



# 14 propuestas para sacar la salud del atolladero

## PRESENTACIÓN

Colombia lleva casi dos años discutiendo sobre el futuro del sistema de salud. De la inminente reforma se habló durante las elecciones presidenciales, se siguió hablando después de la posesión de Gustavo Petro y se ha seguido hablando ininterrumpidamente desde que fue radicado, en febrero de 2023, el Proyecto de Ley 339 ante la Cámara de Representantes.

El desgaste ha sido descomunal. Pero, si se miran las cosas con un ánimo más optimista, también han sido enormes los aprendizajes y los avances. Hoy día, ni los acérrimos defensores de la Ley 100 desconocen la urgencia de volcar el sistema hacia la atención primaria, ni los más ardientes enemigos de las EPS desconocen que es necesario aprovechar su experiencia acumulada durante tres décadas.

Nadie pasa por alto la necesidad de lograr un modelo más equitativo que garantice la atención básica en cualquier rincón del territorio nacional, y nadie se opone a que los recursos públicos asignados a la salud sean manejados con mayor transparencia, o a que los trabajadores de la salud tengan mejores condiciones laborales. En suma, la gran mayoría de los colombianos reconoce que se necesita una reforma. Las diferencias se encuentran en la magnitud y en el modelo.

El Congreso ha escuchado las diversas voces. El proyecto que salió de la Cámara de Representantes es muy distinto al que entró al Senado. Aunque confuso en algunos apartes y contradictorio en otros, el articulado transforma las EPS, ahora convertidas en gestoras de salud y vida, aportando a la gestión operativa y de salud. Y allí están también las IPS privadas, como una muestra de que el sistema no será estatizado.

Si la bancada de gobierno siente que ha cedido demasiado y la bancada de oposición se percibe con ánimo derrotado, significa que ha habido avances. Hay un enorme cansancio, nadie lo duda, pero esa insatisfacción a veces es la muestra de que hay consensos importantes y de que la democracia ha funcionado.

Ni la impulsividad ni el hartazgo son buenos consejeros. Amenazan con echar por la borda todo lo logrado. El hundimiento de la reforma no conjuraría los problemas del sistema de salud; los aplazaría para que volvamos a encontrarlos más adelante, acentuados. También hay que reconocer que ninguna de las ponencias radicadas como positiva, alternativa o negativa en la Comisión VII del Senado logra corregir plenamente los problemas. La ventaja, sin embargo, es que están disponibles, aquí y ahora, para ser mejoradas unas y para responder a las dificultades que quieren evitar quienes firman la negativa.



Desde la Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales hacemos un llamado a la Comisión VII del Senado para que siga el debate, bien con la propuesta de la bancada de gobierno, bien con la propuesta alternativa que ha presentado el senador Fabián Díaz. Este documento contiene una serie de propuestas que se pueden mejorar y complementar para sacar adelante la que, a nuestro juicio, sería la mejor reforma posible. El sistema de salud de Colombia, y especialmente sus usuarios, necesitan con urgencia que termine la incertidumbre.

**Julio A. Rincón**  
**Director**  
**3 de abril de 2024**

## **1. Poner la salud como objetivo**

La conversación sobre la reforma a la salud parece enfrascada en la creación de nuevas instituciones, la protección de algunas o la eliminación de otras, como si aquellas fueran los fines del sistema de salud. Nada más equivocado. El debate debe trazarse un objetivo más claro: Tener una población más sana, mediante la prevención, el cuidado y la capacidad recuperar la salud de la gente. Las instituciones deben convertirse en los medios para que los fines se cumplan.

## **2. Acercar la salud a la gente**

El lugar donde se vive no debe ser un obstáculo para el disfrute efectivo de derecho a la salud. En su artículo 9, la ponencia alternativa establece que, con un criterio de cercanía geográfica, existirán centros de atención primaria (CAPS) “con sus equipos territoriales de salud”. Este texto, a diferencia de los anteriores, es más enfático al plantear que los equipos son parte de los CAPS.

