



**NO PERMITIREMOS QUE
ARRASEN EL SISTEMA DE SALUD**

LO FORTALECEREMOS

L

ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA A LA SALUD DEL GOBIERNO NACIONAL

**- Expresidente de Colombia, César Gaviria Trujillo
- German Escobar**

L

Cuestiones sobre la constitucionalidad del trámite como Ley ordinaria

La Ley 100 de 1993 (ordinaria) crea el **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**, bajo el marco del Sistema de Seguridad Social Integral. Por su parte, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, tiene “por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección,” estableciendo el **Sistema de Salud**, como un conjunto de distintos elementos técnico jurídicos para “la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.”

El marco legal en salud, define entonces dos estructuras: i. el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** y ii. el **Sistema de Salud**, no obstante, ambas tienen la misma finalidad y en la práctica, son lo mismo. Ahora, desde la perspectiva legal, por regla básica, la jerarquía de la Ley 1751 de 2015, impone superioridad del Sistema de Salud por sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, **reiterando que en la práctica son lo mismo, se concluye, entonces, que una modificación sobre el SGSSS es una modificación del Sistema de Salud y de la Ley Estatutaria.**

Por último, dado que el Sistema de Salud es un instrumento para materializar el derecho fundamental, cualquier ajuste sustancial de éste, tiene implicaciones directas sobre la garantía de este derecho, **por lo cual su trámite debe ser de carácter Estatutario.**



Análisis técnico del cumplimiento de los elementos mínimos para la garantía del derecho fundamental.

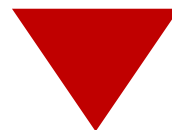
Todo sistema de salud, sin importar su naturaleza Estatal o privada, debe contar con una estructura funcional que ejerza la gobernanza corporativa sobre distintas áreas como el desarrollo del talento humano, la producción de servicios de salud, la calidad, las operaciones, la compra inteligente de servicios y tecnologías, la financiación y contabilidad, la preparación a emergencias y desastres, la investigación y desarrollo, entre otras. En síntesis, es una arquitectura compleja que trabaja en múltiples dimensiones para garantizar que el sistema pueda cumplir con sus objetivos. Los sistemas de salud no son simples prestadores de servicios sanitarios, sino gestores inteligentes de los riesgos de salud de las personas y la población.

Este proyecto de Ley no solo no crea la estructura organizativa mínima necesaria del sistema para permitir la construcción de estas áreas, sino que además genera una gobernanza débil, con funciones poco claras y repetidas, mediante un aparato burocrático de línea política y no técnica, basado en órganos colegiados no idóneos, sin articulación.

Las principales fallas y riesgos del proyecto en lo respectivo a la estructura de gobernanza son:



L



Riesgos del modelo de gobernanza del Proyecto de Ley

Ítem	Artículos	Descripción	Riesgos
Consejo Nacional de Salud y Consejos Territoriales	9-13	Se debilita la rectoría del Ministerio de Salud con la creación del Consejo Nacional de Salud (y consejos territoriales) cuyas funciones no quedan claras frente a la conducción del sistema, pues lo posiciona como un “co-director.” Además, su composición con 40 miembros hace virtualmente imposible la toma de decisiones estratégicas y ejecutivas. Se generan dudas sobre los criterios para la definición de sus miembros y la representatividad que tendrán.	Parálisis en la conducción estratégica y táctica del sistema de salud. Politización de las decisiones técnicas de salud.
Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud.	43	No existe articulación y posible duplicidad de funciones con los Consejos Territoriales de Salud.	Inestabilidad en la operación del sistema de salud. Creación de un aparato burocrático con claras duplicidades en sus funciones que entorpecerá las decisiones.
Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital	45	No hay articulación con las estructuras arriba descritas. Duplicidad de funciones con los Consejos de los Fondos Regionales pues su función es la de ser “dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos.”	Ineficiencias del Estado y el sistema de salud. Costos administrativos redundantes.
Consejo de Planeación y Evaluación en Salud	46	Duplicidad de funciones con las estructuras arriba mencionadas, en especial los Consejos Territoriales de Salud y los Consejos de Administración de los Fondos Regionales.	



