

Balance sobre el segundo debate del Proyecto de Ley 339/2023C sobre la reforma a la salud

El presente documento tiene como objetivo presentar un balance general sobre el segundo debate del Proyecto de Ley 339/2023 a partir del seguimiento a la Reforma al Sistema de Salud presentada por el Gobierno Nacional y discutida en el Congreso de la República.

El 5 de diciembre del presente año se aprobó en segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes, el Proyecto de Ley que pretende reformar el sistema de salud y seguridad social en Colombia, el cual pasaría al tercero de cuatro debates en la Comisión Séptima del Senado.

A continuación, se presentan: i) las temáticas debatidas que generaron alertas por tener asociados riesgos de corrupción y, ii) los asuntos que no tuvieron discusión en este segundo debate pero que de acuerdo con los análisis previos contienen riesgos de corrupción o en la implementación.

1. ANÁLISIS DE LAS TEMÁTICAS DEBATIDAS MÁS DESTACADAS

En este apartado se explican cuáles fueron los temas más relevantes que generan algunas alertas en el segundo debate del Proyecto de Ley de la reforma a la salud.

1.1 Modelo de Salud basado en la atención primaria en salud y determinantes sociales de la salud

El articulado aprobado continúa reconociendo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES las funciones de recaudo, gestión, pago y auditoría. A pesar de que se considera inconveniente la excesiva concentración de funciones en cabeza de la ADRES, se destaca en el **Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de recursos del sistema de salud**, la inclusión del parágrafo 2, en el cual establece la obligación de rendición de cuentas por parte del Gobierno Corporativo de la ADRES.

El modelo de aseguramiento propuesto por la reforma (Artículo 2) consiste en la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho a la salud. Con este propósito la contratación de los servicios de salud le corresponderá a la ADRES y no a las Prestadoras de Salud, ni a las redes integrales e integradoras de servicio de salud. Adicionalmente, le corresponde a la ADRES las funciones de auditoría sobre la contratación, el pago de facturas y el riesgo técnico y financiero del Sistema. **Para que la ADRES pueda realizar estas actividades la reforma deberá incluir un sistema de auditoría con responsabilidades y controles claros para cada actor y en cada uno de los niveles de ejecución.**

1.2. Organización del Sistema de Salud.

En el articulado aprobado se mantiene la propuesta de una arquitectura institucional compleja que supone la articulación de al menos 10 instancias diferentes a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal. Y a pesar de que se ha avanzado en la definición de algunas funciones particulares para cada caso, siguen sin estar definidos los canales e instancias de cooperación interinstitucional, así como las responsabilidades derivadas de los mecanismos de articulación.

Frente a los artículos relacionados con la organización del sistema de salud del primer debate destacaban como aspectos positivos: la creación de instancias que velaran por el adecuado funcionamiento del sistema de salud, la conformación representativa y paritaria del Consejo Directivo de las ISE, y el proceso de designación de las Instituciones de Salud del Estado-ISE. Sin embargo, en el segundo debate, se eliminó la disposición, que modificaba el actual proceso de designación de los directores de las ISE:

- **Artículo 42. Provisión de empleo de director:** Este artículo proponía **criterios claros y objetivos para la elección de los directores de las ISE**, así como el desarrollo de un procedimiento público que **privilegiaba la meritocracia**. A pesar de que el artículo representaba una mejora en la elección de los directores de los hospitales, este fue negado en el trámite legislativo, dejando vigente la disposición actual establecida en el artículo 20 de la ley 1797 de 2017, en el cual se establece que los directores son elegidos por el Presidente de la República, el Alcalde o los Gobernadores, según corresponda, esto sin verificación de pruebas o algún parámetro adicional que privilegie la meritocracia.

En los documentos de recomendaciones emitidos por Transparencia por Colombia y Así Vamos en Salud, se había celebrado la adopción de estos procesos meritocráticos y la necesidad de complementar el fortalecimiento de la gestión de los directores **modificando el periodo de los directores de la ISE**, de manera tal que NO coincidiera con el periodo del alcalde municipal o distrital o gobernador, según corresponda. Esto para evitar la injerencia política en la designación de los directivos de las ISE, así como riesgos de clientelismo en el nivel territorial.

