse la salud porque quienes tienen el mayor sufrimiento son los profesionales de la salud que han visto precarizado sus condiciones.

Sociedades Científicas: Plantea que el Recurso Humano (RH) en salud fue desplazado, relegado por la Ley 100/93, que cada vez es menor la contratación cierta de los profesionales en el sector, que es urgente determinar también la transición para el talento humano y la línea estratégica de como se contratara en adelante, cuáles serán las garantías mínimas de trabajo, eso obliga a que el recurso humano sea realmente integrado en las discusiones con voz y voto. Propone un plan maestro de equipamiento para determinar RH, censo, ubicación, condiciones de desconcentración y definir las necesidades país. Repite que las juntas regionales no son capaces de ejercer realmente una fiscalización técnica y que no genere barreras.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PROFESIONALES DE LA SALUD (ASOSALUD): Refieren tener 31 asociaciones de 14 profesiones en salud que existen con base en la ley 1164/07; plantea la importancia de darle buen uso al Consejo Nacional de Talento Humano en salud (CNTHS) para revisar criterios de conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y que no sean solo médicos y enfermeros quienes representen al sector en talento

humano. Insiste que se debe cambiar la participación ideológica a una concertación política y técnica que permita dignificar el empleo y caracterizar el RH en salud (definir competencias, habilidades, que se amplie a tecnólogos y técnicos que también aportan en la prestación de los servicios en salud). Sugiere definir pisos tarifarios en salarios – principalmente en lo público que es donde mayores dificultades existen por abusos, atrasos. Recomiendan que el Consejo de Talento Humano participe en criterios de homologación (como es de rígido en otros países, que en Colombia no opera).

FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA (FOC): Se especifica en que hay deuda histórica con otras profesiones en salud, que desconoce la importancia de ellas. Insiste en que la incertidumbre genera miedo, parálisis en avance y negociaciones; sugiere que el gobierno y actores envíen mensajes de tranquilidad, pero sobre cosas ciertas y no promesas.

EL COMUN DENOMINADOR:

- MEJORAR COMUNICACIÓN POR PARTE DEL GOBIERNO
- ENTREGAR CRITERIOS CLAROS DE DIGNIFICACION DEL TALENTO HUMANO
- MANTENER EL MODELO POR LA EXPERIENCIA Y CUANTIA DE RECURSOS YA INVERTIDOS
- RIESGOS REALES DE VOLVER PÚBLICO Y REGRESIVO LO QUE HOY SE TIENE
- INCLUIR AL RECURSO HUMANO EN LA TRANSICIÓN, PERO PARA QUE HAYA CRITERIOS DE COMO SE HARA DICHA TRANSICIÓN CON RELACIÓN A CONDICIONES LABORALES DE LA GENTE
- UTILIZAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS FUNDAMENTALES, QUE TRASA LINEAS DE IMPLEMENTACIÓN PENDIENTE DE LA LEY ESTATUTARIA
- DARLE PARTICIPACIÓN E IMPORTANCIA AL CONSEJO NACIONAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD
- INSISTIR EN QUE EL RECURSO HUMANO EN SALUD SE AUTOREGULE

CONCLUSIONES:

- En la transición del cambio de sistema, no se puede afectar la garantía en el sistema de salud, debe ser organizada, planeada y paulatinamente.
- 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.