Manejo de los recursos financieros

Las fallas en el diseño del modelo de gobernanza corporativa en el proyecto de Ley de reforma a la salud se ven especialmente acentuadas en lo que respecta al manejo de los recursos financieros del sistema. En resumen, nuevamente se crean estructuras de carácter político, sin la arquitectura técnica mínima necesaria, con una concentración peligrosa en la ordenación del gasto en personas específicas, además de falta de garantías para ejercer una auditoría realmente independiente, pues la contratación de la misma la hace el propio ordenador del gasto.

Riesgos de corrupción e ineficiencia

Existe una concentración excesiva de poder en la ordenación del gasto de mediana y alta complejidad por parte de solo 5 gerentes de los Fondos Regionales.

Los gerentes de los Fondos Regionales son nombrados por el Consejo Administrador correspondiente, en el cual tiene presencia el poder político local y representantes de los trabajadores, los cuales, a su vez, son nombrados por dicho poder político.

No hay claridad en el texto de quién ordena el gasto de los centros de atención primaria.

Pobres enlaces y falta de coordinación con las demás estructuras de gobernanza, lo que afectará negativamente el monitoreo de la gestión del riesgo en salud y planeación estratégica del sistema.

Distribución de funciones entre los Fondos de orden nacional y territorial.

ADRES

Funciones

Administrar los recursos del sistema, mediante el Fondo Único Público de Salud.

Girar a los prestadores de acuerdo con el ordenador del gasto (Fondos) y a los territorios de salud para programas de Promoción y Prevención.

Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago.

Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional y territorial la gestión de los recursos, pagos y la auditoría de las cuentas.

FONDOS REGIONALES DE SALUD

Funciones

Ordenar el gasto de todas las atenciones de salud por prestadores públicos, mixtos o privados en los niveles de mediana y alta complejidad.

Gobernanza

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por 3 representantes de los empleadores, 3 representantes de los trabajadores, 2 representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y 1 representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional y éste a los respectivos subgerentes.

FONDOS TERRITORIALES DE SALUD

Funciones

Financiar el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la **ejecución** de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio.

Ordenar el gasto para la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.



Posible efecto de la reforma sobre la prestación de salud privada

Existe un riesgo importante de que se accione un proceso de mediano plazo que limite la supervivencia de la actual prestación de servicios de salud por parte del sector privado. Debido a que toda la precaria estructura de gobernanza sobre la operación del sistema sería Estatal, esta puede gestionar la expansión hospitalaria pública, garantizando su demanda y presupuestos futuros, en detrimento de la prestación por el sector privado, sin un incentivo o sujeción a indicadores de calidad o preferencia de los usuarios.

Para ser más precisos, el proyecto de Ley plantea un sistema de referencia y contra-referencia (artículos 86 y 90), el cual inhibe la elección del usuario. Por otro lado, los órganos colegiados creados (descritos arriba), cuyas funciones tienen incidencia en la configuración de la red de prestación, tienen además influencia sobre el ordenador del gasto (los fondos regionales y territoriales de salud), lo que puede orientar el gasto en salud exclusivamente hacia los prestadores públicos.

Para completar esta situación, la conformación propiamente de las redes de atención de todo el territorio y para todos los usuarios (bajo la estructura corporativa es difícil de hablar de redes verdaderamente integradas), es la Entidad Territorial (coordinadamente con el Minsalud) (Art. 79). Así las cosas, y dado que pueden garantizar la futura demanda de usuarios, forzada por el sistema de referencia y contra-referencia, es posible que la conformación de estas redes prescinda con mayor solvencia a lo largo del tiempo de la red privada, a expensas de la expansión de la suficiencia hospitalaria de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Hay que decir que, todo esto es posible, gracias a que se limita completamente la escogencia de los usuarios de sus centros de atención en salud, por lo que se pierde un incentivo primario de competencia por atraerlos ofreciendo mejores servicios.



Ausencia de mecanismos de gestión integral del riesgo en salud

Uno de los elementos más importantes de los sistemas de salud es su capacidad para gestionar los riesgos en salud de las personas, comunidades y la población. Esto quiere decir, no solo anticiparse a su aparición, desde la oportuna detección de los mismos, sino la conformación de distintas estructuras para su atención, una vez estos se materialicen (tarde o temprano, todos tendremos la necesidad de atención médica). En este sentido, se requiere de:

Conformar adecuadamente la red de servicios y profesionales.

