

REPÚBLICA DE COLOMBIA



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 232

Bogotá, D. C., martes, 12 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 9 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### CONCEPTOS

#### CONCEPTO RELATORÍA MESAS TÉCNICAS A PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, 339 DE 2023 CÁMARA

*por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

MESAS TÉCNICAS

### Reforma a la salud

INFORME DE RESULTADOS

Proyecto de ley 216 de 2023 Senado

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Comisión Séptima  
Constitucional Permanente  
Senado de la República



Memorias mesas técnicas: Reforma a la Salud (Febrero 26 – Marzo 6)

Respetados Senadores Comisión VII Constitucional del Senado de la República y participantes mesas técnicas,

Quiero extender un mensaje de agradecimiento a todos los actores que confiaron y se sumaron a este esfuerzo, por su participación en cada uno de los siete (7) espacios de diálogo.

Considero que hemos cumplido los objetivos: sus experiencias, perspectivas y aportes para el fortalecimiento de nuestro sistema de salud han sido enriquecedores

El sistema de salud es de todos los colombianos, lo hemos construido juntos por generaciones y lo hacemos realidad, juntos, desde nuestros distintos roles.

Quiero hacer un reconocimiento muy especial a los académicos, centros de pensamiento y expertos independientes que se sumaron a esta ruta de trabajo en la que por más de 30 horas durante 7 días nos involucramos para compartir opiniones respecto de un diálogo tan sentido como lo es el reformar nuestro sistema de salud.

A las asociaciones de pacientes y usuarios, quiero extenderles un mensaje de solidaridad y compromiso con las preocupaciones expuestas. Tengan la seguridad de que esta Comisión seguirá trabajando para que Entidades del Gobierno Nacional y actores clave de nuestro sistema de salud puedan concertar los mecanismos que permitan superar los problemas financieros del sistema, en cumplimiento estricto a lo dictaminado por nuestra Corte Constitucional.

En este documento, entrego a ustedes como vicepresidente de la Comisión y responsable del impulso y desarrollo de las mesas técnicas aprobadas, el resultado del esfuerzo colaborativo que adelantamos en el desarrollo y ejecución de estas. Hemos anonimizado las opiniones con el fin de avanzar en nuestra intención de llevar el debate, **"de lo político a lo técnico y de lo técnico a lo humano"**.

Los documentos recibidos para profundizar el estudio serán remitidos a la totalidad de los ponentes, a los senadores de la Comisión y las entidades del gobierno nacional.

¡La vida y la salud es la única prioridad en esta discusión!



**LORENA RÍOS CUELLAR**  
Senadora de la República  
Vicepresidente Comisión Séptima  
Ponente Reforma a la Salud



**Contenido**

Introducción ..... 4

Aspectos metodológicos y consideraciones ..... 5

Cronograma de las mesas realizadas ..... 5

Participantes ..... 6

Mesa 1: Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos . 8

Mesa 2: Condiciones laborales del Talento Humano en Salud ..... 11

Mesa 3 Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano ..... 13

Mesa 4: Fortalecimiento de la Gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información en el sector salud. .... 19

Mesa 5: Experiencias y perspectivas: Atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud ..... 21

Mesa 6: Aspectos financieros del sistema de salud (Flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud)..... 23

Mesa 7: Aspectos financieros del sistema de salud (Endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema)..... 27

**Introducción**

El pasado 19 de enero de 2024, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, realizó la designación de los siguientes ponentes del proyecto de ley para su estudio y discusión del Proyecto de ley 216 de 2023 Senado "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

**Coordinadores:** H.S. Wilson Neber Arias, Berenice Bedoya Pérez, Fabian Diaz Plata.

**Ponentes:** H.S. Nadia Btel Scaff, Martha Peralta Epieyu, Omar de Jesús Restrepo, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto, Ana Paola Agudelo, Lorena Ríos Cuellar y Piedad Córdoba Ruiz.

La Resolución 002 de 2024, incluyó ajustes a la designación de ponentes con el siguiente listado final

**Coordinadores:** H.S. Wilson Neber Arias, Berenice Bedoya Perez, Fabian Diaz Plata.

**Ponentes:** H.S. Nadia Btel Scaff, Martha Peralta Epieyu, Omar de Jesús Restrepo, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto, Lorena Ríos Cuellar y Ferney Silva Idrobo.

Considerando la importancia de adelantar un estudio detallado respecto de la iniciativa legislativa, la Mesa Directiva extiende la invitación a los siguientes actores del sistema de salud para que participen, conforme al cronograma que se presenta a continuación, compartiendo sus visiones y propuestas para fortalecer el sistema de salud colombiano y ampliar la garantía al derecho a la salud de todos los colombianos.

- Entidades del Gobierno Nacional
- Senadores ponentes y equipos de trabajo legislativo
- Asociaciones de gobernadores y alcaldes
- Sociedad civil
  - Organizaciones de profesionales y talento humano en salud
  - Academia y Centros de Pensamiento
  - Gremios
  - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
  - Asociaciones de pacientes y usuarios.
  - Expertos independientes

La coordinación y secretaría técnica de las mesas técnicas fue llevada a cabo por la **Senadora Lorena Ríos Cuellar** quien lideró el proceso de articulación para llevar adelante estos espacios de encuentro y diálogo con la ciudadanía, en el marco del estudio que la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República ha adelantado respecto del proyecto de ley.

**Aspectos metodológicos y consideraciones**

Las mesas técnicas tuvieron como finalidad establecer a través del dialogo informado un balance de las opiniones de los distintos actores y grupos de interés invitados a la discusión del proyecto de ley. Se convoca a que las opiniones expresadas estén basadas en datos con su respectiva fuente citada, evidencias y experiencias relacionadas con las temáticas a tratar, expresadas desde el respeto y destacando los elementos técnicos y científicos que deban ser considerados en el debate:

Se desarrolló la conversación a través de los siguientes siete (7) bloques temáticos:

Segmento	Encargado
Instalación y presentación de asistentes	Asistentes
Breve explicación del funcionamiento del sistema de salud en la temática de la mesa de trabajo	Experto
Presentación técnica de las propuestas de la reforma a la salud en el componente temático relacionado	Vocero Gobierno Nacional
Diagnóstico de la situación actual del sistema de salud en la temática de la mesa de trabajo: <b>Principales logros, retos y propuestas.</b>	Diálogo abierto
Comentarios a las disposiciones contenidas en el proyecto de ley reforma a la salud en la temática de la mesa de trabajo: <b>impactos esperados, oportunidades de mejora, riesgos y propuestas.</b>	Diálogo abierto
Conclusiones, perspectivas y peticiones finales de los pacientes	Voceros enlistados
Conclusiones y recomendaciones finales de los expertos asistentes	Voceros enlistados

**Cronograma de las mesas realizadas**

Mesa temática	Fecha
<b>Mesa 1:</b> Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos	Lunes 26 de febrero de 2024
<b>Mesa 2:</b> Condiciones laborales del Talento Humano en Salud	Martes 27 de febrero de 2024
<b>Mesa 3</b> Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano	Miércoles 28 de febrero de 2024
<b>Mesa 4:</b> Fortalecimiento de la Gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información en el sector salud.	Jueves 29 de febrero de 2024
<b>Mesa 5:</b> Experiencias y perspectivas: Atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud	Lunes 4 de marzo de 2024
<b>Mesa 6:</b> Aspectos financieros del sistema de salud (Flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud)	Martes 5 de marzo de 2024
<b>Mesa 7:</b> Aspectos financieros del sistema de salud (Endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema)	Miércoles 6 de marzo de 2024

**Participantes**

En los distintos espacios de diálogo la conducción estuvo a cargo de la Mesa Directiva de la Comisión integrada por las Senadoras **Martha Peralta** y **Lorena Ríos**. Los diálogos contaron con la destacada participación presencial de los honorables senadores ponentes **Miguel Ángel Pinto**, **Nadia Blel**, **Norma Hurtado** y **Ferney Silva**. De manera virtual participaron los demás senadores ponentes e integrantes de la comisión, así como sus equipos de trabajo.