- Diferencia entre el primer nivel de atención y la atención a la enfermedad.
- Preocupa el tema financiero por la cantidad de dinero y cómo se va a regular.
- Como interrogante ¿de dónde saldrán los recursos y el aseguramiento de este, para que la salud no se quebrante?
- Intervenciones con base en evidencia científica (prevención, detención de vida primaria) lo mejor que se puede dar al paciente con el mejor costo – calidad y economía.
- Se generan los siguientes interrogantes sobre la ADRES ¿Desconcentración de ADRES? ¿Cuánto cuesta? ¿Existirá el Gerente regional de ADRES? Este se nombra por la junta directiva y está conformada por empresarios regionales, trabajadores regionales, alcaldes y gobernadores, ¿se descentralizará ADRES?
- Preocupa el riesgo de injerencia indebida y malversación de recursos.
- Se quiere que exista la reforma y sus grandes enunciados, pero preocupa el manejo desconcentrado de la ADRES, desequilibrio de poder de las IPS, cuando no se tiene el manejo de recursos puede ser peor, (facturación) sin control y auditoría.
- Están de acuerdo con el giro directo a las IPS, pero se necesita un sistema fuerte que remplace la operación de salud.
- La autonomía médica no se puede terminar.
- Participación en la reforma de quienes tienen experiencia en el sector.
- Importante realizar consejos territoriales en salud para cambiar la figura de las EPS y hacer un giro directo a las instituciones.
- ¿Qué pasará con los profesionales de la salud que no son médicos??
- Distensión del régimen laboral en salud, sobre todo en el sector público porque no tiene una contratación clara ni cierta para este sector, debe tener garantías y no puede dejarse a lo que se viene manejando porque no se tiene nada.
- El otorgar facultades especiales al señor presidente preocupa, debido a que debe ser concertado por todos los actores del sistema, porque tienen derecho en tratamiento de políticas, incluso laborales.
- Destinación específica para el pago del talento de salud, ya que no se reconoce de ninguna manera, entre esta se debe manejar la distribución del talento humano, con un censo de ubicación, y de título para que se concentren en las grandes ciudades.
- Los contratos no deben ser de corto tiempo para los médicos, porque generan impacto e inestabilidad.
- Se ve oportuno el no paralizar la atención de salud de la población, generar esperanza y mensajes, en vez de generar incertidumbre.







6. DIÁLOGO CIUDADANO CON AUTORIDADES TERRITORIALES (ALCALDES, PERSONEROS, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES)

La Defensoría del Pueblo, generó espacio de diálogo ciudadano directo, sincero con autoridades territoriales a fin de escuchar de manera significativa sus inquietudes, miedos, temores y expectativas frente a una potencial reforma al sistema de Salud en Colombia, diálogo realizado sin conocer texto oficial del proyecto de ley que pretende radicar el gobierno nacional ante el congreso de la república para su posterior trámite legislativo.

Este espacio contó con la participación de manera presencial de 112 asistentes entre ellos gobernadores, alcaldes, personeros y secretarios de salud de diversos rincones del país, desde el departamento de la Guajira, pasando por Chocó, Nariño, Guainía y del interior del suelo colombiano, para propender por lograr la protección, la salvaguarda y la defensa del derecho fundamental a la salud y demás derechos asociados.

“El mejoramiento, el fortalecimiento y la superación de las vicisitudes, de las dificultades que presenta el sistema, es responsabilidad de todos y de cada uno de los presentes y de todos y de cada uno de los actores que tienen que ver con la garantía del derecho a la Salud” Carlos Camargo Assis, Defensor del Pueblo.

El sexto diálogo fue realizado el 8 de febrero de 8:00 am a 12:00 m en las instalaciones de la Defensoría del Pueblo, sede Nacional, el cual tuvo como invitados a las autoridades territoriales.

Este fue un espacio importante generado por la Defensoría y aplaudido por los asistentes, donde en su campaña “cuidamos tus derechos”, escuchan y aportan un documento formal ante el Congreso de la República.

CONSIDERACIÓN IMPORTANTE:

Como consideración, es de suma importancia conocer el texto del documento del Proyecto de Ley para poder profundizar y trabajar en el mismo, generar mesas de trabajo con participación de los ciudadanos a quienes afectaría de primera los derechos a la salud, la dignidad y la vida.