Acompañar al paciente a lo largo de toda la ruta de atención.

Coordinar a los distintos agentes clínicos y administrativos.

Proyectar los riesgos futuros y o posibles complicaciones de los individuos, las comunidades y la población.

Garantizar que la atención en salud sea de la mejor calidad posible y basada en la evidencia.

Promover la eficiencia en el uso de los recursos para garantizar la sostenibilidad y la garantía del derecho fundamental.

Contar con los recursos logísticos y tecnológicos necesarios.

L



El proyecto de Ley establece una Coordinación Regional de la Red de Servicios (Art. 88) que administrará el sistema de referencia y contra-referencia (mencionado arriba). No obstante, como se evidencia, esto es tan solo un proceso logístico-operativo dentro del espectro mucho más grande que comprende la gestión integral del riesgo.

Desafortunadamente, el proyecto de reforma no genera una estructura capaz de gestionar los riesgos de los individuos y la población de forma inteligente, en sus distintas dimensiones y presenta una visión reduccionista y limitada de un sistema de referencia de pacientes entre centros hospitalarios.

Adicionalmente, esta instancia de coordinación tiene funciones de evaluación de las redes, nuevamente, en una duplicidad de funciones de los demás cuerpos colegiados creados.

Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – CAPIRS (¿APIRS?)

De acuerdo al artículo 86, “las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad,” pero al mismo tiempo, el artículo 54 define que las EPS se transformarán y podrán “crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley.”

De forma adicional, el mismo artículo dispone que “Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico.”

De otra parte, **ni el articulado, ni el anexo técnico de la exposición de motivos permiten determinar:** i. la línea de base de los CAPIRS con que arrancará el nuevo sistema de salud, ii. la proporción de CAPIRS que crearán o administrarán en la práctica las EPS versus los que estarán directamente administrados por la Entidad Territorial, iii. aclara la fuente de

financiación para la creación de CAPIRS por las entidades territoriales.

En definitiva, los artículos 86 y 54 (entre otros), evidencian una situación confusa sobre la conformación y administración de los CAPIRS. **Entra en absoluta contradicción el hecho de que las Entidades Territoriales nombran al director de los CAPIRS y su personal y que las EPS transformadas podrán crearlos y administrarlos.**

Este proyecto de Ley posibilita el aumento exponencial de la burocracia asociada a las Entidades Territoriales de Salud con el nombramiento de los directores y el personal de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS). No obstante, no establece los controles administrativos y fiscales suficientes para garantizar la idoneidad de la contratación y los criterios objetivos para la definición de los nuevos centros.



Elementos generales ausentes en el proyecto de Ley de reforma a la salud

1. No se determina la duración del periodo de transición, lo que puede llevar al sistema a un escenario de incertidumbre severa paralizando a los agentes y afectando su funcionamiento y la garantía del derecho fundamental a la salud.
2. No existe un cálculo de recursos físicos, de talento humano y financieros necesarios para generar las nuevas capacidades en la ADRES y las estructuras Estatales por crear. Esto es una limitación crítica para evaluar la viabilidad de todo el proyecto.
3. El proyecto de Ley no establece una hoja de ruta, hitos e indicadores para el periodo de transición hacia el nuevo sistema, una condición mínima para la planeación de cualquier política pública y que está sujeto a robusta jurisprudencia en la materia.
4. El nuevo arreglo institucional Estatal derriba los incentivos a la calidad y eficiencia del actual sistema de salud y no implementa nuevos incentivos al respecto. Este nuevo modelo incentiva el gasto desmedido en salud con pocos controles, además de la imposición de un manual tarifario cuya viabilidad de construcción es poco realista en el corto plazo, considerando que existen más de 30 mil códigos de medicamentos y aproximadamente 14 mil códigos de procedimientos registrados.

Aspectos positivos generales del proyecto sobre los cuales construir

1. El proyecto de Ley busca generar mayores niveles de accesibilidad y efectividad mediante el enfoque en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se sugiere revisar la conformación de los equipos de atención primaria para hacerlos más eficientes (con la generación de promotores de la salud, etc).
2. El proyecto de Ley busca el mejoramiento de las condiciones laborales y de formación continua de los trabajadores de la salud, lo cual es una necesidad imperante. Se sugiere la convocatoria y la armonización de los planteamientos con el Ministerio de Educación.