Por otra parte, entre los delegados del Gobierno Nacional, se contó con la participación de **Francisco Rossi**, director del INVIMA **José Félix Martínez**, director del ADRES y el Superintendente de Salud, **Luis Carlos Leal**. Funcionarios líderes de áreas técnicas del Ministerio de Salud hicieron presencia en los espacios de diálogo.

Los distintos espacios también contaron con la presencia de delegados de la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

De igual manera, se registró la asistencia de los presentes de acuerdo con el grupo de interés. En total 311 representantes de las organizaciones invitadas hicieron presencia en el recinto de la comisión para compartir sus experiencias y perspectivas con respecto al sistema de salud y la reforma propuesta por el proyecto de ley.

De acuerdo con el grupo de interés al que pertenecían, la participación de voceros de la academia y centros de pensamiento tuvo un total de 73 registros, representando al 23% de los asistentes; voceros de los gremios, dentro de los cuales fueron incluidos quienes representan a promotoras de salud se registraron en total 88 registros; los pacientes usuarios representaron el 21% del total de asistentes y los expertos independientes un 16%.

Algunas de las organizaciones participantes en los espacios son las siguientes: **Federación Colombiana de Enfermedades Raras (FECOER)**, **Pacientes Colombia**, **Asociación de Usuarios de Sanitas**, **Asociación de Usuarios de Compensar**, **Asociación de Usuarios Nueva EPS**, **Asociación de Usuarios Sura**, **Asociación de Usuarios Salud Total**, **Asociación de Usuarios Aliansalud**, **Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida**, **ACPEIM**, **Fundación Voces Diabetes Colombia**, **ACEHR**, **ACOPEL**, **Fundación MADL**, **Transparencia por Colombia**, **Así Vamos en Salud**, **INNOS**, **Universidad del Bosque**, **Universidad del Rosario**, **Universidad Jorge Tadeo Lozano**, **Universidad Externado**, **Universidad de la Sabana**, **Proesa**, **Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas**, **Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma**, **Universidad de Antioquia**, **Colegio Colombiano de Sicólogos**, **Asociación Colombiana de Sociedades Científicas**, **Asociación Colombia de Facultades de Medicina (ASCOFAME)**, **Colegio Médico Cundinamarca**, **Academia Nacional de Medicina**, **ANDI**, **AFIDRO**, **AmCham Colombia**, **ACEMI**, **GESTARSALUD**, **Sanitas**, **SIES Salud**, entre otros.

Para facilitar la conexión al espacio de diálogo de funcionarios del gobierno se dispuso de una sala virtual en la que se contó con la participación de congresistas, asesores y funcionarios del

Gobierno Nacional. Estos registros se encuentran en proceso de consolidación y no han sido contabilizados en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 1 Total de asistentes registrados según grupo de interés

Grupo de interés	Mesa 1	Mesa 2	Mesa 3	Mesa 4	Mesa 5	Mesa 6	Mesa 7	Total	Part.
Academia y Centros de Pensamiento	9	9	10	12	13	11	9	73	23%
Gremios	14	6	7	10	7	11	13	68	22%
Asociaciones de pacientes y usuarios	6	5	22	11	8	7	7	66	21%
Expertos independientes	8	3	4	7	7	12	9	50	16%
Entidad del Gobierno	2	2	1	1	3	5	6	20	6%
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2	3	2	6	2	2	1	18	6%
Organizaciones de profesionales y talento humano en salud	1	4	1	0	1	2	1	10	3%
Asociación de Departamentos o Municipios	0	1	1	1	1	1	1	6	2%
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>311</b>	<b>100%</b>
Part.	14%	11%	15%	15%	14%	16%	15%		

**Mesa 1: Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos**

- En la actualidad, de acuerdo con su valor, los medicamentos son principalmente importados (60% del total de recursos destinados), esto implica retos para la distribución y financiación que pueden ocasionar fallas en el acceso oportuno por parte de los pacientes, dado que la cadena de valor está expuesta a distintos riesgos en sus distintos eslabones. Las compras de medicamentos en el país en cuanto al volumen son principalmente producción local (con moléculas e insumos importados) y los retos, en consecuencia, están asociados a las cadenas de distribución.
- La propuesta de la reforma, señalaron expertos asistentes, incrementaría el gasto de bolsillo para medicamentos de los colombianos y ante la ausencia de claridades en los procesos de articulación de los actores en función de sus competencias se identifican riesgos de seguridad jurídica en el sistema.
- Las capacidades para la producción local de medicamentos continúan siendo escasas y requieren ser fortalecidas, consolidar la producción local representa un reto por los altos costos asociados a la innovación en medicamentos y la apropiación de estas tecnologías. Para ilustrar esta situación, expertos indicaron que "solamente una de cada 10.000 moléculas estudiadas logra entrar en fase de comercialización y el costo promedio de cada investigación es de alrededor de 2.000 millones de dólares".
- Se resaltaron los logros en acceso y cobertura de los medicamentos incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS), que son dispensados sin discriminación por razones de ingresos económicos y con un bajo gasto de bolsillo. En cuanto al acceso a medicamentos vía tutela, un hecho establecido en el encuentro señala que, por una parte, no existe información estadística suficiente en la materia y por otra, la tutela es un mecanismo utilizado mínimamente por los pacientes y usuarios del sistema a los medicamentos prescritos.
- Representantes de Minsalud e INVIMA indicaron que se han tomado medidas para contrarrestar el desabastecimiento de medicamentos a través de un sistema de alertas tempranas y coordinación de los distintos actores en la cadena, estas medidas se

encuentran en proceso de desarrollo y requieren de avances en tecnologías de la información.

