

Bogotá, D.C. 5 de marzo de 2024

Honorables Senador@s

COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO
SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
ESM

ASUNTO: Consideraciones de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC al Proyecto de Ley 339 y acumulados – Audiencias Públicas

Respetad@s Senador@s.

De manera atenta en mi calidad de Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y llevando la vocería de sus más de 340 instituciones hospitalarias públicas y privadas, agradecemos la apertura de esa Comisión para conocer las visiones y comentarios del sector prestador frente al proyecto de ley 339 sobre reforma al Sistema de Salud. A continuación, presentamos algunas consideraciones desde la ACHC:

Una doble aceptación en el sistema de Salud Colombiano

Este gremio hospitalario desde hace varios lustros ha insistido en la necesidad de hacer una reforma a nuestro Sistema de salud. Ha considerado que una buena reforma debe combatir la desigualdad, administrar los recursos de manera transparente, fomentar la atención primaria en salud, mejorar los indicadores sanitarios y lograr coberturas reales. Debe, además, garantizar el acceso, la continuidad y la coordinación en la prestación de servicios y ofrecer incentivos adecuados.

La ACHC también ha insistido en la necesidad de partir de un diagnóstico sólido que tenga justicia y verdad y ello puede lograrse a través de un mecanismo de doble aceptación:

Aceptar que tenemos avances, pero aceptar que se tienen grandes problemas en el sistema de salud. Sin duda es un avance tener un gasto sanitario cercano al 8%, pero existen grandes problemas con el movimiento de esos recursos, que se reflejan entre otros asuntos, en las enormes deudas que están entre 16¹ y 35 billones de pesos², en el déficit en los patrimonios de las aseguradoras que rondan los 6 billones de pesos³, entre otros. Igual sucede con el principio de *cobertura*, que teóricamente, es del 99% según la BDUA de Minsalud, pero en la realidad tiene una cobertura efectiva del 74%⁴.

En epidemiología tenemos importantes avances en las curvas generales de muchos indicadores, pero enormes desigualdades a la hora de evaluar por género, ingreso o ubicación geográfica de la población; grandes diferencias en los diagnósticos, pues algunos grupos de pacientes se consideran privilegiados y les va bien con el sistema, pero otros logran el acceso, mediante tutelas, peticiones, quejas y reclamos; es desigualdad y es uno de los temas para combatir una buena reforma del sistema de salud. La doble aceptación puede aplicarse a la mayoría de los indicadores o dimensiones sectoriales y puede encontrarse un diagnóstico similar.⁵

Con base en lo anterior, este gremio hospitalario considera que se necesita una buena reforma a la salud y en nuestra visión, esa buena reforma es aquella que entre otros grandes aspectos contemple: *i) la **cobertura sea eficaz**, es decir que el usuario tenga **acceso, continuidad e integralidad en los tratamientos**; ii) que el **gasto sea eficiente**, iii)*

¹ Según el estudio de cartera de la ACHC, con corte a junio 30 de 2023, la cartera asciende a más de 16 billones de pesos, cifra que tiene una variación de 14,7% respecto de la cifra reportada en el semestre con corte a diciembre de 2022 que fue de 14 billones de pesos. De la deuda total, 47,7% corresponde a cartera corriente, unos \$7,7 billones de pesos, y 52,3% a cartera vencida equivalente a \$ 8.4 billones de pesos aproximadamente.

² Supersalud, información financiera IPS PRIVADAS - EPS FT-001 Catálogos de información financiera

³ Estudio medición de cobertura sanitaria universal a partir de un índice de cobertura efectiva de servicios de salud en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el mundo estudio sobre carga de enfermedad 2019. Revista Lancet 2020. Universidad de Washington-IHME

⁵ Durante lo corrido de todo el año 2023, según el módulo de consulta de PQRDS de la SUPERSALUD, se interpusieron 1.417.221 reclamos en salud y 1.145.308 solicitudes de información.

que consiga más y mejores resultados sanitarios, *iv*) que fomente la **calidad** en la atención, *v*) que los recursos se administren de manera limpia y transparente, *vi*) que se incentiven y premien los **buenos desenlaces en salud**, *vii*) que defienda la **soberanía sanitaria**, se fortalezca y preserve el hospital público, *viii*) que el **sistema construya sobre lo que ya se tiene en la red hospitalaria con la coexistencia de las entidades públicas, privadas y mixtas.**

Así mismo, entendemos una buena reforma como aquella que preserve el aseguramiento, entendido como un concepto que sume las fuentes de financiación existentes, preserve la UPC, el Plan de Beneficios, defina las redes integradas, mantenga la composición público - privada, fortalezca el papel de la ADRES, haga la evolución de EPS a Gestoras y se fortalezca la rectoría y el papel de la Inspección Vigilancia y Control. La suma de lo anterior es ASEGURAMIENTO y por lo mismo, consideramos que no solo se refiere al papel de uno de los agentes del sistema. Si a lo anterior se suma una transición inteligente con los tiempos y mecanismos adecuados, podrá tenerse una buena reforma.