Los CAPS son una expresión funcional de los pequeños hospitales públicos (nuevas instituciones de salud del Estado, ISE) o privados con servicios de primer nivel, o de los servicios primarios que operan en los hospitales de segundo nivel de complejidad. Los equipos de salud territorial prestan la atención, según sea el caso, dentro de estos centros o en el territorio. Los equipos territoriales serán los médicos de cabecera que, con el apoyo de otros profesionales, identificarán, atenderán, harán seguimiento y gestionarán integralmente la salud de las familias asignadas.

La población estará adscrita a un CAPS y este asignará las familias a sus equipos territoriales de salud. Gracias a ellos, volveremos a tener con quién hablar de nuestra salud, sobre lo que nos preocupa y sobre nuestras dificultades.

Estimamos que aproximadamente 854 municipios con menos de 25.000 habitantes tendrán su respectivo CAPS, con mínimo un equipo en pequeños municipios menores de 3.000 habitantes, o más equipos de acuerdo a la población, su demografía, dispersión geográfica y otras



características. Estos centros pueden tener estructuras físicas adicionales en corregimientos o veredas. El objetivo es garantizar la mayor cercanía a la población.

Mprios - Corregimientos x Tamaño Hbtes y area Colombia 2023					
Cat Htes	Nº Mpio	Total Htes	Area (Km2)	% Htes	% Area
<= 5.000	228	704.245	249.862	1	21
>5.000 y <= 15.000	450	4.134.788	332.897	8	28
>15.000 y <= 25.000	176	3.416.272	177.203	7	15
>25.000 y <= 50.000	151	5.093.539	294.261	10	25
>50.000 y <= 100.000	56	3.962.005	44.959	8	4
>100.000	60	26.523.747	69.916	52	6
Bogota	1	7.500.000	1.587		
Total general	1.121	51.334.596	1.170.685	100	100

### 3. Alinear a los agentes para respaldar a los equipos territoriales

En sana lógica, las redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) deben trabajar para atender la salud de las comunidades, pero, en lo operativo, las gestoras de salud y vida y los servicios de salud complementarios trabajarán para apoyar y complementar la gestión y los resultados de salud objeto de los CAPS con sus equipos territoriales de salud.

Cuando, debido a su complejidad, una situación no pueda ser atendida en un CAPS, las personas, bajo la supervisión de las entidades gestoras de salud y vida y las entidades territoriales, gestionarán la remisión a servicios de salud complementarios. Los prestadores de ese nivel complementario, las entidades territoriales y las gestoras deberán rendir cuentas, desde el punto de vista de salud, al equipo territorial, y entregar nuevamente al usuario a este para que siga su tratamiento en la población donde reside.

Este debe ser un cambio fundamental: la atención debe girar alrededor de los CAPS, de la atención primaria en salud y no alrededor de la alta complejidad, ni de las especialidades, ni de quién puede facturar más. Al final, todo el sistema de salud debe cuidar a las comunidades. El articulado puede aún ser más enfático en expresar que tanto las gestoras de salud y vida, los entes territoriales y los prestadores del nivel complementario deben alinearse para que los CAPS cumplan con los resultados en salud que se plantean.

### 4. Dotar y financiar adecuadamente a los CAPS

Los actores del sistema deben acabar con la creencia de que, por su naturaleza, el nivel primario no necesita tecnología. Los CAPS deben disponer de alta capacidad diagnóstica, con pruebas rápidas, toma de muestras de laboratorio, ecografía básica, vacunación, electrocauterio, toma de biopsias, dispensación de medicamentos, electrocardiografía, monitoria fetal, dotación de urgencias y conectividad para recibir apoyo de especialistas y de la redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS).



La ponencia alternativa, en su artículo 9, establece que estas instituciones sean financiadas con recursos a la oferta, “provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud 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”.