- Los participantes coinciden en la necesidad de fortalecer las capacidades del INVIMA y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).
- Una preocupación generalizada entre los participantes es el componente de financiación asociado a los medicamentos. En ese sentido, las afirmaciones del director de INVIMA ocasionaron preocupación al mencionar que "es necesario pasar de un PSB implícito a uno explícito" en el que se vuelva a definir cuáles serán los medicamentos financiados por el sistema.
- De igual manera, los expertos indicaron que se requieren claridades en la asignación de funciones y de coordinación de los actores para garantizar continuidad en la prestación de servicios y acceso oportuno a medicamentos.
- En cuanto al proceso de transición, la duración prevista de dos (2) años no sería suficiente para adaptar y apropiar las dinámicas de un posible nuevo sistema.
- Algunos expertos ven en la reforma la posibilidad de ajustar los procesos de compras de medicamentos, sin embargo, esta sigue siendo una oportunidad de mejora del texto aprobado por la Cámara de Representantes. La fragmentación en la administración y articulación del proceso de compra y distribución de medicamentos es problemática, especialmente para aquellos que sean prescritos desde los CAPS y los prestadores que integran las RIIS.
- La articulación interinstitucional es también un determinante para tener éxito en la continuidad del abastecimiento, se mencionó puntualmente la necesidad de articular los procesos vigilados por INVIMA, Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia de Salud.
- Los asistentes plantearon distintas preguntas a las entidades del gobierno nacional relacionadas con el financiamiento de las nuevas instancias de coordinación, la responsabilidad sobre la atención integral del usuario, claridad en los procesos de toma de decisiones para mitigar riesgos de corrupción, entre otros. Estas preguntas no tuvieron respuesta por parte de los delegados del Gobierno Nacional presentes.

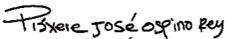
<p>13. En el contexto de la reforma, las garantías de acceso oportuno a medicamentos siguen sin ser claras, preocupa la inviabilidad de centralizar procesos logísticos para una cantidad elevada de cadenas de suministros de medicamentos. En cuanto a la articulación entre CAPS y las RIIS la apuesta del Gobierno Nacional apunta hacia la reducción de tiempos de viaje y barreras de acceso asociadas a la ubicación geográfica.</p> <p>14. La necesidad generalizada en materia de acceso, oportunidad y uso razonable de los recursos públicos para el abastecimiento, coincidieron los asistentes en que su factor de éxito es la adecuada gestión del riesgo financiero y el riesgo en salud del sistema. En ese sentido, migrar a un esquema de subsidios a la oferta compromete esta lógica.</p> <p>15. Por otra parte, los asistentes expresaron que la delegación de la administración de riesgos financieros del sistema de salud al ADRES, como lo plantea la reforma, no es una garantía de que se evitará desbordar el gasto en salud. Por el contrario, dadas las capacidades actuales de la Entidad para hacerlo, el escenario de desbordamiento se hace más probable.</p> <p>16. En lo relacionado con la reforma, expertos presentes indicaron que estudios recientes para el caso de países de América Latina demuestran que, si bien la atención primaria es fundamental para mejorar la calidad de vida de los habitantes y es un objetivo conveniente para todos los sistemas de salud, no tiene impactos significativos en la reducción de costos y presiones financieras de los sistemas de salud. Es decir, para tener atención primaria debe contarse con nuevos recursos en vez de desplazar recursos destinados a la atención en salud que se prestan en la actualidad. Puntualmente se afirmó que “Una reducción del 10% en la prevalencia de hipertensión, representa una reducción del 0,8% en el gasto en salud”.</p> <p>17. La reforma a la salud representa una oportunidad para concertar mecanismos tendientes a garantizar el acceso equitativo y oportuno a medicamentos y tecnologías en salud.</p> <p>18. Para garantizar el abastecimiento oportuno y constante de medicamentos en muy importante tener en cuenta la adecuada gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero.</p> <p>19. Es importante diseñar mecanismos para fortalecer las capacidades operacionales y técnicas del INVIMA y el IETS.</p>	<p>20. El respeto por la autonomía en la prescripción médica y mejores prácticas de la industria farmacéutica son importantes para garantizar el fortalecimiento de los procesos de prescripción adecuada de medicamentos y tecnologías en salud con el mejor valor terapéutico.</p> <p>21. Diversos actores expresaron preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema con los gastos adicionales que ocasionará la reforma afectaría los procesos de compra de medicamentos. Por otra parte, al no haber claridad en los roles y funciones de los distintos agentes, se identifican riesgos asociados a los procesos de distribución. Por ejemplo, si las Gestoras serán las encargadas de entregar los medicamentos, pero las compras son realizadas directamente por ADRES, no es claro el esquema de incentivos para que no lo hagan los operadores logísticos.