1.3. Fuentes, uso y gestión de los recursos financieros del sistema

En segundo debate se aprobaron artículos asociados a la gestión de los recursos del sistema de salud que continúan preocupando, por ejemplo:

- **Artículo 70. Gestión de las cuentas por prestación de servicios de salud:** El texto de la ponencia para segundo debate planteaba un esquema de pago del 80% a la presentación de las facturas y el 20% tras la realización de la auditoría. Desde Transparencia por

Colombia y Así Vamos en Salud, se alertó que esta medida **representaba un riesgo para la estabilidad y el financiamiento del sistema**, toda vez que, al no existir contratos (o figuras que le suplan) entre las hoy Empresas Prestadoras del Servicio-EPS y las Instituciones Prestadora de Salud-IPS, se compromete gran parte del recurso público sin haber un cotejo previo de los gastos reales.

A pesar de las alertas expuestas, durante el segundo debate se aprobó una proposición que estipula que la ADRES deberá efectuar el pago de mínimo el 85% del costo de la prestación del servicio dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura y lo restante una vez realizada la auditoría. Al respecto es importante reconocer que:

- Actualmente previo al pago se realizan diferentes procesos de auditoría: el primero, es adelantado por un profesional de la salud dentro de la IPS, el segundo lo realiza la oficina de facturación de la IPS, el tercero lo realiza la EPS a la luz del contrato con la IPS y, el cuarto lo realiza la ADRES.
- El propósito del sistema de auditoría es garantizar que no existan sobrecostos asociados a la prestación de servicios médicos que no eran necesarios (riesgo financiero) y confirmar que en efecto los servicios fueron prestados (riesgo en salud).
- La determinación de los servicios médicos necesarios se realiza a la luz de los paquetes de servicios autorizados por la EPS en el contrato con la IPS. En caso de haberse prestado un servicio adicional o no contemplado en el paquete contractual, los profesionales en salud, deberán justificar la necesidad técnica para que este sea reconocido dentro del pago.
- De acuerdo con la información recolectada por Transparencia por Colombia, los expertos aseguran que cerca del 30% de las cuentas que son aprobadas por la IPS deben ser rectificadas después de la auditoría realizada por la EPS y, más de la mitad de las facturas que son presentadas a la ADRES para pago, contienen errores y deben surtir un proceso de reajuste.

Los riesgos que fueron alertados para el primer debate asociados al pago del 80% de las facturas sin auditoría previa, aumentan con la disposición de pago de mínimo el 85% de estas. **Si bien es necesario replantear el esquema de pago de las cuentas por prestación de servicios de salud, es necesario que este concilie la garantía de la prestación del servicio, un sistema de auditoría por parte de los diferentes actores y el flujo de recursos necesario para garantizar la sostenibilidad de los actores.**

Para fortalecer los controles al pago de los servicios en el 100% de los recursos sin sacrificar el flujo oportuno, mitigar los riesgos de corrupción asociados a la

malversación de los recursos, identificar de manera oportuna las anomalías en la facturación y en prestación efectiva del servicio es recomendable que la reforma incluya **mecanismos que permitan a los Centros de Atención Primaria en Salud, las Gestoras de Salud y Vida, las Redes Integradas e Integrales y la ADRES, establecer: paquetes de servicios autorizados teniendo en cuenta las necesidades técnicas, la obligatoriedad de los actores de sujetarse a estos paquetes, mecanismos para la autorización de servicios adicionales cuando el concepto técnico así lo considere y el desarrollo de auditorías en tiempo real en los casos que así lo requieran.**

1.4. Facultades extraordinarias del Presidente de la República

Si bien las facultades extraordinarias presidenciales son un mecanismo establecido en la Constitución y la Ley, de acuerdo con el desarrollo jurisprudencial es necesario que estas sean muy precisas, con el fin de evitar riesgos asociados a la concentración de poder y la discrecionalidad en la toma de decisiones. En este sentido, resultado del segundo debate es necesario mencionar que:

- **Se eliminó el artículo 128. (Facultades extraordinarias):** el cual era uno de los artículos que concedía facultades extraordinarias al presidente de manera amplia, para dictar disposiciones para capitalizar la nueva EPS.
- **Se aprobaron los artículos 122 y 123:** por medio de los cuales se conceden facultades extraordinarias amplias al presidente de la república para regular lo referente al Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural- SISPI y a la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable a las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras, raizales y el pueblo Rrom.