Frente al texto del proyecto de Ley 339 encontramos que hay artículos con desarrollos positivos y otros que deben modificarse en este tercer debate.

I. Artículos o asuntos destacados:

Artículos o asuntos destacados son aquellos que pueden acercarnos a la visión de un mejor sistema de salud. Si bien todos los textos son susceptibles de mejorar, el espíritu o componente principal de estos textos puede destacarse como pasos en el sentido correcto, a saber:

De dicho articulado destacamos el énfasis en un **sistema preventivo y el desarrollo de capacidades de salud pública**, que se contemple el concepto de *humanización* como eje central del modelo de salud.

"(...) Artículo 4º. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra

como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.(...)”

“(...) **Artículo 5°. Ejes centrales del modelo de salud.** La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.

La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud. (...)”

Destacamos así mismo, que se preserve la **composición público - privada en la prestación** (artículo 9 y 12), que se evolucione del actual sistema obligatorio de garantía de calidad SOGC a un sistema integral de calidad **SICA (Artículo 35)**, aunque debe ampliarse en los desarrollos específicos para que sea poderoso, que se contemple el subsidio a la oferta (donde sea necesario) (artículo 12) y que las EPS evolucionen a gestores que realicen auditorías, validaciones de facturación, que sean articuladores y sean remunerados de manera suficiente por esa labor administrativa (artículo 49). También se destaca el que se contemple la reserva técnica para respaldar el giro directo de los recursos que se hará desde la ADRES.

“(...) **Artículo 9°. Centro de Atención Primaria en Salud.** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.

La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios. (...)”

“(...) **Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que se registrarán y certificarán como integrantes de la red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, diferencial y de género.

Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

"(...) Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

...

18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS. (...)"

"(...) Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes: (...)"

Creemos que es positivo que haya movimiento rápido de los recursos, con un giro del 85% antes de 30 días, el restante 15% antes de 90 días y la auditoría al 100% de las cuentas (artículo 70); lo anterior a través de una ADRES que funcione como urna maestra de información, manejo transparente de los recursos y girador único y que se contemplen incentivos (numeral 4 del artículo 13, artículos 60 y 69) y reservas técnicas (artículo 66) para el giro directo.

"(...) Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) que corresponda, el cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario contados a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría (...)"

"(...) Artículo 13. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). (...)

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con fundamento en los siguientes parámetros:

...

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará. (...)"

"(...) Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno nacional en la materia. (...)"

"(...) Artículo 69. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno nacional para el sistema de salud y los acuerdos de voluntades. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. (...)"

Se destaca así mismo, el examen único habilitante para admisión a especialidades (artículo 104) y la territorialización de las gestoras y que se preserve (artículo 125), el concepto de la Unidad de Pago por capitación con la connotación de *suficiente* (artículo 129).

"(...) Artículo 104. Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico-quirúrgicas. (...)"

"(...) Artículo 125. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. (...)"

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

...

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: (...)"

"(...) Artículo 129. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud. (...)"

De las prestaciones económicas a reconocer, destacamos el reconocimiento para mujeres y personas gestantes que no cotizan al sistema (artículo 71), como un paso en el sentido correcto en la unificación de los beneficios para todos los afiliados a nuestro sistema de salud.

"(..) Artículo 71. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable; esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida no podrá exceder los treinta. (...)"

Consideramos positivo el fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías IETS (artículo 97) y la racionalización de los trámites ante el INVIMA (artículo 101).

"(...) Artículo 97. *Gestión de las tecnologías aplicables en salud.* La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (IETS) mediante la creación de un Comité Asesor Técnico Científico.

El Objetivo del Comité Técnico Científico es orientar la implementación, seguimiento y evaluación de las tecnologías en salud y recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social las acciones a desarrollar en materia de gestión de tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión. (...)"

"(...) Artículo 101. *Racionalización de trámites ante el Invima.* En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) deberá aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el *dossier* de solicitud, el interesado indique en sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmara la autenticidad, alcance y vigencia del documento. (...)"

II. Respetto de artículos o temas por ajustar, señalamos los siguientes:

Los siguientes artículos requieren ajuste en su redacción y orientación para lograr acercarnos al objetivo de una buena reforma que preserve lo logrado y nos acerque a un mejor diseño, más eficaz y favorable a la población.

La ACHC hace un llamado especial frente a la función de *coordinación* que se menciona en el texto de reforma. Consideramos que no debe abusarse del concepto, pues aunque es necesaria su existencia, cuando se mencionan las operaciones y actividades, se les asignan competencias a varios agentes y si ello es así, al final no se tiene certeza de quien es el responsable del proceso. No deben generarse zonas grises en cuanto a la competencia. En el numeral 10 se hace la explicación de este punto.