</p> <p>22. Otra de las preocupaciones es la fragmentación en la responsabilidad y el apoyo al paciente para garantizar la adherencia a programas especializados, aspecto que no está garantizado en la reforma. Esto incrementa el riesgo de desabastecimiento y barreras de acceso para pacientes.</p> <p><b>Mesa 2: Condiciones laborales del Talento Humano en Salud</b></p> <p>23. El Ministerio de Salud ha tenido avances en el cumplimiento del compromiso de formular la política en talento humano en salud, conforme al mandato de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>24. Las condiciones laborales del Talento Humano no son las mejores, alta tercerización, deterioro de los salarios, inestabilidad en las condiciones laborales, sobrecarga laboral debido a incremento en la demanda de servicios por parte de la población.</p> <p>25. En cuanto a la oferta del Talento Humano en Salud, se identifican problemas relacionados con exceso de profesionales en medicina en los próximos años, alta migración de especialistas y enfermeras.</p> <p>26. La reforma no presenta garantías de disponibilidad presupuestal para financiar los programas de formación, la reubicación de profesionales hoy contratados por las EPS. Tampoco resuelve el problema que se presenta en las regiones, donde los hospitales se convierten en focos de corrupción y de mecanismos de selección y contratación por afinidades políticas.</p>
<p>27. Se requieren mecanismos de control y seguimiento para el pago por consulta que recibe el profesional de la salud, toda vez que se observan el reconocimiento de un valor significativamente bajo en la remuneración al profesional, respecto del monto total facturado.</p> <p>28. Es indispensable fortalecer la capacidad resolutoria del Talento Humano para la atención a los pacientes, así como la toma de decisiones en cuanto a los pacientes. No es claro cuál será el modelo de atención y dada la baja disponibilidad de equipos y profesionales se comprometen los resultados en materia de salud pública.</p> <p>29. La reforma no está abordando las causas que inciden en el sector, el modelo de contratación, los modelos de financiamiento de la oferta pública y privada en zonas dispersas, las condiciones de formación y la disponibilidad de talento humano, entre otros.</p> <p>30. Intervenir el mercado laboral del talento humano en salud para definir las jornadas, los horarios, las cotizaciones, la contratación directa y otros aspectos, no se ajusta de manera adecuada a las condiciones laborales. Es importante examinar figuras recomendadas por la OIT como la de los trabajadores autónomos y económicamente independientes.</p> <p>31. Es indispensable mejorar la salud mental y el bienestar del talento humano en salud.</p> <p>32. Los comités de autorregulación deben estar conformados por pares en formación académica.</p> <p>33. En general, una de las posibles soluciones es la creación de un régimen especial laboral para el sector salud, pero este debe ajustarse a las realidades y los retos que enfrentan los profesionales en las distintas áreas y territorios.</p> <p>34. La reforma no contiene elementos resolutivos orientados a superar las condiciones del talento humano en salud, define una serie de incentivos cuyo costo y alcance se desconocen.</p> <p>35. Se requiere un acuerdo político que permita superar los retos identificados en las condiciones laborales del talento humano en salud, los elementos sustanciales para avanzar en esa dirección, no se encuentran en la reforma propuesta.</p>	<p>36. Actualmente la propuesta de laborización del personal de salud, aunque justa con los profesionales, no cuenta con recursos adicionales en la propuesta de reforma. El Ministerio de Hacienda estima en más de \$5,5 a \$6,7 billones anuales el costo de mejorar las condiciones laborales a todos los profesionales de la salud. La seriedad de este compromiso con los trabajadores de la salud se debe ver reflejada en obtener fuentes de financiamiento nuevas, no en restringir sus salarios a través de estrategias indirectas como el manual tarifario.</p> <p>37. Escasez de personal de salud en particular personal de enfermería. Mala distribución del personal de salud, las condiciones laborales necesitan mejorar.</p> <p>38. Preocupación por la modalidad de servicio social rural obligatorio para personal sanitario,</p> <p>39. Se requiere organizar equipos interdisciplinarios para fortalecer la capacidad resolutoria del talento humano en salud.</p> <p>40. No hay rutas claras para la formación de profesionales en especialidades ni para el entrenamiento de profesionales en salud en áreas especializadas.</p> <p>41. Es necesario examinar el rol de profesionales de acuerdo con su ocupación, reconocimiento social y remuneración. Áreas como la fonología o nutrición no están bien remuneradas.</p> <p><b>Mesa 3 Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano</b></p> <p>42. La reforma no está considerando preservar los avances conseguidos por el modelo de aseguramiento de los últimos años. Para el año 2021, 5 millones de personas recibían protección financiera ante enfermedades de alto costo, como los son pacientes de VIH, tuberculosis y hemofilia, entre otros. Hoy los pacientes de alto costo son más de 7 millones. La reforma pone sus vidas en riesgo al eliminar el modelo de aseguramiento y debilitar a los actores que han hecho posible consolidarlo.</p>