2. ASUNTOS A TENER EN CUENTA, QUE NO TUVIERON DISCUSIÓN EN EL SEGUNDO DEBATE

En este apartado se presentarán algunos artículos que no tuvieron gran discusión en el segundo debate y que tienen alertas por generar riesgos asociados a la corrupción o a la implementación del sistema:

- **Artículo 66, Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo:** Este artículo establece que la ADRES constituirá y administrará la reserva técnica. Actualmente la responsabilidad de la reserva técnica le corresponde a las EPS y el incumplimiento de esta obligación es una de las causales de intervención del Estado. Teniendo en cuenta que, de acuerdo con la propuesta tanto la definición como la custodia y administración está a cargo de la ADRES, se evidencia un riesgo asociado a la concentración de decisiones y la discrecionalidad de las mismas.

El proceso de definición de la Reserva es de la mayor importancia ya que esta tiene como propósito asegurar que el presupuesto destinado para el sector, sea distribuido de tal forma que se garantice la financiación hasta diciembre. En este sentido es recomendable **garantizar la articulación entre las entidades del sector, los expertos y la academia en este proceso y asegurar la publicidad de la metodología incluyendo: las variables, el procedimiento y el cálculo final de la reserva técnica; así mismo los escenarios en los que esta podría afectarse y de forma periódica el estado de la Reserva**, esto permitirá a la sociedad civil y a los entes de control verificar la adecuada custodia de los recursos.

- **Artículo 125. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud:** La reforma plantea que durante el periodo de transición el gobierno deberá garantizar la prestación del servicio de salud a todos los ciudadanos y de forma simultánea supervisar el cumplimiento de los requisitos para la transformación de las Empresas Sociales del Estado-ESE a las ISE, y de las Empresas Promotoras de Salud-EPS a las Gestoras de Salud y Vida. En medio de este proceso es necesario que se implementen **herramientas de publicidad y espacios de seguimiento ciudadano y de los órganos de control sobre las actuaciones que se adelanten en el marco de la transformación para ejercer un control efectivo sobre estos procesos y advertir posibles riesgos de corrupción.**
- **Artículo 129. Unidad de Pago por Capitación-UPC:** La UPC fue creada en medio de los contratos entre las EPS y las IPS y se refiere al valor anual reconocido por cada usuario para la atención de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, teniendo en cuenta que en la propuesta de reforma esta figura desaparece, es necesario replantear el marco en el que la UPC funcionaría, así como los actores y mecanismos encargados de supervisar su cumplimiento.

Con el fin de mitigar los riesgos de corrupción asociados a la discrecionalidad en la toma de decisiones en medio de la definición y actualización de la UPC es necesario que el proyecto aclare: **el nuevo propósito de esta Unidad de medida, las responsabilidades de los actores, los criterios claros y objetivos para la definición y actualización de la UPC y vincular a expertos y académicos del sector salud en dichos procesos.**

- **En el artículo 58 sobre las funciones de la ADRES:** No se ha tenido en cuenta en la discusión la necesidad de implementar un plan de mejoramiento de las capacidades de la ADRES que considere las particularidades de cada uno de los roles que le son reconocidos a la Administradora así:



- Frente al recaudo, estipulando protocolos que permitan la continuidad del sistema de planilla unificada bajo la condición de recepción centralizada de los recursos.
- Frente a la gestión de datos, garantizando la seguridad de los datos clínicos de los colombianos, así como procedimiento para la consulta y actualización a nivel nacional.
- Frente a la gestión del riesgo, establecer modalidades de contratación, manuales y protocolos para cada tipo de riesgo (operativo, financiero y de salud).
- Frente al pago único, estipulando protocolos que garanticen el control efectivo a la totalidad del pago de recursos y las responsabilidades ante posibles fallos en el servicio.
- Frente a las auditorías, definir controles internos y externos con diversos actores sobre el funcionamiento operativo, financiero y de prestación del servicio de salud