1. Respetto de los CAPS, consideramos que debe hacerse un análisis profundo. Estos centros se presentan como una figura polifuncional (artículo 9 y 10) y a lo largo del texto

se describen funciones que se cruzan con las de otros agentes del sistema; actividades compartidas con Entidades Territoriales (artículo 12), con las Gestoras (artículo 49), la coordinación y revisión de las redes integradas (artículos 12, 24, 25), diversas acciones de orden administrativo que confunden en cuánto al propósito y función esencial de los CAPS.

Hay que aclarar las competencias de cada agente del Sistema y sus responsabilidades para evitar que entre los mismos agentes no se clarifique hasta dónde van sus capacidades o que para el usuario sea difícil y complejo su tránsito por el sistema. *verbi gracia*, cuando se hace la adscripción a un CAPS se define ¿cuál es la gestora? ¿Qué rol desempeñará la gestora frente al usuario, una vez está adscrito? (artículo 9 y 53).

De otra parte, puede ser fácil entender la presencia de un CAPS en los sitios donde el desarrollo del sistema es exiguo y esta figura va a ser fundada o en los sitios donde por ejemplo un hospital público va a cumplir ese rol, pero en los grandes centros urbanos donde hay profusión de infraestructura sanitaria, no es tan fácil entender la inserción de un CAPS, máxime cuando existe la posibilidad de que las Gestoras cumplan esta función, por lo que vale reiterar, es necesario aclarar las funciones de uno y otra. Es necesario que se aclare este concepto, para que la figura del CAPS encaje y armonice con las funciones de los demás.

- 2. ADRES.** Respecto del papel de la ADRES, consideramos que debe preservarse su labor de girador o banca central de los recursos del sistema de salud; una preocupación que se tiene frente al tema es justamente que se sobreestime la capacidad de la ADRES si se le asignan funciones de auditoría al detalle y del día a día (artículo 58). También se hace necesario que se evalúe y justifique la existencia de las subcuentas y los recursos que las sustentan (artículos 60, 61 y 62).

"(...) Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).
3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.
5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente ley.
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.
7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto deberá contratar las auditorías integrales que corresponda.
8. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).
11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley.
12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública Ley 80 de 1993. Los recursos del sistema destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.
18. Diseñar e implementar un modelo de seguimiento y evaluación del Sistema integral de administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las validaciones que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
22. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos

(...)"

"(...) Artículo 60. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud" y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

"(...) Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los

recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. (...)"

"(...) **Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.** La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos. (...)"

3. El Plan de Beneficios. Si bien a la luz de las disposiciones de orden estatutario y de la Corte Constitucional, se debe preservar el concepto de progresividad del derecho fundamental a la salud y por lo mismo, no deben establecerse disposiciones que vayan en contravía de las coberturas existentes, consideramos que debe mencionarse la existencia de un Plan de Beneficios que sea la garantía concreta para los usuarios y el sustrato o soporte para evaluar la progresividad.

Es necesaria una base para la que se diseñe y expida normatividad relacionada y permita hacer las previsiones y planeaciones presupuestales y de crecimiento necesarias. **El texto no menciona Plan de Beneficios en Salud, solo hace referencia a servicios de salud individuales y colectivos a lo largo de todo el articulado, ejemplo de ello es el artículo 6, Atención primaria en salud (APS).**

Artículo 6°. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutoria e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.
3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de

- salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requerido del paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional.
5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.
 6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.
 7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental.
 8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.
 9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
 10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersa, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.
 11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.
 12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.

Parágrafo 1°. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de salud.

Parágrafo 2°. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.

4. Integración vertical. La experiencia ha demostrado que la integración vertical en nuestro sistema de salud ha generado un conflicto de intereses irreductible y que para el caso colombiano no ha logrado los propósitos que persigue esta figura. Por el contrario, se han visto efectos indeseados tales como la afectación a la libertad de elección, el no fomento de la calidad y la falta de transparencia en su operación.

En el proyecto se prohíbe para la mediana y alta complejidad, permitiéndose en la baja complejidad (numeral 8 del artículo 48); consideramos según la experiencia y las figuras existentes —permisibles en la Ley—, que no es el nivel de complejidad ni los porcentajes del gasto, lo que define sus alcances o dificultades.

En el texto se permite la integración vertical para los servicios de baja complejidad, pero lo cierto es que en la práctica existen servicios domiciliarios, especializados o ambulatorios que son asimilados como de baja complejidad, pero son de altísima o especializada complejidad en lo que hacen y bajo el concepto de ambulatorios, quedarían permitidos para la integración vertical.

Por ello consideramos que la integración vertical debe prohibirse para que cada uno se especialice en su rol y haga lo que tiene que hacer, terminando ese conflicto de intereses.

"(...) Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

...

8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. (...)"

...

Parágrafo 2º. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.

Parágrafo 3º. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición (...)"

5. En cuanto al **Consejo Nacional de Seguridad Social**, nos parece adecuado que se cree esta figura (**artículo 31**), pero si lo que se propone es que sea una instancia de dirección para la concertación de iniciativas y reglamentación del sector, debe contar con la participación de las IPS, agente esencial del sistema; por lo anterior rogamos se incluya dentro de los integrantes del CNS, un representante de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.