<p>43. La población con sobrepeso y pacientes con diabetes tipo 2, expresan su preocupación por la continuidad de la protección que hoy reciben del sistema de salud que les permite acceder a tecnologías en salud sin realizar altos pagos.</p> <p>44. Al romper la lógica del aseguramiento, los pacientes indicaron en repetidas ocasiones que no ven en el sistema propuesto por la reforma quién sería el garante directo de sus derechos cuando quieran recurrir a una tutela para acceder a algún servicio, debido a la fragmentación en la administración de los servicios.</p> <p>45. Los pacientes indican que la ley estatutaria fue clara cuando definió las garantías de participación de los pacientes durante todo el proceso y que esto no ha sido reconocido por el Ministerio de Salud en la formulación del proyecto de ley, lo conocieron cuando ya estaba terminado. También señalaron que sus preocupaciones no han sido tenidas en cuenta.</p> <p>46. Los pacientes de enfermedades raras reconocen el avance de la Ley 1392 de 2010 que les permitió ser reconocidos como sujetos de especial protección en el sistema de salud, expresaron su preocupación por el riesgo que corren sus vidas ante la inminente desconfiguración del sistema actual. Solamente, el retraso en la entrega de medicamentos pone en riesgo sus vidas, pero de igual manera, las condiciones especializadas de atención que requieren para abordar problemas de salud de acuerdo con sus condiciones de base, también los pone en riesgo ante la posibilidad de no tener una orientación o manejo adecuado.</p> <p>47. Las EPS que hoy están intervenidas por el Gobierno Nacional presentan un desempeño sustancialmente peor en sus condiciones financieras y la calidad de atención a los pacientes. Distintas organizaciones presentes señalaron que esto enciende alertas ante la mayor participación del Estado en la administración del sistema de salud.</p> <p>48. Colombia es uno de los pocos países que brindan cobertura universal para los pacientes con enfermedades raras y el primero en trabajar la atención integral de VIH. Los pacientes con VIH, hicieron presencia y expresaron su preocupación debido a la situación actual de no entrega oportuna de medicamentos que si se extiende a periodos prolongados los hace completamente ineficaces. Comentaron a los presentes que expresaron sus preocupaciones al Ministerio de Salud mediante una manifestación pública y no tuvieron ninguna respuesta por parte de la entidad respecto a sus preocupaciones.</p>	<p>49. El Ministerio de Salud indicó ante la preocupación de los pacientes presentes que “los equipos territoriales serán la puerta de entrada al sistema” este comentario causó grandes preocupaciones entre los asistentes.</p> <p>50. Organizaciones de pacientes indican que el acceso a los servicios de salud sigue siendo tardío, engorroso, ineficiente e insuficiente en muchas zonas del país.</p> <p>51. El retraso en los pagos de presupuestos máximos y la insuficiencia de la UPC está afectando directamente a los pacientes. Las IPS que están presentando retrasos en los pagos y podrían dejar de brindar atención a los pacientes.</p> <p>52. El enfoque territorial propuesto por la reforma, de acuerdo con las experiencias y perspectivas de los pacientes, implica que no recibirán en condiciones equitativas atención por parte del sistema y que el fraccionamiento de las redes se traducirá en mayores barreras de acceso.</p> <p>53. Señalan los pacientes que las garantías de participación existentes en la ley para el diálogo con las autoridades del sistema de salud no están funcionando, incluidas las definidas por la Resolución 1871 de 2021.</p> <p>54. Pacientes que requieren diálisis, implantes auditivos, expresaron en la mesa de trabajo que sin la protección financiera que les brinda el sistema actual para ellos será muy difícil acceder a tratamientos.</p> <p>55. Aunque algunos sectores de pacientes esperan que la reforma pueda resolver los problemas estructurales del sistema de salud, la mayoría de los asistentes ven sus vidas en riesgo ante la falta de claridades.</p> <p>56. Ante las preocupaciones expuestas, los pacientes indicaron que continuarán en sus ejercicios como sociedad civil, esperando que sus voces sean escuchadas por los tomadores de decisiones. Se sienten vulnerados y amenazados en el contexto actual, los pacientes en general ven importantes riesgos por la desconexión entre la gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema que hoy es una garantía con la que cuentan para acceder a servicios de salud.</p> <p>57. Según la Cuenta de Alto Costo para el año 2021, en el marco del modelo de Aseguramiento Colombia contaba aproximadamente 5.992.329 de personas con diagnóstico confirmado y aumentó en 2023 a 7.704.381.</p>
<p>58. Con el rezago de la pandemia COVID 19, y otras externalidades como el envejecimiento han venido en aumento los pacientes de alto costo: De 99.858 personas con Artritis Reumatoidea en 2021, aumentó a 146.672 en 2023 es decir un (58.07%). De 5.347.829 de casos con Enfermedad Renal Crónica, en 2021, hubo un aumento a 6.867.563 en 2023 es decir el 30.56% De 4.863 casos con alguna coagulopatía ó hemofilia en 2021, aumentó a 5.497 en 2023 es decir un (20.07%) De 416.289 personas prevalentes con algún tipo de Cáncer en 2021 a 511.093 en 2023. De 123.490 personas viviendo con VIH en 2021 aumentó a 173.556 en 2023 es decir 34.60%. Según el Ministerio de Salud hemos pasado de 14.420 casos de personas con Tuberculosis en 2018 a 17.460 durante el 2022, con un incremento del 23% respecto al año 2021. Y en el año 2023, 18.277 casos. Según la OPS/OMS la cifra asciende a más de 20.000 casos en 2023. La reforma pone sus vidas en riesgo.</p> <p>59. La reforma desconoce los avances del modelo de aseguramiento y solidaridad para los pacientes crónicos actualmente en el sistema de salud. Al romper la lógica del aseguramiento, los pacientes indicaron en repetidas ocasiones que no ven en el sistema propuesto por la reforma quién sería el garante directo de sus derechos cuando quieran recurrir a una tutela para acceder a algún servicio, debido a la fragmentación en la administración de los servicios.</p> <p>60. El Gobierno Nacional no ha escuchado de manera amplia a los pacientes, tanto en la construcción de la reforma como en otras instancias de participación que deben estar garantizadas conforme a las disposiciones de la ley estatutaria en salud. Los pacientes indican que la ley estatutaria fue clara cuando definió las garantías de participación de los pacientes durante todo el proceso. Su participación no ha sido tenida en cuenta por el Ministerio de Salud en la formulación del proyecto de ley. Los pacientes conocieron la reforma cuando ya estaba terminada. También señalaron que sus preocupaciones no han sido reconocidas. ¡Los pacientes no se sienten escuchados!</p> <p>61. Con la reforma los pacientes pierden la presencia de un actor como la EPS que es la cara visible del sistema de salud y que tiene la responsabilidad directa por las atenciones bien sea directamente o a través de peticiones, quejas o tutelas. Ahora no es claro quién responderá y quién hace seguimiento individual de los pacientes por los distintos niveles del sistema de salud que ahora serán CAPS, RIIS, Hospital, Gestora de Salud y Vida, Coordinaciones en los diferentes niveles.</p>	<p>62. La población con sobrepeso y pacientes con diabetes tipo II, expresan su preocupación por la continuidad de la protección que hoy reciben del sistema de salud que les permite acceder a tecnologías en salud sin realizar altos pagos.</p> <p>63. Los pacientes de enfermedades raras reconocen el avance de la Ley 1392 de 2010 que les permitió ser reconocidos como sujetos de especial protección en el sistema de salud, expresaron su preocupación por el riesgo que corren sus vidas ante la inminente desconfiguración del sistema actual.</p> <p>64. El desabastecimiento y demoras en la entrega de medicamentos pone en riesgo las vidas de los pacientes, pero de igual manera, las condiciones especializadas de atención que requieren para abordar problemas de salud de acuerdo con sus condiciones de base, también los pone en riesgo ante la posibilidad de no tener una orientación o manejo adecuado.</p> <p>65. Las EPS que hoy están intervenidas por el Gobierno Nacional presentan un desempeño sustancialmente peor en sus condiciones financieras y la calidad de atención a los pacientes. Distintas organizaciones presentes señalaron que esto enciende alertas ante la mayor participación del Estado en la administración del sistema de salud.</p> <p>66. Colombia es uno de los pocos países que brindan cobertura universal para los pacientes con enfermedades raras y el primero en trabajar la atención integral de VIH. Los pacientes con VIH, hicieron presencia y expresaron su preocupación debido a la situación actual de no entrega oportuna de medicamentos que si se extiende a periodos prolongados los hace completamente ineficaces.</p> <p>67. Expresaron sus preocupaciones al Ministerio de Salud mediante una manifestación pública y no tuvieron ninguna respuesta por parte de la entidad respecto a sus preocupaciones.</p> <p>68. El Ministerio de Salud indicó ante la preocupación de los pacientes presentes que “los equipos territoriales serán la puerta de entrada al sistema” este comentario causó grandes preocupaciones entre los asistentes.</p> <p>69. Organizaciones de pacientes indican que el acceso a los servicios de salud sigue siendo tardío, engorroso, ineficiente e insuficiente en muchas zonas del país.</p>