ROBERTO JAIRO JARAMILLO – GOBERNADOR DE QUINDÍO:

- Informa que con referencia a la atención primaria no existe objeción en la reforma ya que se debe mejorar.
- No se tienen baches, en la Ley 100 existen cosas buenas y malas, no obstante, lo que este bueno y funcionando dejarlo quieto.
- Está pendiente por resolver la cartera de 6 billones entre EPS y Hospitales.



- Importante a lo que ponga en riesgo las entidades territoriales se debe trabajar para poner la voz de los Gobernadores y así realizar mesas técnicas con el Ministerio porque no se deben vulnerar los derechos.
- Las cosas que no están funcionando en la actualidad se deben trabajar en mejorar la oportunidad, la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios.

OTROS REPRESENTANTES:

- Una reforma debe tener recursos claros en inversión sobre todo en las regiones, en las zonas rurales se debe dar primacía en atención.
- La atención especializada intriga en las entidades territoriales.
- No se conocen las minucias sobre la reforma.
- Genera cuestionamiento ¿qué ocurrirá con los recursos que se destinarán a los departamentos de sexta categoría?
- ¿Cómo será el empalme cuando se acaben las EPS, quien asumirá la carga de la EPS?
- ¿En cuanto a secretarios de salud y alcaldes manejan traslados aéreos?
- Cabe aclarar que las EPS indígenas tienen una atención diferencial.
- El tema de financiación no es claro, es preocupante no conocer un texto de reforma.
- Cuando se habla de modificaciones ¿Dónde está el talento humano? Ya que no se quieren ir para la zona rural.
- Las EPS tienen que desaparecer.
- La defensoría cuando tenga el proyecto de Ley debería invitar a las regiones para sentirse representados en la reforma y analizarla de profundidad.
- No se tiene en cuenta los regímenes especiales, solo suma subsidiado y contributivo ¿qué pasa con los profesores, militares, personas privadas de la libertad?
- ¿El SOAT estará como un sistema paralelo?
- Se debe incrementar los recursos ya que la UPC no es suficiente
- Se necesita un cambio en el sistema de salud, no obstante, existe un riesgo de legitimidad en la reforma ya que no se está consultando lo que la ciudadanía opina.
- Se plantea que posterior a lo dicho por el Ministerio esto genera carga laboral a los personeros en materia de tutela.
- Existe un déficit de médicos en materia de especialistas, se debe tener en cuenta la formación de especialistas y que los médicos generales puedan generar estas especializaciones.



- Se debe generar un enfoque en salud mental ya que se está volviendo una pandemia y no se tiene prioridad en este diagnóstico.
- Posterior al Plan Nacional de Desarrollo (PND), artículo 125 - Giro directo de la ADRES, quedan dudas de Cómo lo realizarán y esperan que la defensoría intervenga en el tema para que esos giros directos no limiten el acceso a salud frente a la reglamentación de este artículo.
- La gestión de riesgo no se puede diluir de los colombianos que genere cobertura en cada territorio de acuerdo con su necesidad, la UPC debe estar en realidad a todos los territorios, fortalecer la gestión clínica segura, regular el manual tarifario para que tenga techos de tarifas y no pisos de tarifas, así obliga a competir de manera sana, financiamiento sobre los migrantes y regular no se ha tenido recursos para esto.
- Se tienen falencias por las EPS, no obstante, no se debe eliminar si no trabajar en lo que está construido.
- Se han dejado de llevar recursos al campo.
- Las personerías municipales tengan incorporado dentro de la reforma un artículo donde obliguen a la implementación de apoyo a la salud en las personerías, para optimizar el servicio.
- Existe una preocupación de la administración se da en las municipales, ya que no tienen personal ni capacidad estructural para asumir estos roles de EPS.
- La reforma no debe ser de un partido político debe salir de los 50 millones de colombianos.