"(...) Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación; el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.

Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:

1. Trabajadores
2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud
3. Pacientes
4. Academia, facultades y escuelas de salud
5. Empresarios

6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado (...)"

6. Régimen de Transición. Respecto de las transiciones propuestas, es necesario que se defina un único tiempo para la transformación y el saneamiento de los pasivos de las actuales EPS. Es muy largo tiempo (numeral 6 del artículo 48) establecer 48 meses para pagar unas deudas, ya sea que decidan retirarse, caso en el que no habrá entidad ni capital para dichos pagos y si siguen bajo la figura de gestoras, deben al cabo de los 2 años o menos estar a paz y salvo con la red prestadora pública y privada con la que tengan pasivos.

"(...) Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

...

6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el Paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. (...)"

En relación con las acreencias de las EPS liquidadas que afectan a la red hospitalaria tanto pública como privada, debemos llamar la atención en que el artículo establece el resarcimiento de las deudas con la red pública, pero debe tenerse en cuenta que la institucionalidad privada está muy afectada (artículo 75); aquí hay una inequidad, pues las instituciones prestaron esos servicios, si hay una afectación general, debe existir un alivio general. Esperamos que los honorables Senadores puedan corregir ese asunto para que se pague lo que es debido.

Hay Entidades que se fueron del Sistema dejando un daño financiero y un detrimento patrimonial a las IPS. La deuda de las EPS liquidadas a junio de 2023, según el último estudio de cartera ACHC disponible es por valor de \$2,9 billones de pesos (distribuido por régimen así: \$1,8 billones contributivo y \$1,1 billones subsidiado).

"(...) Artículo 75. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. (...)"

7. Acuerdo de Voluntades. Además de los anteriores, hay algunos asuntos de orden operacional que, dadas las funciones y competencias cruzadas de los agentes, que describíamos unos párrafos arriba, es necesaria también su aclaración.

Tal es el caso del concepto de **Acuerdo de voluntades**, que se define como un registro y habilita la pertenencia de las IPS a las redes, pero no se establece cómo y entre cuáles agentes se suscribe (artículo 131).

"(...) **Artículo 131. Acuerdos de Voluntades.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RIISS, que les habilita para hacer parte de las redes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud, así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) como pagador único, lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población. (..)"

8. Sistema Tarifario. Corolario de lo anterior es necesario aclarar y precisar la definición de un **sistema tarifario** que contemple una remuneración básica que cubra los costos en los que incurren las instituciones para la adecuada prestación de servicios de salud e **incluya además condiciones diferenciales tales como la infraestructura, la dotación, el talento humano en salud, los resultados que consiguen**, la calidad superior y que servicios sensibles como *ginecología, obstetricia, pediatría y salud mental* - por mencionar algunos – sean debidamente remunerados. Un sistema tarifario debe ser, ante todo, una poderosa herramienta para conseguir mejores desenlaces en salud. (numerales 6 y 19 del artículo 58 y artículo 131).

"(...) **Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.** Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:
...
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago. (...)"
...
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos. (...)"

- 9. Mecanismo de Garantías.** La ACHC históricamente ha insistido en la necesidad de un Fondo o mecanismo de garantías para el sector salud que, de haberse creado, permitiría en este momento contar con alternativas o capitales que mitigaran las dificultades en el flujo de recursos. En ausencia de ello, consideramos como una de las grandes urgencias para una sana transición, la creación de un mecanismo de garantía que respalde el funcionamiento y solidez financiera de los agentes y sea supletorio para generar liquidez y respaldar las obligaciones incumplidas de algunos agentes.

Este tema no está incluido y podría adicionarse al *plan de implementación del artículo 125 sobre Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud, o como artículo adicional dentro del TÍTULO XIII de DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS.*

- 10. Consideraciones sobre las acciones de coordinación.** Según describimos en el punto II, respecto de la coordinación de algunos agentes del sistema, hay que aclarar las actividades, responsabilidades y competencias de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las Gestoras de Salud y Vida (GSV), y las Entidades Territoriales y sus dependencias, para que no se generen confusiones y en especial para que no se afecte la atención al usuario. En efecto, en el texto no se definen las acciones de coordinación como una función o subfunción, que resulte acorde a la organización de un modelo de salud.

A lo largo del documento, la *coordinación* se usa como sustantivo o como verbo refiriéndose a las acciones que se realizarían entre diferentes agentes entre ellos: los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), las entidades territoriales y las Gestoras de salud y vida (GSV) en busca de asegurar la continuidad en la atención de los pacientes, así como el establecimiento y gestión de procesos de referencia y contrarreferencia, monitoreo y la evaluación del desempeño de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS), aspectos señalados en el texto puntualmente.