<p>70. El retraso en los pagos de presupuestos máximos y la insuficiencia de la UPC está afectando directamente a los pacientes. Las IPS que están presentando retrasos en los pagos podrían dejar de brindar atención a los pacientes.</p> <p>71. El enfoque territorial propuesto por la reforma, de acuerdo con las experiencias y perspectivas de los pacientes implica que no recibirán en condiciones equitativas atención por parte del sistema y que el fraccionamiento de las redes se traducirá en mayores barreras de acceso.</p> <p>72. Señalan los pacientes que las garantías de participación existentes en la ley para el diálogo con las autoridades del sistema de salud no están funcionando, incluidas las definidas por la Resolución 1871 de 2021.</p> <p>73. Pacientes que requieren diálisis, implantes auditivos, expresaron en la mesa de trabajo que sin la protección financiera que les brinda el sistema actual para ellos será muy difícil acceder a tratamientos.</p> <p>74. Según todos los asistentes, el Gobierno Nacional no ha escuchado de manera amplia a los pacientes, tanto en la construcción de la reforma como en otras instancias de participación que deben estar garantizadas conforme a las disposiciones de la ley estatutaria en salud. Aunque algunos sectores de pacientes esperan que la reforma pueda resolver los problemas estructurales del sistema de salud, la mayoría de los asistentes ven sus vidas en riesgo ante la falta de claridades.</p> <p>75. Ante las preocupaciones expuestas, los pacientes indicaron que continuarán en sus ejercicios como sociedad civil, esperando que sus voces sean escuchadas por los tomadores de decisiones.</p> <p>76. Se sienten vulnerados y amenazados en el contexto actual, los pacientes en general ven importantes riesgos por la desconexión entre la gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema que hoy es una garantía con la que cuentan para acceder a servicios de salud.</p> <p>77. La fragmentación en la ruta de atención al paciente de los servicios de APS, mediana y alta complejidad causarán problemas para la continuidad en el cuidado del paciente y se pierde la responsabilidad de ese cuidado a lo largo de la ruta.</p> <p>78. Los pacientes expresaron su preocupación por las posibles pérdidas de programas especializados y la fragmentación de la atención en los niveles especializados.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Mesa 4: Fortalecimiento de la Gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información en el sector salud.</b></p> <p>79. El proyecto de reforma a la salud representa un retroceso de 50 años en términos de gobernanza, ya que el sistema regresa al origen del modelo del Sistema Nacional de Salud del año 1975. El impacto se traduce en: i. Una amenaza a los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo cual pone en grave riesgo el avance del derecho fundamental a la salud. ii. Mayores inequidades en el acceso al Sistema de Salud. iii. Un grave deterioro del servicio de salud para todos los colombianos y en especial para los pacientes con enfermedades graves y de alto costo.</p> <p>80. El actual sistema de salud colombiano se basa en un modelo de competencia gestionada y gracias a él se ha logrado una cobertura y afiliación de más del 99%. Un gasto de bolsillo inferior al 15% y un gasto per cápita de 450 USD. Colombia es uno de los sistemas con los mejores hospitales de alta calidad en la región y es referencia de turismo en salud para muchos países. El sistema logró dar respuesta a la pandemia de la COVID-19 como el segundo país después de Canadá. La reforma a la salud reducirá la cobertura drásticamente.</p> <p>81. La reforma pretende la transición de un modelo de aseguramiento mixto y universal a un modelo de aseguramiento social centrado únicamente en la prestación de servicios y no se desarrolla integralmente en el articulado, lo que genera vacíos y más dudas acerca de su pertinencia. Ignora la gestión del riesgo en salud, los principios constitucionales y la protección social del sistema. Esto hace inconstitucional el proyecto de ley en cuanto a que se pierde la protección financiera a los pacientes.</p> <p>82. El Fundamento de la APS es insuficiente tal como está concebida: Si bien la atención primaria en salud es fundamental fortalecerla en el actual sistema de salud, el fundamento del modelo de salud propuesto por la reforma no puede quedarse solo en la APS, sino que debe abarcar lo que significa una atención integral y oportuna y especializada para todos los usuarios del sistema.</p> <p>83. El rol de gestor de auditoría de las EAPB se concentrará exclusivamente en la gestión del riesgo administrativo: Preocupa que las EAPB abandonen el papel principal de gestión de riesgos de la salud y de las poblaciones, así como la articulación, ordenación, gestión de redes y control del gasto en salud, lo cual se traducirá en más costos en salud, menos</p>
<p>eficiencia en la inversión del gasto en salud, segmentación de pagos y negación de atenciones.</p> <p>84. Asimismo, la reforma ignora la experiencia y el valor generado por el sector privado como actor clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo sus procesos de desarrollo, innovación, buenas prácticas, resultados y uso de nuevas tecnologías aportados al Sistema desde 1993, el cual ha sido construido por ambos sectores. Por ende, una reforma exitosa no puede realizarse sin reconocer la voz del sector privado como actor del sistema conforme al artículo 49 de la Constitución.</p> <p>85. Transformación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES en un pagador único y descentralizado. No son claras las capacidades de la ADRES para asumir las funciones que establece el artículo 58 del proyecto de ley, lo cual puede traducirse en un caldo de cultivo para la corrupción sin contar con pagadores descentralizados con una participación mixta. De un equipo de 12 funcionarios y contratistas con miras a ampliarse a 30, como lo informó el asesor del Director de la ADRES, no pueden depender todas las operaciones y transacciones financieras de todo un sistema de salud. Esta situación colapsaría la administración, gestión financiera y prestación de servicios en el sistema.</p> <p>86. No es claro cómo se van a financiar los niveles 2, 3 y 4 de complejidad a través de la financiación del aseguramiento social.</p> <p>87. No existe claridad en la articulación de los niveles de atención en cuanto a los procesos de remisión y contra remisión.</p> <p>88. Diseño institucional de ADRES: el diseño de gobierno corporativo de la Entidad presenta importantes riesgos asociados a la administración de la cantidad de recursos que eventualmente estarían a cargo de la entidad. El riesgo de agencia asociado al liderazgo de la Entidad debe mitigarse con mecanismos de auditoría y un cuerpo colegiado en el nivel más alto de toma de decisiones.</p> <p>89. Preocupaciones por la configuración de la planta del ADRES: se identifica opacidad en los procesos de selección de personal, pérdida de capacidades institucionales y memoria de los procesos estratégicos de la entidad.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Mesa 5: Experiencias y perspectivas: Atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud</b></p> <p>90. Funcionarios del Ministerio de Salud indicaron que el Art. 11 de la Ley 1438 de 2011 define los alcances de la atención primaria, considera que las redes de prestación en servicios son una restricción para implementar el modelo. Los presentes, señalaron que, en efecto, en lo relacionado con la atención extramural, esto es funcional cuando se realiza mediante un único actor que tome la información y brinde la atención en lugar de que sean la totalidad de prestadores o aseguradores quienes lo hagan, pero que no puede ser el argumento para transformar el sistema como plantea la reforma a la salud. Para superar este reto, solamente se deben definir incentivos para adelantar acciones coordinadas de naturaleza territorial.</p> <p>91. Se desarrolló una discusión con respecto al componente conceptual del nuevo modelo de salud que es el de silos territoriales, en contraste con el actual que aborda silos poblacionales. La dificultad del nuevo modelo tiene que ver con las condiciones territoriales que representan retos para garantizar las mismas condiciones de infraestructura, calidad y talento humano en salud disponible. En consecuencia, el modelo ocasionaría nuevas barreras en el acceso a salud que dado que se concentrarían en la mediana y alta complejidad incrementan el riesgo de vida de los pacientes.</p> <p>92. Por otra parte, la reforma desconoce las capacidades preventivas del sistema actual y sus avances en Atención Primaria en Salud, uno de los actores presentes señaló que en Colombia existen al menos 60 experiencias de APS exitosas con muy buenos resultados en salud pública que funcionan de manera armónica con el modelo actual, con el nuevo modelo, estas capacidades consolidadas estarían en riesgo.</p> <p>93. Aunque los silos territoriales hacen más sencillo adelantar acciones de naturaleza territorial, la reforma plantea un enfoque en el que se configuran pequeñas subredes en los territorios harán simplemente imposible garantizar la atención equitativa y de calidad que requieren los pacientes en los territorios.</p> <p>94. No es claro en la reforma quién y cómo contratarán los CAPS privados con las RIIS. No es claro cómo se llevarán a cabo los procesos de contratación RIIS – GSV y prestadores.</p> <p>95. La fragmentación de la baja con la mediana y alta complejidad ocasiona riesgos de gestión y acompañamiento a las condiciones de salud particulares de los pacientes. Conllevará</p>