Nuestra propuesta, para avanzar en este sentido, es que el presupuesto de los CAPS sea definido a partir de las características de su población adscrita –como número de personas, dispersión, edad y otras variables–, el número de equipos territoriales necesarios, las tecnologías requeridas, los servicios que prestarán y los gastos administrativos. Estos costos se proyectarán en el presupuesto, que aprueba su consejo directivo (artículo 42 de la ponencia alternativa) y serán financiados por la ADRES. El CAPS, por tanto, no podrá generar gastos o contratos en forma discrecional.

El pago debe estar mediado por un convenio de desempeño donde se incluyen las metas de gestión de la población adscrita, que debería renovarse como mínimo cada tres años, aunque podrá ajustarse cada año según resultados y metas alcanzadas.

El seguimiento a estos compromisos y resultados deben ser la base del control y los estímulos a los CAPS y sus equipos territoriales de salud, y constituye un incentivo para que la institución se enfoque en la salud y se evite que se convierta en un fortín burocrático. Los contratos, sus condiciones, los cobros y los pagos estarán publicados en una plataforma de contratación del sistema de salud, con información accesible y pública.

## **5. Restar tareas administrativas a los CAPS y enfocarlos en la atención**

Los CAPS no pueden ser instituciones sobrecargadas de funciones administrativas, y deben concentrarse en su objetivo: cuidar a la población adscrita y lograr la mejor salud posible.

Haber volcado en estos centros una buena parte de las funciones actuales de las EPS fue un error de las primeras versiones del proyecto de ley, error que hoy, en buena medida, corrige la ponencia alternativa. Particularmente importante es haber dejado en cabeza de las gestoras de salud y vida y las entidades territoriales las labores de adscripción poblacional a los CAPS, la movilidad poblacional, la gestión de la referencia y contrareferencia y la gestión administrativa de las incapacidades y las licencias de maternidad (artículo 10). La ruta planteada en el nuevo articulado ya es clara: el CAPS o el prestador del nivel complementario –según sea el caso– ordena la licencia o incapacidad, y la gestora hace el trámite para que la ADRES haga el respectivo reconocimiento.

Sin embargo, sigue siendo razonable que los CAPS, aparte de prestar atención, recolecten información sobre la población de su territorio, elaboren planes de salud familiar, contribuyan a la ejecución de programas de salud pública, tengan la carga administrativa de la movilidad



poblacional entre sus equipos de salud y además pueda exigir a los servicios complementarios y las gestoras de salud y vida que cumplan de la mejor forma posible con las atenciones ordenadas para su población.

## **6. Dar libertad de elección a los usuarios sin perder el enfoque territorial**

El enfoque territorial no puede ser taxativo, pero la libertad de elección no puede ser ilimitada. La ponencia alternativa ha sabido dar una salida adecuada a la preocupación de muchas asociaciones de pacientes en el sentido de que acababa con la libertad de escoger a su prestador primario.

El artículo 10 plantea dos cosas interesantes al respecto: Una, que “Las personas que por características culturales, sociales, de morbilidad u otras que se defina en la reglamentación podrán solicitar a la gestora de salud y vida ser adscritas a un CAPS diferente para su atención”. Dos, que “Las familias asignadas a un equipo de atención podrán solicitar al CAPS que sean reasignados a otro equipo territorial cuando consideren que la calidad de la atención no responde a sus necesidades”.

La posibilidad de recibir atención en un CAPS distinto es una necesidad sentida de personas cuya enfermedad es estigmatizada y, por tanto, demandan un trato más discreto y seguro. Ya en la reglamentación deberá quedar en evidencia que, para que el modelo funcione adecuadamente, esta debe ser la excepción y no la regla. De hecho, esta movilidad deberá hacerse entre CAPS cercanos, y si definitivamente el CAPS reasignado no queda en el municipio, deberá advertirse a los usuarios que podrán verse abocados a largos desplazamientos.

