



Comunicado al presidente de la República Dr. Gustavo Petro Urrego

Bogotá D.C., noviembre 22 de 2023. En calidad de organización gremial que tiene como misión garantizar el ejercicio ético de la profesión médica, dentro de la concepción de *salud* como un derecho fundamental integral, principio de seguridad social, y *salud pública* como responsabilidad del Estado, expresamos nuestro respaldo irrestricto al proyecto de reforma a la salud que se debate en el Congreso (Proyecto de Ley 339 de 2023), porque sabemos que es el resultado del estudio y la discusión que por muchos años lideró la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, con organizaciones de la sociedad civil. Incluidos los trabajadores de la salud

En este sentido, distamos de lo afirmado en el comunicado del 29 septiembre 2023 de las organizaciones gremiales autollamadas Acuerdos Fundamentales que, junto a los partidos políticos Centro Democrático y Cambio Radical, hacen oposición niegan la posibilidad de corregir las fallas estructurales del sistema de salud que han profundizado la inequidad en Colombia.

Sabemos que el principal punto de desacuerdo es el que se refiere a la administración pública de los recursos públicos, el mismo que se ha fundamentado en tergiversaciones que circulan desde los medios de comunicación, y ante las cuales queremos expresar lo siguiente:

1. La reforma estructural al sistema de salud cuenta con un estudio económico detallado de 103 páginas, realizado por el Doctor en Economía, Luis Jorge Garay, dividido en dos partes:
 1. Condiciones de partida del proceso de reforma, donde se analizan los indicadores trazadores de las inequidades de salud, evolución de los recursos, incremento progresivo de la UPC, situación financiera de las EPS, deudas reconocidas de las EPS activas a las IPS y de las liquidadas o en liquidación, sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de permanencia de las EPS, deudas acumuladas de las IPS, estado actual de los trabajadores en el sector, estimación de la laboralización, administrativo y asistencial-misional, comparación del costo de trabajadores por OPS y laboralizados y plan nacional de formación de talento humano en salud.
 2. Cambios estructurales propuestos por la reforma que incluye la nueva arquitectura institucional de gobernanza territorializada con control



centralizado, estrategia para la asignación de los recursos con un cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos, inversión para el sistema de información, costo de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial, proyección de fuente de recursos para la reforma destinados a infraestructura y centros de atención primaria en salud –CAPS—, saneamiento de deudas como los pasivos de Empresas Sociales del Estado, afectación de resultado por siniestralidad, cálculo de siniestralidad total en varios escenarios y proyección de cálculo de condiciones financieras. El estudio económico de la reforma cuenta además con dos anexos, uno sobre modelos de UPC y otro sobre la ADRES. El texto, que es de dominio público y que se ha dado a conocer a todas las organizaciones arriba mencionadas, por alguna razón siempre es omitido en los argumentos de la oposición que insiste, de manera reiterada, en que “la reforma de salud carece de un estudio económico”.

2. Las fuentes financieras de la salud están definidas en la Constitución, y no se pueden modificar con una ley ordinaria. Tal como lo propone el proyecto en su artículo 55: “El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso”.
3. La reforma no implica la eliminación de las EPS. Propone la transferencia directa de los recursos desde la ADRES hacia las IPS, quitándole a estas la gestión financiera. Es aquí donde hay más rechazo. Las palabras del director de la ANIF lo resumen: “pero si las EPS se hicieron para manejar la plata”. Así que el meollo del debate de la reforma a la salud es el dinero. De esta manera han querido reservar la idoneidad para la administración de los recursos públicos sólo a los privados, como lo expresa el comunicado de Acuerdos Fundamentales en su *numeral e*. “Consideramos que las funciones de contratación y auditoria deben permanecer como competencia de las Gestoras de Salud y Vida, sin



perjuicio que la ADRES como recaudador y pagador único pueda realizar auditorías aleatorias” Esto significa hacer que parezca distinto para continuar igual.

4. Es cierto que la cobertura tanto del régimen contributivo como del subsidiado, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se ha incrementado. No obstante, también es innegable que las barreras a los servicios de salud han generado miles de acciones legales como último recurso para gozar del derecho a la salud. Todos sabemos que los sistemas de salud tienen la obligación de ser asequibles, equitativos, sostenibles y de calidad, pero hay evidencias que indican debilitamiento en sus principales funciones: promover, restablecer y mejorar la salud individual y colectiva. Esto se ve reflejado en el descontento generalizado ante la incapacidad de estos para prestar un servicio digno, con el agravante de que obligan a incrementar los gastos de bolsillo de parte del ciudadano.
5. La falta de transparencia de las EPS en el manejo de los dineros públicos con destinación específica, las auditorías amañadas y control casi absoluto de 84 billones de pesos anuales, generan duda en la eficacia y legitimidad del actual modelo. Los hallazgos recientes de la Superintendencia de Salud demuestran que 20 de las actuales EPS no cumplen con los requisitos de ley, como por ejemplo que las EPS tengan al menos 8% del costo anual en inversiones que respalden sus reservas técnicas, condición reglamentada muy bien por el Decreto 2702 de 2014. Escandalosamente, 12.4 billones de pesos han sido provisionados a las reservas técnicas y no se encuentran en activos. Ante este hecho no hemos escuchado ninguna protesta, indignación o solicitud de investigación por parte de los congresistas opositores que sabotean el avance del debate del proyecto, o de los gremios médicos que los acompañan y que hoy se oponen a la eliminación de la intermediación financiera.
6. La ponencia aprobada en segundo debate, crea las Gestoras de Salud y Vida con funciones de coordinación dentro del sistema, resultado del consenso exigido por los partidos políticos, desde el momento en que se radicó el proyecto de ley. Se definen claramente sus 24 funciones en el artículo 49, Capítulo III, el artículo 52 define mecanismo de la



inspección, vigilancia y control; y el artículo 53, el pago por esa gestión administrativa del 5% de la población adscrita a los Centros de Atención Primaria -CAPS

7. La evaluación del sistema de salud hecha de manera parcial, sin tener en cuenta las deudas acumuladas de las EPS a las clínicas y hospitales públicos, el no pago de salarios a miles de trabajadores de la salud, la principal razón de la inestabilidad laboral y de las deudas de las clínicas con los trabajadores no es otra que el mal manejo de las EPS y la integración vertical. Mas grave aún, las consecuencias fatales en los pacientes por culpa de los retrasos o la suspensión de tratamientos, la no intervención preventiva, y un largo etcétera, sólo obedece a la defensa de intereses particulares.
8. Resulta preocupante que gremios médicos llamados a defender el derecho a la salud y el trabajo digno de los trabajadores del sector, que son víctimas directas del mal manejo financiero de las EPS, manifiesten con tanto ahínco la defensa de estas empresas sin proponer alternativas reales para salir de esta crisis ni abordar los problemas estructurales del modelo actual. La falta de autocrítica y la negación radical a reformas sustanciales, ponen en duda su proceder ético y su misión en pro del bienestar colectivo.

Asociación Colombiana de Salud Publica

Asociación Médica Sindical Colombiana ASMEDAS (Antioquia)

Asociación Colombiana de Estudiantes de Medicina ACOME

Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR (Valle)

Médicos Unidos de Colombia MUC

Federación Médica Colombiana FMC

Secretaria técnica FMC

Correo electrónico: secretaria@federaciónmedicacolombiana.com