<p>al desmonte de los programas especializados que hoy facilitan el tratamiento de pacientes crónicos, con enfermedades raras y otras complejidades.</p> <p>96. Expertos indicaron que la visión de prevención de la que habla constantemente el Gobierno Nacional no aborda los criterios de atención primaria en salud que son la continuidad, resolutivez, comprensividad e intersectorialidad. Por otra parte, el enfoque propuesto pone en riesgo la prevención secundaria y terciaria. En consecuencia, el modelo propuesto no es en realidad un modelo preventivo.</p> <p>97. Una de las críticas más fuertes de los actores presentes a la reforma es que funcionarios del Gobierno Nacional en su momento han criticado el funcionamiento del SOAT, pero están llevando el mismo esquema de contratación a través del Art. 131, Art. 13, Art. 35 y Art. 69 del proyecto de ley. En consecuencia, se identifican riesgos administrativos y de transparencia asociados a los procesos de contratación de servicios de salud para garantizar la atención a los pacientes.</p> <p>98. Con el sistema de salud propuesto en la reforma la fragmentación pone la vida del paciente en rutas de atención que requieren la referencia y contrarreferencia en la que intervienen más de 10 actores distintos, en el marco de la gobernanza hospitalaria y el arreglo institucional propuesto, esto implica un riesgo importante para la salud de los colombianos.</p> <p>99. En la actualidad, el 1% de las personas con enfermedades más graves representan el 30% del costo médico total de un año y el 5% de las personas representan el 50% del costo total, mientras que un 20% de los recursos se destina a atender pacientes de menor riesgo y otros elementos de atención primaria. Lo complejo está en que cualquier modificación a las reglas de juego actual que no esté debidamente planeada pondrá en riesgo la vida de los pacientes de mayor riesgo modificando las condiciones de prestación de servicios de salud y la protección financiera con la que hoy cuentan.</p> <p>100. Actores presentes mostraron la experiencia de sus equipos básicos de salud donde realizan con el apoyo de personal de enfermería y gestores comunitarios la detección de factores de riesgo en los hogares, tamizaje, preclasificación, educación según los riesgos identificados, inducción a la demanda y canalización, acompañada de un seguimiento al usuario con riesgos en salud. Este modelo de equipo extramural, compatible con el sistema actual pone en evidencia la capacidad del sistema, pero también errores en el diseño de la reforma.</p>	<p>101. Entre las recomendaciones de ajustes a la iniciativa legislativa en discusión, también se identificaron la necesidad de dar claridad e incluir las siguientes acciones: 1) Asignación de responsables claros evitando traslape de funciones y competencias, 2) Clarificación de herramientas y mecanismos, más allá del SPUIS, 3) Desarrollo de capacidades de entidades territoriales y ajustes en su estructura, funcionamiento y financiamiento para ejecutar lo que se le está asignando. 4) Establecer mecanismos claros para la garantía de calidad (incluye precisión en aspectos contractuales) 5) Considerar escenarios y desarrollos diferenciales en atención al déficit de talento humano, recursos económicos y tecnológicos.</p> <p>102. Los asistentes plantearon distintas preguntas a las entidades del gobierno nacional relacionadas con el financiamiento de las nuevas instancias de coordinación, la responsabilidad sobre la atención integral del usuario, claridad en los procesos de toma de decisiones para mitigar riesgos de corrupción, entre otros. Estas preguntas no tuvieron respuesta por parte de los delegados del Gobierno Nacional presentes.</p> <p><b>Mesa 6: Aspectos financieros del sistema de salud (Flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud)</b></p> <p>103. Actores presentes expresaron su preocupación por la regresividad en el derecho a la salud que implica la reforma para millones de colombianos, señalaron que se debe mitigar el riesgo de inseguridad jurídica que ocasiona la reforma para los actores del sistema garantizando que el derecho fundamental a la salud mantenga los mínimos adquiridos y consolidados por el modelo actual.</p> <p>104. Otro aspecto importante para considerar es que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, este tipo de reformas deben estar fundamentadas en un plan público con metas, plazos y avances que se den en el marco de procesos participativos e incluyentes, en consecuencia, el proyecto de ley presenta problemas de constitucionalidad.</p> <p>105. De acuerdo con las declaraciones del Gobierno Nacional en las mesas de trabajo, el "20% de los recursos del sistema de salud se están desperdiciando". No se brindaron</p>
<p>claridades sobre el componente de financiamiento de la reforma a la salud, en ese sentido se aclaró que ADRES y MinHacienda tienen mesas de trabajo permanentes, instaladas para lograr concretar los cálculos del costo de la reforma.</p> <p>106. Respecto de la situación de cumplimiento de indicadores financieros por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades del Gobierno Nacional indicaron que el uso de las reservas dificulta el proceso de liquidación, además de señalar que la reglamentación expedida por las autoridades del sistema ha permitido prolongar el tiempo permitido para la consolidación de dichas reservas. En ese sentido, delegados de los gremios y EPS presentes indicaron que la insuficiencia de la UPC ha sido el principal motivo por el que dichas reservas han sido usadas para cubrir la falta de recursos y garantizar la atención a usuarios y pacientes, algo que fue particularmente complejo y necesario para que el sistema pudiera enfrentar la pandemia COVID-19.</p> <p>107. Ante las preocupaciones de los actores respecto de la suficiencia de los recursos, una de las alternativas es incrementar los llamados "aportes patronales" que permitirían eventualmente incrementar los ingresos para financiar el sistema en cerca de 4 a 6 billones de pesos anualmente.</p> <p>108. Los actores expresaron su preocupación por la gestión del riesgo financiero del sistema, algo que especialmente preocupa a los pacientes de alto costo. La reforma no está definiendo con claridad quien tendrá la responsabilidad plena sobre el cuidado del paciente y la articulación de competencias entre gestores y Estado.</p> <p>109. El componente de manual tarifario, expresaron distintos actores, representa un riesgo para la sostenibilidad del sistema y la garantía al derecho a la salud. Principalmente, debido a la posibilidad de emitir precios de referencia que no respondan adecuadamente a las funciones de producción de servicios de salud y en consecuencia estos desaparezcan del mercado afectado a pacientes y usuarios principalmente. Los hospitales públicos serán también afectados por esta medida.</p> <p>110. En lo relacionado con el componente financiero de la reforma, actores indicaron que no es necesario crear un fondo o fraccionamiento subcuentas, toda vez que el ADRES ya cuenta con uno. Pero adicionalmente, este fraccionamiento representa riesgos para la atención a los usuarios.</p>	<p>111. Es necesario fortalecer los mecanismos de acceso administrado a las nuevas tecnologías para garantizar celeridad en los procesos en el acceso a la innovación médica con mayor valor terapéutico, bienestar y calidad de vida de los pacientes.</p> <p>112. Contrario a lo que ha sido dicho por distintos funcionarios, los distintos sistemas de información administrados por el Ministerio de Salud y ADRES, permiten realizar un seguimiento detallado a los recursos. Este es el caso el aplicativo MIPRES que permite conocer el detalle del uso de los recursos de Presupuestos Máximos que se destinan a financiar medicamentos no PBS y servicios sociales complementarios.</p> <p>113. Señalaron de igual manera que existen estudios que demuestran que la innovación farmacéutica y diagnóstica es un aliado que contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud generando también ahorros al sistema por la reducción del uso de procedimientos médicos, incapacidades y gastos en otros medicamentos con menor valor terapéutico y mayor costo.</p> <p>114. La reforma no está planteando alternativas para resolver los retos financieros que permitan llevar atención oportuna a zonas rurales y dispersas del país.</p> <p>115. Distintos actores expresaron su preocupación por borrador de Acto Administrativo del sector salud que obligaría a destinar 5% de los recursos de la UPC para el financiamiento de equipos extramurales. La situación encendió alarmas por los problemas de suficiencia de la UPC en las vigencias 2023 y 2024.</p> <p>116. Al respecto de los presupuestos máximos el director del ADRES señaló que incrementaron en un 25% los recursos, contrario sentido a lo que se evidenció en los actos administrativos de liquidación de UPC para la vigencia 2024. Agregó que el Gobierno Nacional está considerando realizar una adición presupuestal en la que eventualmente se garantizarían dichos recursos. Para tramitar la adición se debe presentar un proyecto de ley al Congreso, sin embargo, más allá del incremento del precio del diesel no se identifican qué fuentes del presupuesto permitirían adicionar recursos a la vigencia.</p> <p>117. No existe claridad respecto a lo que será el costo del sistema único de información, su tiempo de implementación y la capacidad del sistema para transitar a su uso. Tampoco fue incluido en el escenario de factibilidad fiscal elaborado por Ministerio de Hacienda.</p>