En la ponencia alternativa, el proceso de adscripción de las familias a los CAPS no es responsabilidad de estos centros, sino de las gestoras de salud y vida y de las entidades territoriales. Será necesario considerar fuentes de información adicionales a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), como los listados censales.

Además, las gestoras, las entidades territoriales y las coordinaciones de redes tendrán que gestionar la movilidad generada por dinámica poblacional (traslado de vivienda, desplazamientos y otros fenómenos), nacimientos, fallecidos en los CAPS y entre ellos.

## **7. Anclar las redes a los territorios**

De acuerdo con la ponencia alternativa, las redes integradas e integrales de servicios de salud serán “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” (artículo 12). En este punto se hace necesario definir responsabilidades con mayor claridad. Probablemente, establecer que las gestoras coordinen las redes y las entidades territoriales hagan la supervisión y verificación.



Pero el cambio sustancial respecto al sistema actual es que las redes estarán ancladas en los territorios a través de los CAPS y sus equipos territoriales. Los prestadores de servicios complementarios –de mediana y alta complejidad– estarán ubicados y habilitados en el territorio, lo que se traduce en menos desplazamientos para los usuarios. Inevitablemente, habrá servicios que por su especialidad pueden estar en otros territorios y ser compartidos con otras RIIS.

Una modificación de la ponencia alternativa con respecto al articulado aprobado por la Cámara de Representantes es que las gestoras “establecerán para cada IPS de mediana y alta complejidad un contrato que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional”.

La posibilidad de establecer contratos –a su vez controlados por las entidades territoriales– en buena medida disipa la preocupación que generaban los articulados anteriores, que parecían dejar a los distintos actores sin herramientas para el cumplimiento de sus obligaciones.

## **8. Pagar oportunamente a los prestadores**

Tanto el articulado aprobado en Cámara como la ponencia alternativa han establecido plazos para que los prestadores reciban oportunamente el pago por los servicios prestados. La ponencia alternativa establece que las cuentas, previamente auditadas por las gestoras de salud y vida (artículo 50, numeral 18) deben ser radicadas en la ADRES, “la cual pagara 100% de su valor dentro de los 45 días siguientes a su prestación”, y no más de 90 días después si no se presentan inconsistencias.

Consideramos que, en este caso, funciona mejor el texto de la ponencia de la bancada del gobierno, que establece que se pagará el 85% a los 30 días y el saldo resultante de la auditoría del 100% de los servicios prestados, antes de 90 días. Si el pago inicial del 85% es superior al resultado de la auditoría, este valor negativo tendrá que corregirse en los cobros posteriores.

Sería conveniente que en el mismo articulado o en la reglamentación posterior se especifique que tanto prestadores como gestoras tendrán acceso a la plataforma de radicación del ADRES a fin de conocer el estado de cada transacción, y que todos los soportes –incluso los relacionados con la calidad y los resultados– deben ser cargados. La ADRES debe analizar la información e identificar eventuales desviaciones en resultados en salud, incumplimiento de guías, en valores u otros, y podrá hacer directamente auditoría selectiva a estos prestadores o contratarla con terceros.

## **9. Establecer una ruta para personas con enfermedades crónicas complejas**

El proyecto alternativo parece altamente influido por grupos de pacientes, pues acoge sus preocupaciones y deja en claro que quienes actualmente son tratados en centros especializados



seguirán allí (artículos 22 y 131). Esta atención será integral en todas sus necesidades y buscará que se les garanticen los medicamentos (artículo 20).

Lo anterior da a entender que, para este grupo reducido de pacientes, los centros especializados funcionarán como sus CAPS. No tiene sentido, en efecto, que los usuarios tengan que estar yendo y viniendo desde el centro primario al centro especializado de manera permanente.