TEMAS RELAVANTES Y COINCIDENTES:

La mayoría de los asistentes coincidieron con los siguientes temas:

- La necesidad de socialización y claridad con relación a los puntos que se pretende reformar
- Una vez se tenga el texto se invite a las regiones al diálogo para que las comunidades de diversos territorios, etnias, se sientan representados.
- Tener presente aquellos aspectos que hoy funcionan y es mejor no tocarlos.
- De ninguna manera permitir se politice la atención en salud.
- Una reforma, no ideológica, ni política, ni revanchista, una reforma enfocada a la protección del derecho y no a la prestación de los servicios, para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía.



- ¿Cómo se financiará los cambios con la nueva reforma? De dónde saldrán los recursos.
- La deficiente infraestructura hospitalaria en los municipios de sexta categoría y el limitado acceso a los servicios de salud.
- Existen diversos determinantes sociales, como transportes, vías, dispersión geográfica, cobertura de internet, que obstaculizan la efectiva prestación del servicio de salud.
- Es importante la atención primaria en salud, debe fortalecerse y también en educación; sin embargo, cuánto cuesta esa atención en territorios alejados y dispersos”.
- La pandemia fortaleció la infraestructura y en materia de promoción y prevención se descuidó.
- Con relación al talento humano, no se cuenta con el suficiente personal para cubrir los territorios alejados, existe déficit especialmente en especialistas, el personal no cuenta con las garantías en seguridad social, dignificación laboral.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria en los territorios
- La no efectividad de la tutela, como tampoco del desacato.
- La inmensa deuda que tienen las EPS
- “Qué ocurrirá con los recursos que se transfieren a municipios de sexta categoría y a las ESE”.
- Las secretarías de salud no cuentan con la disponibilidad de personal, logística y administrativa.
- Sistema unificado de información para la gestión de salud.
- Eliminación de trámites a nivel administrativo

FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS:

- Considera importante fortalecer la atención primaria en salud en los territorios alejados y rurales. Sin embargo, en el proyecto de reforma no se tiene en cuenta la atención especializada.
- De igual manera manifiesta que “la Ley 100 quedan buenos aportes, el que no era empleado, que no pagaba seguridad no tenía cobertura en salud, desde esta ley se da cobertura a núcleo familiar” “lo que este bueno déjelo quieto, hay cosas que están funcionando, no se deben tocar”, sin embargo, solucionemos la oportunidad, pertinencia y eficacia en los servicios”.



- Es importante analizar: cuánta plata se ha invertido en infraestructura hospitalaria, cuánto tiempo se puede perder si no se tiene en cuenta estos avances”
- Qué va pasar con el paciente que tiene quimioterapia, cómo será el tema de la transición, sin dejar de garantizar el derecho a la salud.
- “A lo que ponga en riesgo la salud de los colombianos vamos a sentar nuestra voz y se estará directamente atentos para garantizar la salud de los colombianos”.
- Por resolver los 16 billones que le deben a las IPS, de los cuales 6 billones tienen cartera mas de un año, las ESE de sexta categoría agonizan.
- El llamado al diálogo, a conocer el texto, leerlo, escudriñarlo, mirar los pormenores, analizar los artículos de fondo, para realizar una discusión completa.

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE OPORAPA, HUILA:

- hay una gran inquietud, “qué ocurrirá con los recursos que se transfieren a los municipios de sexta categoría y a las ESE”

SECRETARIA DE SALUD DE INÍRIDA, GUAINÍA:

- Les preocupa que el proyecto de reforma contempla transferir a los territorios la función de las EPS, “cómo será el empalme, cómo va hacer el alcalde y secretario de salud que tiene múltiples funciones, si le corresponderá realizar referencia y contrarreferencia, traslados, traslados aéreos, albergues, y demás que no queda contemplado en la norma”

SECRETARIO DE SALUD DE ALBANIA, GUAJIRA:

- Considera que la reforma a la salud se necesita porque hay un paseo de la muerte, “las EPS no tienen por qué seguir existiendo”

SECRETARIA DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA:

- Tener en cuenta regímenes especiales (población privada de la libertad, maestros, ejercito, fuerzas militares siguen siendo regímenes especiales, lo que quiere decir que siguen sistemas paralelos)
- Con el proyecto de reforma el SOAT sigue siendo un sistema paralelo, que la accidentalidad por tránsito sea incluida al sistema, lo que aumenta recursos, por cuanto la UPC no es suficiente.
- Las ARL debería sumarse al sistema de salud
- Que exista un sistema único, no un subsistema que incluya regímenes especiales, ello llevaría a la justicia, integralidad, unificación de sistemas.



SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA:

- Indica que en el proyecto de reforma se tiene contemplado que donde no hay hospitales de primer nivel organizar los Centros de Atención Primaria (CAP), “desde el departamento del Tolima, en la mayoría de municipios se tiene salas de parto y no hay partos, hay 8 partos al año, 10 partos al año, porque el talento humano no se atreve a asistir a un parto, entonces todos los partos nos los envían a las capitales, entonces ahora vamos a tener Traslados de pacientes a los servicios de salud (TPR), pero entonces no tenemos el talento humano, que esa es una de las grandes dudas, dónde está el talento humano; el talento humano no se quiere ir a zona rural; no hay talento humano para arrancar los 3.900 equipos e implementar los servicios”

REPRESENTANTE DE MUNICIPIO DE MANÍ, CASANARE:

- “La infraestructura hospitalaria y atención primaria en lo referente a ambulancias es deficiente, es básica”.

PERSONERA DEL MUNICIPIO DE TOPAIPI, CUNDINAMARCA:

- Municipio rural con 36 veredas, víctima del conflicto armado, “magnífico que población tenga médico profesional y no rural”, “con relación a pacientes con diagnóstico psiquiátricos que requieren medicamentos, no hay farmacias con autorización de medicamentos controlados, el lugar más cercano es Chía” Se requiere accesibilidad y humanización en el servicio.

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE PAUNA, BOYACÁ:

- La reforma se está construyendo para una población, pero no se consulta.

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE VISTA HERMOSA META:

- Los municipios que después de firmado el proceso de paz cuentan con Espacio Territorial de Capacitación (ETC), siguieron prestando los servicios con la misma infraestructura y talento humano, pero recibieron más población, por lo que necesitan que se cuente con mayor talento humano.

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE VILLA MARÍA, CALDAS:

- Políticas públicas que tengan en cuenta los determinantes para la salud, así mismo, los agentes de auditoría no tienen en cuenta el concepto del médico tratante, es importante este aspecto en la auditoría y autorregulación para no afectar el derecho a la salud. “Una reforma que tenga un enfoque en salud mental porque es otra pandemia, que se cuente también con profesional en salud mental”



PERSONERO SAN JOSÉ DEL PALMAR, CHOCÓ:

- Las EPS con sus propios recursos aseguren los riesgos que se presenten como es el caso de transporte para zonas dispersas geográficamente. “¿Será que la prima adicional de UPC, no alcanza o se debe a irregularidades?, por ellos solicita reglamentación del Plan de Desarrollo para giro directo en transporte”.
- Gestión del riesgo, hay que seguir gestionando el riesgo individual de cada colombiano que genere coberturas de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada territorio y a las realidades territoriales de producción y venta de servicios, es diferente a zona dispersa o concentrada
- Fortalecer la gestión clínica segura
- Manual tarifario no debe ser único, hay que regularlo para que tenga techos de tarifas y no pisos
- Habilitación de grupos extramurales
- Fortalecer la red integrales e integrales
- Cómo se financia la salud de la población migrante no asegurada,
- “Si se transfiere la gestión del riesgo también debe transferirse los recursos”
- Tener excelente sistema de información, auditoria, seguimiento a gestión del riesgo
- Debería tenerse la obligación de crear plan epidemiológico territorial

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE UTICA Y TIERRA NEGRA, BOYACÁ:

- Consideran que las EPS deben responder a la entidad territorial y no solo a la Superintendencia de Salud
- El control debe estar en el territorio, capacitar a personeros, alcaldes y no concentrar la función a nivel central de la Superintendencia de Salud

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE UBATÉ, CUNDINAMARCA:

- Cobertura y aseguramiento universal, pero hay falencias en la prestación de servicios
- No hay caracterización adecuada de la población en los territorios
- A nivel municipal los recursos para aseguramiento son grandes, pero PYP son limitados, debe fortalecerse la salud pública.
- La EPS debe ser gestora del riesgo en cada territorio



- Los contratos deben ser de tracto sucesivo para no detener la atención en enero.
- Fortalecer a las entidades territoriales en vigilancia, seguimiento y control a los aseguradores y prestadores de los servicios de salud.

REPRESENTANTE DEL MUNICIPIO DE VIOTÁ, CUNDINAMARCA:

- Consideran que no se debe cambiar de administradores, es necesario fortalecerlo porque siempre habrá administradores.

ASOCIACIÓN CALDENSE PERSONERO:

- Se incluya un artículo en el cual se implemente un apoyo en salud a las personerías. Si la administración se refleja a las administraciones territoriales, no se tiene la capacidad de tener personal para su secretaría, menos capacidad e infraestructura para hacer las funciones de EPS, ello no tendría imparcialidad.
- Que el ministerio de salud dé apertura a diálogos a nivel salud.
- “Preocupa el que desaparezcan las EPS porque el centralizar todo en entidades territoriales, es ser juez y parte”, concentración de funciones en entidades territoriales, lo que imposibilita la protección del derecho.

PERSONERA DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA:

- Inquietud, “el derecho a la salud cubre todo, el proyecto de Ley no deja claro en lo relacionado con la medicina prepagada y planes complementarios, este artículo señala que las empresas privadas que tienen como objeto social prestar esos servicios ahora lo van hacer de manera ajena al sistema general de salud, dentro de esa reforma también hay un principio que porque se tiene que velar por todo el sistema, se llama principio de condición más beneficiosa, las personas que tienen los recursos para pagar medicina prepagada o plan complementario, ese recurso financia el sistema, qué va pasar con esas personas, le descuentan por el aporte y si va buscar un plan complementario lo que le genera al ciudadano un costo adicional, esto no está claro en la reforma, pero es importante porque tendrá impacto fiscal en los colombianos, no en todos pero en algunos”.

ALCALDE DEL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ, CUNDINAMARCA:

- Cirujano de trasplante de órganos, trasplante renal, cirugía hepática, “los problemas, la integración vertical y los oligopolios en el sistema, la verticalidad funciona en el privado y no en lo públicos”.



- La corrupción en el país (reaseguros, regalías, hospitales que se han construido dos veces y no existen, el uso de nuevas tecnologías, y demás carteles).

PERSONERO DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS, TOLIMA:

- Toda reforma debe estar enfocada a garantizar el derecho fundamental como lo es la salud y no en la prestación del servicio.
- Verificar que el proyecto de reforma a la salud no sea regresivo
- El centro de discusión no debe centrarse en la administración de recursos cuando debe centrarse en el derecho a la salud, maximización de los recursos para garantizar el derecho.
- “El derecho fundamental no se logra solo a partir de normas jurídicas o sentencias judiciales, es necesario pensar en éste sistema cómo se va articular con políticas públicas, cómo garantizar y satisfacer mejor los derechos fundamentales, cómo se integra y cómo se puede complementar con políticas públicas ya existentes o cómo se van a tener que modificar esas políticas públicas para garantizar de la mejor manera el derecho fundamental a la salud de los y las colombianas; y paralelo a eso, cómo esto se va integrar realmente con políticas públicas y programas de cuidado, de un sistema de cuidado que no tenemos, que actualmente se lo hemos desplazado a las EPS, la mayoría de veces vía tutela, que también generan gastos, que en Colombia es inexistente, hay promesa en futuro ministerio de igualdad, el caso es que ese tema de cuidadores, de apoyos, son figuras que socialmente se hay terminando desplazando, especialmente en tema de genero, no hay respuesta institucional”.