Para facilitar la lectura y comprensión de esa duplicidad o falta de claridad en la responsabilidad de coordinar algunos procesos, realizamos un análisis agrupando 4

dimensiones que consideramos las más sensibles o de mayor impacto. A lo largo del texto, se encontraron 24 referencias en 11 artículos, sobre las acciones de coordinación, que detallaremos en las siguientes gráficas, teniendo en cuenta las siguientes categorías:

- I. Gestión de Riesgo en salud
- II. Prestación de servicios
- III. Redes
- IV. Salud pública

Se encontraron 9 *referencias dentro del articulado* que se superponen entre algunos de los agentes analizados⁶ (CAPS, GSV y Entidades Territoriales) en relación con los términos "coordinación"⁷ se evidencia una duplicidad de funciones y responsabilidades dentro del sistema de salud. Estas referencias muestran que varios agentes llevan a cabo acciones similares, lo que puede generar ineficiencias y dilución de responsabilidades, es decir que las actividades designadas se dividan entre múltiples partes sin que ninguna asuma plenamente su cumplimiento, lo que puede llevar a la inacción o la falta de acción efectiva. (Ver Gráfico N° 2).

cinco referencias están relacionadas con redes integradas de salud, abordando temas como organización, habilitación, autorización, monitoreo, evaluación y gobernanza. Esto sugiere que existe una duplicación de esfuerzos en la coordinación y articulación de estas redes entre los CAPS, las GSV y las entidades territoriales. Si bien, para efectos de las redes, es precisa una sincronía y coordinación entre los agentes, es necesario que haya un responsable de conformarla y aprobarla. Tres referencias se relacionan con la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, lo que indica que los CAPS y las GSV y las entidades territoriales participan en coordinar y articular la

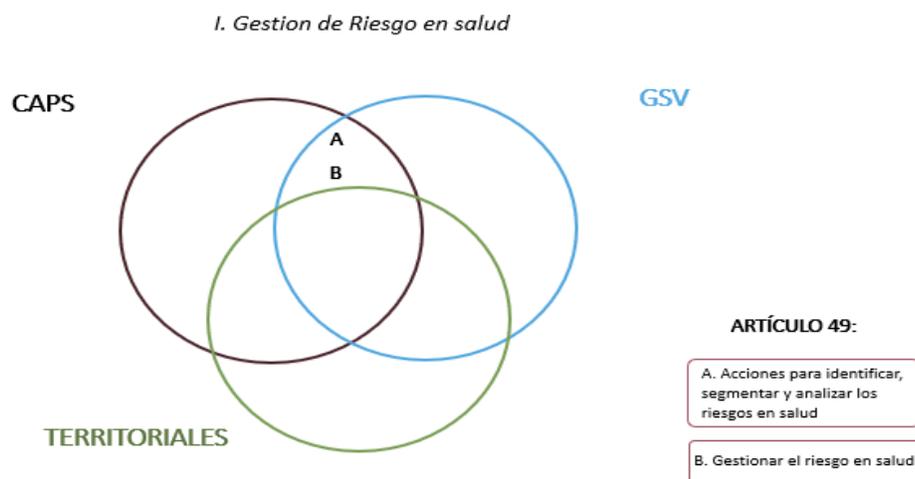
⁶ "Para simplificación del ejercicio se limitó a tres agentes esenciales dentro de la operación de la prestación del servicio dentro del sistema de salud; es decir que no se incluyeron las nuevas instancias creadas por el proyecto ni los agentes relacionados con la dirección, financiación y vigilancia del sistema.

⁷ Se incluyeron las palabras articular y articulación dado que en el texto poseen la misma intención que coordinar.

atención para este grupo de población. Una referencia está relacionada con la gestión intersectorial y la participación social en el ámbito de la salud pública.

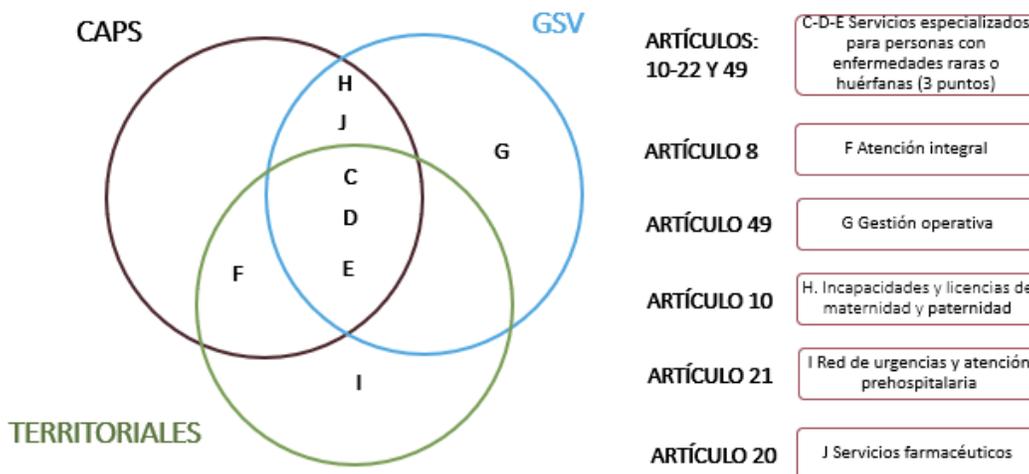
Del análisis se concluye la necesidad de establecer responsables, más allá de la mención de la actuación coordinada que obviamente debe existir entre los agentes del sistema. Una revisión exhaustiva de las funciones de los CAPS y las GSV es fundamental para evitar superposiciones y garantizar la eficacia del modelo de salud que se quiere implementar.