Los centros especializados harán parte de las RIISS. Será necesario, por tanto, desarrollar y reglamentar una red nacional de estos centros, y deberían ser los primeros en implementar la compra centralizada de medicamentos a fin de reducir sus costos. El nuevo sistema también debe propender por buscar que los equipos territoriales desarrollen capacidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno e integral de estas patologías.

## **10. Dar responsabilidades claras a las gestoras de salud y vida**

El principal problema del articulado aprobado en la Cámara de Representantes era la duplicación –y hasta triplicación– de las funciones de los diversos agentes. Las ponencias que se tramitarán en el Senado han superado parcialmente las ambigüedades, pero es necesario seguir trabajando en ello y, particularmente, definir mejor los roles de las gestoras.

Será necesario hacer claridad en el sentido de que una red puede cobijar varios territorios, y esa red tiene una única gestora de salud y vida, aunque comparta con varias entidades territoriales, y la población que gestionará corresponde a las poblaciones adscritas a los CAPS de la RIISS.

Una gestora puede estar en varias redes, y los servicios pueden estar ubicados geográficamente por fuera del territorio, en especial los de muy alta complejidad. Por ejemplo, el hospital Simón Bolívar, en Bogotá, superespecializado en gran quemado, puede convertirse en este servicio para múltiples redes. Igual ocurriría con el Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, o el Instituto Nacional de Cancerología, o con servicios de trasplantes y cirugías de alta complejidad.

También es recomendable que, así como existirá una Cuenta de Atención Primaria y una Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria, se cree una cuenta a donde se dirijan los recursos de la UPC correspondientes al componente de servicios complementarios (desaconsejamos la denominación “mediana y alta complejidad”, como está en las ponencias, pues desconoce servicios como los de operadores farmacéuticos, transporte, urgencias, etc.). Esto crearía un incentivo claro para que las gestoras velen por la racionalización del gasto en la parte que les corresponde. Además, sería un indicador para evaluarlas. Al final del año, llegado el caso, la ADRES deberá tener la facultad de hacer traslados de recursos entre estas cuentas, en caso de que alguna fuera insuficiente.

Aun así, consideramos que es excesivo destinar a gestoras un reconocimiento del 5% de la porción de UPC que corresponde al nivel complementario. Consideramos que ese porcentaje debe reducirse al 3%, y dejar el componente variable del 5% supeditado a resultados en salud.



### **11. Prohibir la integración vertical**

La integración vertical se ha prestado para un manejo poco transparente y poco equitativo de los recursos del sistema de salud. Es una práctica que debe abolirse en todos los niveles. Ahora bien, como la separación de los negocios puede quedar limitada a un simple cambio de propietario en los papeles, pero no en la realidad, se hace necesaria una declaratoria previa de conflictos de interés de las gestoras con los prestadoras.

La ponencia alternativa hace un avance significativo en este sentido al establecer que cuando se trate de cuentas médicas de prestadores declarados con conflicto de interés, la auditoría de resultados en salud y cuentas médicas será externa por la ADRES o un tercero contratado por esta, y pagado con recursos de administración de la gestora de salud y vida.

A nuestro juicio, puede profundizarse en este aspecto, de modo que las gestoras tengan la obligación de informar los conflictos de interés que tenga con prestadores de servicios de salud, operadores farmacéuticos u otros por tener relación de propiedad, socios o control, según se defina. La omisión de esta información debe ser considerada una falta grave y podrá ser sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **12. Definir un receptor de las quejas**

Las gestoras de salud y vida, acompañadas de las entidades territoriales, deben ser las destinatarias de las quejas o demoras en los servicios, incluidas las tutelas. Estos serán indicadores de su gestión para recibir o perder estímulos. De todas formas, como ocurre actualmente, el Estado seguirá siendo el asegurador final.

### **13. Mejorar las condiciones laborales del personal de salud**

Las ponencias están bien orientadas en este sentido. La ley debe buscar la formalización del talento humano, reconociendo su trabajo y velando por la protección laboral, desmontando las famosas cooperativas y otros caminos de vinculación que han pauperizado sus ingresos, que los han explotado en forma extorsiva con contratos que terminan cada mes y renovados “si se portan bien”.