CONCLUSIONES:

- “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” señaló un alcalde presente; también se resaltó por parte de algunos participantes la necesidad de darle un enfoque diferencial con enfoque étnico al sistema de salud. Una personera resaltó 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.
- Lo que más preocupa a las autoridades territoriales es el déficit de médicos y talento humano en salud, principalmente de especialistas y que los médicos generales puedan ser resolutivos; la atención de la población migrante y de la

población pobre no asegurada; un alcalde señaló que “Existe una preocupación de la administración, en especial de los municipios de sexta, ya que en las municipalidades no se tiene personal ni la capacidad estructural para asumir estos roles que hoy cumplen las EPS”

- Algunas de las preguntas que se escucharon en este diálogo fueron: ¿Cómo será el empalme cuando se acaben las EPS, quien asumirá la carga de la EPS?; ¿En cuanto a secretarios de salud y alcaldes manejan traslados aéreos?; ¿Cómo garantizar que el talento humano, sobretodo especializado llegue a zonas rurales y territorios alejados?; ¿qué pasará en la reforma con la salud de los profesores, militares, personas privadas de la libertad?; El SOAT estará como un sistema paralelo?; ¿qué ocurrirá con los recursos que se destinarán a los municipios de sexta categoría?; ¿Las entidades territoriales ejercerán función de inspección y vigilancia?
- Algunas de las propuestas que se escucharon fue una UPC diferencial para los territorios alejados y dispersos, pero que no se quede en el papel; la reforma debe ser más participativa para legitimarla, pues el cambio se necesita pero se corre el riesgo de fracaso por no hacerla participativa; “se debe generar un enfoque en salud mental ya que se está volviendo una pandemia y no se tiene prioridad en este diagnóstico” dijo una secretaria de salud presente; se debe fortalecer la gestión clínica segura, regular el manual tarifario para que tenga techos de tarifas y no pisos de tarifas, así obliga a competir de manera sana; “(...) 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” propuso un personero.









7. DIÁLOGOS CIUDADANOS CON EXMINISTROS Y EXVICEMINISTROS DE SALUD.

GENERALIDADES

La Defensoría del pueblo como entidad de DDHH y para proteger el derecho fundamental a la salud y promover la democracia participativa, como eje central de nuestro Estado Social de Derecho, el día 15 de febrero de 2023, generó y lideró un espacio de participación ciudadana para exministros y exviceministros de salud, actores representativos del Sistema de Salud, para que de manera espontánea expusieran los potenciales temores y expectativas, con el fin de escucharlos y permitir un intercambio de experiencias, opiniones, planteamientos y concreción a temas críticos, relacionadas con el 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”.

En este importante espacio intervinieron dos exministros de salud, tres viceministros de salud y un exmagistrado auxiliar de la corte constitucional, quien actualmente se encuentra asesorando a este grupo de profesionales.

PREOCUPACIONES SOBRE EL PROYECTO DE LEY:

- El proyecto de Ley presentado ante el legislativo desconcentra para concentrar un riesgo enorme de politiquería y corrupción.
- El resultado que esto pudiera tener de la red pública en Colombia, dado que la red la conformaran las entidades territoriales con un régimen o manual tarifario único, donde explícitamente el proyecto determina que se prioriza lo público.
- El fraccionamiento de la Unidad de pago per cápita, en dos cuentas, una que se gira por evento a los capires de la red primaria y otra que se gira por evento a las ET por concepto de género y equidad regional, lo cual desmonta el sistema de aseguramiento, el cual defiende porque hay que entender que es un elemento central del sistema y porque ha garantizado el riesgo financiero de ellos colombianos.
- Eliminación de EPS y Debilitamiento de la red privada (IPS).
- Quien asumirá y como harán la logística de garantizar la prestación de los servicios con los recursos disponibles; quien articulará las redes de servicios de salud, el servicio de transporte de pacientes, las prestaciones económicas.
- Las personas perderán el derecho a la salud.