GRÁFICO N° 1. ANÁLISIS DE RESPONSABILIDAD ENTRE TRES AGENTES DEL SISTEMA (ACCIONES DE COORDINACIÓN)



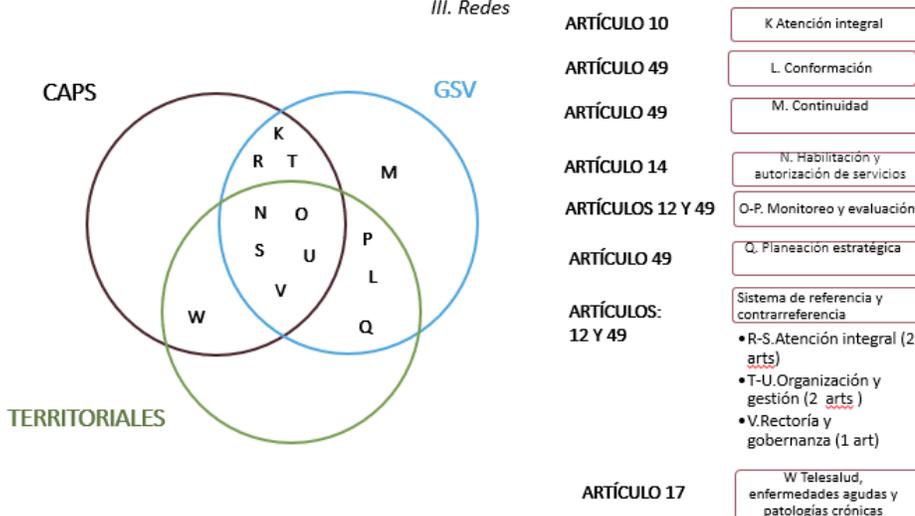
En gestión de riesgo se evidencia duplicidad entre CAPS Y GSV para coordinar acciones de identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud.

II. Prestación de servicios

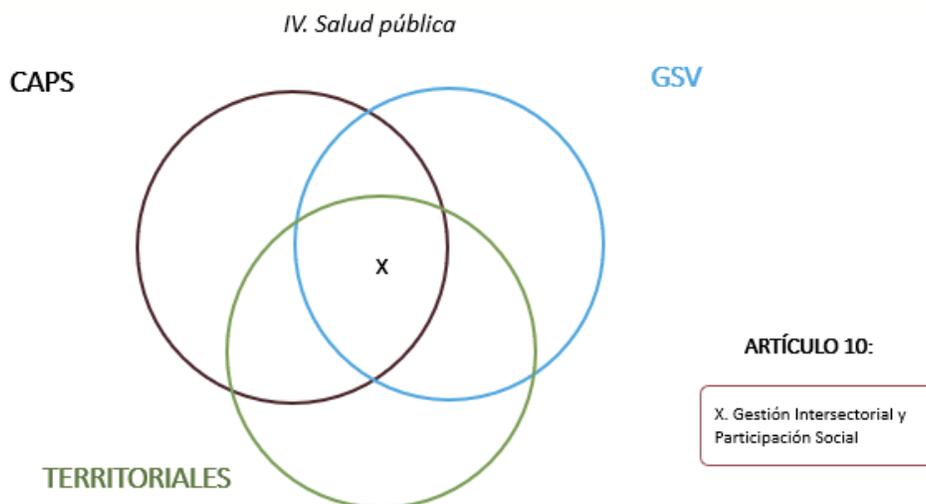


En cuanto a prestación de servicios, se evidencia duplicidad en servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas.

III. Redes



La mayor parte de las duplicidades se da en las redes integradas de servicios de salud, en especial a temas del sistema de referencia y contrarreferencia en aspectos tanto de organización, habilitación, autorización como de monitoreo, evaluación y gobernanza de la red