### **14. Fortalecer del recurso humano**

Desafortunadamente, el actual sistema de salud descreyó de la medicina general. La política de formación y educación superior establecida en las ponencias y en el texto aprobado en la Cámara marcan un avance significativo, sobre el que no hay tanta resistencia.

Este proceso debe orientarse, prioritariamente, a fortalecer las capacidades de la medicina general con el fin de lograr que sea más resolutiva en el nivel primario.





## REFLEXIONES FINALES SOBRE LA VIABILIDAD FISCAL Y LOS RETOS FUTUROS

Dos de los argumentos expuestos con mayor frecuencia por los opositores de la reforma son que no existe el talento humano necesario para desarrollarla y la falta de recursos financieros para hacerla realidad.

“¿Dónde está el recurso humano?”, interrogan. La pregunta está fuera del lugar, porque, tras reconocer la destrucción del capital humano representado en la medicina general y su reemplazo por un sistema mercantilista orientado por el lucro y a una supuesta sostenibilidad financiera, también hay que reconocer que el actual sistema de salud está basado en esos especialistas que no tenemos, así como en una tecnología compleja y costosa y en unos medicamentos de última generación cuya costo-efectividad no está plenamente probada. Y todo eso a pesar de que en extensas zonas del país existen afiliados por los que el Estado paga mensualmente lo que corresponde, pero no reciben servicios.

Con el mismo rigor con que se pide evidencia para demostrar que la reforma es viable, debería aportarse evidencia que demuestre que el sistema actual sí lo es.

La sostenibilidad futura del sistema de salud pasa necesariamente por el rescate de la medicina general, tanto en su capacidad de atención como en su tecnología y resolutivez. El problema del recurso humano ya está presente y es necesario corregirlo a como dé lugar. Así que los costos inherentes a la formación del talento humano deben ser abordados sin que dependan de una reforma.

Algo similar pasa con la formalización del talento humano en salud. El proyecto de ley simplemente recoge órdenes previas de la Corte Constitucional, que ha dado cuenta de cómo se ha deslaborizado el sector salud y de cómo son explotados los héroes de la pandemia de covid-19. La formalización del talento humano responde, pues, a lo establecido por el marco normativo del país y, por tanto, es una obligación de la Nación incumplida sistemáticamente por los ministerios de Hacienda y Salud.

Un tercer elemento sobre el que se debate es si existen recursos para adecuar los CAPS. Por supuesto, será necesaria una inversión para adecuarlos y hacerles el mantenimiento que requieren, así como construir una infraestructura donde no la tengamos.

Sin embargo, el pensamiento centralista dice que el gobierno nacional no tiene el dinero para construir esta infraestructura, y ahí reside el error. Departamentos y municipios tendrían disposición para invertir si se les garantiza que la infraestructura que se construya de manera planificada y estratégicamente ubicada tiene garantizados los recursos para su operación. Las entidades territoriales, con recursos propios de regalías, de inversión o de capital, tienen capacidad de construir una infraestructura que las comunidades piden.



Del mismo modo, hay que tener en cuenta que si al sector privado se le garantiza un convenio o contrato a cinco años, renovable según resultados y metas, ellos harán la inversión. No podemos seguir pensando que este es un problema del gobierno nacional; es un reto como sociedad.

Por eso, es urgente que el sistema reenfoque los servicios, hoy centrados en actividades facturables con el mayor lucro posible, a garantizar atenciones centradas en lograr los mejores resultados, la mejor gestión de la enfermedad y el uso de tecnologías apropiadas.

El sistema debe superar el esquema de auditoría basado en cuentas médicas y glosas a uno basado en indicadores de resultados positivos y calidad de vida. Debe aprender a trabajar en equipo para buscar un resultado en salud, alejados de la competencia y unidos por el bienestar de la población.