- Se incrementará el gasto de bolsillo.
- Fragmentación de la red de servicios, de la gestión financiera y de la administración.
- Se perdería la información y la experiencia
- En este proyecto de Ley tampoco es claro como se hace el proceso operativo de la gestión del riesgo en salud y la gestión del riesgo financiero.
- Hemos ganado acceso, cobertura y experiencia.
- Hemos entrado en una discusión del marco constitucional del derecho fundamental a la salud.
- Nos preocupa la sostenibilidad del sistema.
- La contratación por los fondos regionales.
- No hay claridad sobre la transición, la cual debe ser explícita y clara.
- 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 los servicios de urgencias.
- NO hay control 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 llevan a cabo actualmente las EPS.
- Se sobreestima la capacidad de articulación de un nuevo sistema donde los incentivos a la eficiencia y calidad se pierdan.
- Se sobreestima la capacidad del MSPAS para asistir a los entes territoriales.
- La quiebra de ellos sistemas se dará en dos o tres años.
- Las tutelas contra las ET se quintuplicarán.
- La carga financiera se irá acumulando a las EPS, a las ET a la ADRES y al Gobierno.
- Los tiempos de espera se dilatarán.
- Contrato social.



ELEMENTOS POSITIVOS DEL PROYECTO DE LEY:

- 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 DE REFORMA:

Para este análisis se preguntó uno de los asistentes: ¿CUALES SON LOS LÍMITES CONSTITUCIONALES BÁSICOS QUE DEBERÍA CONTENER UN SISTEMA ESTRUCTURAL QUE DEPENDE DEL GOCE EFECTIVO DE UN DERECHO FUNDAMENTAL?

Y para brindar respuesta planteó cinco asuntos o elementos básicos:

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:

¿Quien asumirá y como harán la logística de garantizar la prestación de los servicios con los recursos disponibles; quien 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.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito.

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

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

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

APME: Alimentos de Propósito Médico Especial.

INS: Instituto Nacional de Salud.

ARL: Administradoras de Riesgos Laborales.

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.

ETC: Espacio Territorial de Capacitación.

APS: Atención Primaria en Salud.

CAPS: Centros de Atención Primaria en Salud.

EMIT: Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales.

TPR: Traslados de Pacientes a los Servicios de Salud.

PYP: Promoción y Prevención.

PBS: Plan de Beneficios de Salud.

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

SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

TH: Talento Humano.



RH: Recurso Humano.

PQR: Peticiones, Quejas y Reclamos.

PQRD: Peticiones, Quejas, Reclamos y Derechos de Petición.

RISS: Redes Integrales de Servicios de Salud.

EBS: Equipos Básicos de Salud.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ACHC: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

ANM: Academia Nacional de Medicina.

CMC: Colegio Médico Colombiano.

ANEC: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia.

ASOSALUD: Asociación Colombiana de Profesionales de la salud.

ASMEDAS: Asociación Sindical de Médicos de Colombia.

CAPRECOM: Caja de Previsión Social de Comunicaciones.

ISS: Instituto de Seguro Social.

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de medicina Integral.

GESTARSALUD: Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud.

ASOCAJAS: Asociación Colombiana de Cjas de Compensación Familiar

PIB: Producto Interno Bruto.

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

PISA: Política Integral de Salud Ambiental.

ANDI: Asociación Nacional de Empresarios de Colombia.

AFIDRO: Asociación de laboratorios Farmacéuticos de investigación y Desarrollo.

ASINFAR: Asociación de Industria Farmacéutica de Colombia.

ASCIF: Asociación Colombiana de la Industria Farmacéutica.

FENALCO: Asociación Nacional de Comerciantes.

SIESSALUD: Sociedad Integral de Especialistas en Salud.

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