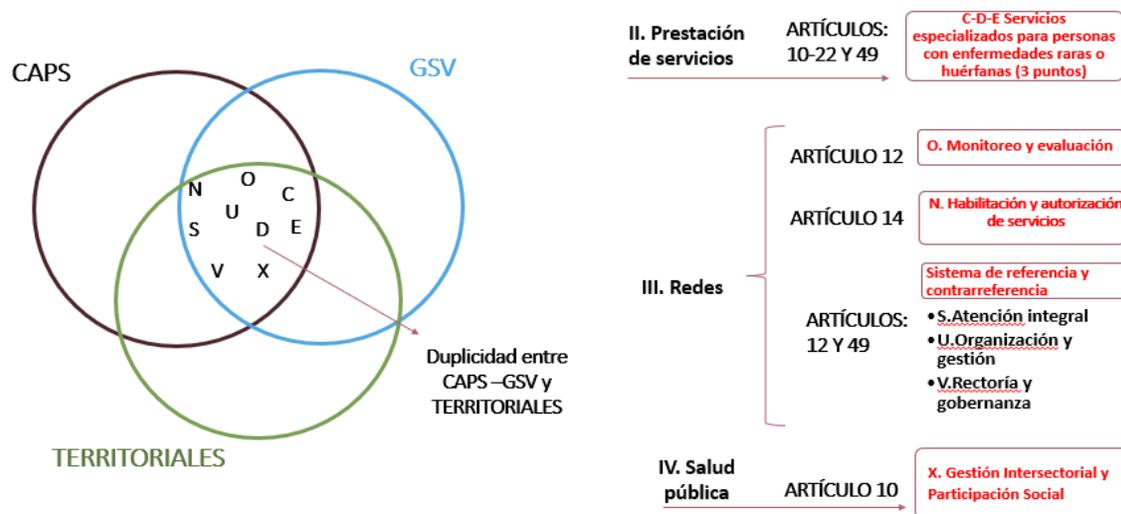


Fuente: A partir de información contenida en el Proyecto de Ley 339 de Cámara y 216 de Senado.

La referencia a salud pública hace especial alusión a la participación comunitaria en la planificación y ejecución de planes de cuidado.

Intersección de **RESPONSABLES** en acciones de “**coordinación**”

CAP n GSV n Entes territoriales



Fuente: A partir de información contenida en el Proyecto de Ley 339 de Cámara y 216 de Senado.

9 Referencias superpuestas con los 3 agentes analizados frente al término coordinación y/o articulación.

5 en relación con redes integradas de salud, en temas de organización habilitación, autorización, monitoreo, evaluación y gobernanza

3 de ellas en relación con prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas

y 1 a Salud Pública específicamente al tema de gestión Intersectorial y Participación Social

11. Sostenibilidad del Sistema de Salud. Este es un asunto fundamental tratándose de una reforma al Sistema de Salud como la que nos ocupa. La ACHC destaca asuntos como la preservación de las fuentes existentes, la creación de un Fondo único que, de transparencia al manejo de los recursos, el saneamiento de pasivos, una UPC suficiente y la creación de una reserva técnica para respaldar el giro directo que se plantea hacia los prestadores de servicios de salud.

No obstante, tal como hemos expresado públicamente es necesario evaluar si los recursos que destinamos para un Sistema de Salud como el nuestro, son suficientes, si debiéramos incrementar puntos del PIB para este propósito o fortalecer algunas fuentes actuales como el medio punto del IVA social para el sector salud o las destinadas al recaudo de impuesto saludables como alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas e impuestos ambientales por contaminación.

III. Plan Extraordinario de liquidez

De otra parte, queremos informarles que hemos venido insistiendo al Gobierno Nacional en las dificultades de flujo de recursos actual, derivada por la disminución o falta de giros y pagos acordados con la red prestadora, por parte de algunas EPS.

Hemos propuesto un ***Plan Extraordinario de Liquidez*** – el cual adjuntamos - , que establezca el Giro Directo Universal, la liberación de reservas técnicas, operaciones de compra de cartera, el fondeo de créditos Findeter, el pago de atenciones derivadas de accidentes de tránsito y la destinación del 0.5% de IVA social para pagar deuda a las IPS. También y a propósito del pago que se hará de saldos y faltantes de presupuestos máximos o techos y del Acuerdo de punto final, hemos solicitado que se autorice el giro directo de estos recursos hacia las IPS lo cual permitiría mitigar la situación de iliquidez de los prestadores de servicios de salud.

Así mismo hemos solicitado que se expida una circular aclaratoria sobre el incremento de la UPC para el 2024, porque como es habitual, se están haciendo interpretaciones indebidas, señalando que el 5% de la atención primaria en salud que se preconiza en las últimas normatividades, corresponde a recursos que se tienen que descontar del incremento natural que debe darse hacia las IPS. En estos momentos de gran dificultad, eso es inaceptable, pero puede corregirse con una disposición normativa aclaratoria.

IV. Estudios y propuestas ACHC

La ACHC como agente importante y activo del Sistema de Salud, de manera constante hace propuestas, elabora estudios a profundidad sobre los asuntos que impactan el sector salud Colombiano y siempre está dispuesta a aportar en la construcción de un mejor sistema de salud para todos. En ese contexto, les compartimos los siguientes estudios y documentos que esperamos sirvan de insumo en la construcción y evaluación del proyecto de Ley de Reforma que les ha sido puesto para evaluación:

- a) Del espacio en blanco a un campo de atención.** En esta propuesta se aborda la visión y desafíos del sistema de salud en Colombia, desde un concepto novedoso denominado campo de atención como un método para abordar el espacio en blanco generado por un contexto influenciado por la incertidumbre y distracción de los actuales tiempos.

El método Campo de atención se construye a partir de tres dimensiones temporales de análisis: **Experiencia**, que es el aprendizaje del pasado y del conocimiento empírico, especial mente de la pandemia por COVID-19, identificando aciertos y áreas de mejora; **Perspectiva**, que combina pasado y presente mediante estudios técnicos para fundamentar decisiones; y **Prospectiva**, que visualiza el futuro, ideando cambios y estableciendo acciones para alcanzar visiones a largo plazo.

- b) Rasgos distintivos Sistemas de Salud del mundo.** En este estudio se presenta una breve revisión de los principales ranking y evaluaciones publicadas en los últimos años sobre los sistemas de salud del mundo. Este análisis recoge la evaluación de desempeño de organismos públicos y privados e instituciones académicas nacionales e internacionales de los sistemas de salud para compararlos, analizar cómo cada sistema cumple con las expectativas de los pacientes e identificar cuáles son sus fortalezas y debilidades, para proponer alternativas para su mejora que se impulsen mediante políticas públicas.
- c) Ruta lógica hacia una salud progresiva.** Propuesta inspirada por tendencias emergentes, con las cuales se señala que las cosas no pueden seguir igual. Mediante un planteamiento progresivo se propone lograr el equilibrio entre los distintos agentes del sistema, la necesidad de establecer cambios graduales, el establecimiento de nuevas reglas de juego, la definición de fronteras, el cambio de rol de los actores, los cambios en las relaciones de poder y el aprovechamiento de la tecnología como complemento.
- d) Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria.** En consonancia con las tendencias y el concepto de progresividad del derecho a la salud, elaboramos encuestas con el fin de conocer las necesidades y avances en la evaluación de tecnologías médicas que mejoren la atención del paciente. Las preguntas están relacionadas con: La toma de decisiones de adquisición bajas o reposición de las tecnologías, la base de la gestión tecnológica conformación de equipos para evaluación las tecnologías y recomendaciones para facilitar estas evaluaciones en el sector salud.
- e) Estudio de Salarios.** Es un trabajo descriptivo que, mediante una encuesta salarial, pretende conocer valores de referencia de los cargos administrativos y asistenciales más representativos y comunes de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las formas de contratación utilizadas. Desde 2006, la ACHC ha elaborado este

estudio caracterizando los salarios de instituciones afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), para informar y ser un referente ante la escasa o nula información que existe sobre el tema en el sector salud. Adjuntamos el estudio correspondiente al 2023.

- f) Estudio de Cartera.** Uno de nuestros asuntos recurrentes es el relacionado con la cartera hospitalaria. Desde el año 1998, la ACHC mediante el estudio y compilación de las cifras de deuda de sus instituciones hospitalarias, realiza un proceso de investigación y publica un observatorio de las deudas del sector, mostrando el detalle y comportamiento de los agentes. Los resultados semestrales, permiten establecer que se trata de un problema crónico y creciente.

Nuestro último estudio de cartera, con corte a junio de 2023, La deuda por prestación de servicios de salud de las EPS, el Estado, las aseguradoras SOAT, las ARL y otros actores del sistema con un grupo de hospitales y clínicas de este gremio, asciende a más de 16 billones de pesos, cifra que tiene una variación de 14,7% con respecto a la cifra reportada en el semestre con corte a diciembre de 2022 que fue de 14 billones de pesos. De la deuda total, 47,7% corresponde a cartera corriente, unos 7, 7 billones de pesos y 52,3% a cartera vencida equivalente a \$ 8.4 billones de pesos aproximadamente. Una vez más, la mayor participación de la deuda total corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo que les adeudan a las 207 instituciones reportantes 7,9 billones de pesos equivalente al 49,4% del total de la deuda, seguida por las EPS del Régimen Subsidiado que deben 3.5 billones de pesos, que corresponde al 21,9%.

Las obligaciones con los prestadores, de las EPS que han sido liquidadas, ya asciende a los \$2.6 billones de pesos en el grupo de las 211 IPS reportantes. Lo anterior permite inferir que, si se extrapola esta situación al universo de prestadores, la cifra es de mayores proporciones.

Honorables Senadores, el sector prestador de servicios en Colombia está dispuesto, está activo y quiere seguir garantizando la prestación de los servicios a toda la población. Agradecemos y esperamos puedan desde esa Comisión, revisar estos asuntos y reiteramos nuestra disposición para aportar en la construcción de un Sistema de Salud que preserve lo logrado y avance hacia mejores condiciones para la población y la red de prestadores pública y privada del país.

De ustedes atentamente,



JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Director General ACHC

Anexos:

Cuadro matriz análisis de responsabilidad entre tres agentes del sistema (acciones de coordinación) 8 folios
Plan extraordinario de liquidez
Del espacio en blanco a un campo de atención
Rasgos distintivos Sistemas de Salud del mundo
Ruta lógica hacia una salud progresiva
Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria
Estudio de Salarios
Estudio de Cartera