<p>118. El director del ADRES anunció que con la reforma aprobada el giro directo universal se pone en marcha, las redes integradas deben firmar un acuerdo marco con ADRES y las gestoras deben firmar un convenio de desempeño. En ese sentido, se identifica que en la reforman también existen otros acuerdos que deben realizarse entre distintos actores, afirmaron asistentes que podrían ser en 10 mil y 40 mil contratos cuyo tiempo de realización definitivamente excede el tiempo de transición.</p> <p>119. En cuanto al modelo de pago, organizaciones de la sociedad civil señalaron que existen riesgos de opacidad y corrupción en los procesos de auditoría.</p> <p>120. Con respecto a las inquietudes de los actores para el financiamiento de los servicios de mediana y alta complejidad en el sistema, la afirmación “el gobierno tiene otras prioridades y se gastará en otras prioridades” dicha por el director del ADRES causaron mucha preocupación entre los asistentes toda vez que se comprometería la atención de pacientes crónicos si de las mismas fuentes de recursos se financian las inversiones de infraestructura y atención de baja complejidad anunciada por el gobierno.</p> <p>121. Senadora Nadia Blet exigió que Ministerio de Hacienda hiciera presencia en estos espacios, dado que aun no se cuenta con concepto de impacto fiscal del proyecto de ley.</p> <p>122. Se expresaron preocupaciones respecto a los recursos de las entidades territoriales que hoy se destinan al financiamiento del régimen subsidiado y los mecanismos por medio de los cuales accederán a los subsidios a la oferta que supone el proyecto de ley.</p> <p>123. Los actores expresaron que en general se debe defender el aseguramiento en salud con sostenibilidad y una mayor cobertura, posiciones minoritarias se mostraron a favor de un sistema tarifario de referencia y en general el fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control fueron aceptados por los distintos participantes.</p> <p>124. En general, en el componente de financiamiento se identifica una preocupación generalizada que es la de migrar de un subsidio a la demanda (que beneficia al paciente) a un subsidio a la oferta (que tiene riesgos de corrupción y fallas de distribución mucho mayores) y modifica los esquemas de incentivos existentes que han permitido al sistema consolidar importantes capacidades diagnósticas y resolutivas. La segunda mayor preocupación es que el sistema pasa de ser uno basado en la gestión del riesgo en salud con pagos globales prospectivos en canastas, a un sistema de pago por evento, donde</p>	<p>ante el escenario de recursos escasos se crearían nuevas barreras de acceso, particularmente financieras para la población que tendría un incremento en el gasto de bolsillo, desmejorando significativamente las condiciones actuales de la población.</p> <p>125. El escenario de fragmentación de la gestión del riesgo financiero, que ya no harían las aseguradoras, ocasionaría que sean los hospitales y centros de salud quienes tengan que racionalizar el gasto restringiendo, en un escenario de escases de recursos, la posibilidad de recibir atención médica, medicamentos y otros elementos vitales.</p> <p>126. La reforma está desconociendo las implicaciones de poner riesgo la protección financiera que tienen los usuarios ante las situaciones en las que requieren atención en salud, el bajo gasto de bolsillo, el bajo gasto agregado con resultados importantes en salud pública e inclusive en prevención primaria y secundaria.</p> <p style="text-align: center;"><b>Mesa 7: Aspectos financieros del sistema de salud (Endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema)</b></p> <p>127. El sistema de salud actual ha logrado reducir el gasto de bolsillo en la población, lamentablemente, este gobierno dejará de medir este indicador en la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE, lo cual representa un retroceso en la protección financiera de los hogares colombianos.</p> <p>128. De manera simultánea, el gasto en salud ha crecido de manera importante, por lo que la participación de otras fuentes de recursos muestra una tendencia creciente en los últimos 20 años. Esto implica que el gobierno nacional ha estado más involucrado en la financiación del sistema de salud, especialmente a partir del año 2017.</p> <p>129. Los presupuestos máximos evidencian que en el periodo 2022 – 2023 han tenido fallas notables en los ejercicios de presupuestación, es decir, están más desfinanciados que en periodos anteriores en donde los recobros fueron mayores a los valores estimados por el gobierno nacional. Las demandas por recobros para el año 2020 tuvieron un valor superior a \$2,05 billones de pesos.</p> <p>130. Existen problemas para definir el monto real de la cartera de hospitales públicos y privados. Los sistemas de información actual no permiten hacerlo de manera efectiva,</p>
<p>mientras como señalaron actores en mesa de trabajo el desmonte del SuperRadar representó una pérdida de capacidades importantes en la entidad encargada de adelantar la inspección, vigilancia y control de los recursos del sistema de salud. La entidad espera con la reforma fortalecer capacidad y presencia territorial.</p> <p>131. Las entidades del gobierno nacional fueron reiterativas en el no cumplimiento de reservas por parte de las aseguradoras, quienes señalaron que han tenido que hacer uso de estos recursos para financiar la operación y garantizar la atención de los afiliados ante la insuficiencia de los recursos de la UPC y los retraso en los giros de presupuestos máximos. Adicionalmente, las reservas permitían, hace unos años realizar pagos de deuda con prestadores, en la situación actual con insuficiencia de recursos, hay pagos que no se están realizando.</p> <p>132. En lo relacionado con la liquidez de las reservas, ADRES cuestiona que estas sean títulos valores, los presentes aclararon que no existe la existencia de normativa que obligue a constituir reservas en efectivo o amparadas en activos de determinado grado de liquidez.</p> <p>133. En el concepto de ADRES nunca se desarrollaron los servicios sociales complementarios previstos en la ley 100, de acuerdo con otros actores presentes, esta es una oportunidad de mejora del sistema; sin embargo, ya hoy los presupuestos máximos financian algunos de estos servicios.</p> <p>134. Los actores insistieron en la necesidad de que el Gobierno Nacional indique cuáles son los costos de la reforma, toda vez que en este momento existe un problema con la suficiencia y pago oportuno de los recursos y la implementación de la reforma ocasionaría nuevos gastos cuyas fuentes de financiación no están definidas.</p> <p>135. Distintos actores expresaron su preocupación con respecto a lo que sucede con el pago de presupuestos máximos, recursos que financian los medicamentos no PBS y servicios sociales complementarios. Señalaron que el ADRES no constituyó las reservas presupuestales de manera oportuna.</p> <p>136. Contraloría de la República anunció presentaría un nuevo informe en los próximos días relacionado con la situación financiera del sistema de salud. Aseguraron que la reforma apunta a superar la situación crítica que enfrenta el sistema, los actores presentes</p>	<p>desestimaron esta afirmación, en el sentido que la reforma presenta serios inconvenientes para ser financiada.</p> <p>137. El sistema requiere mayor trazabilidad sobre el flujo de recursos y el manejo de estos para garantizar el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud y operadores farmacéuticos.</p> <p>138. Entre los elementos a considerar para actualizar y fortalecer el sistema de salud debe estar la revisión del plan de beneficios, el cambio demográfico (envejecimiento incrementará la demanda de recursos en salud), cambio tecnológico, comportamiento de indicadores sociales que no muestran mejoría en materia de reducción de pobreza y producción de empleo formal.</p> <p>139. Expresaron los presentes una preocupación respecto de la continuidad de la UPC como instrumento de materialización de la solidaridad en el sistema, el proyecto de ley no define la continuidad del mecanismo que es clave en la lógica del aseguramiento en salud colombiano. Es necesario realizar un estudio detallado para actualizar la metodología de cálculo de la UPC, de tal manera que se pueda identificar el monto y los incrementos que realmente necesita, para lo cual es clave incluir en la función componentes de riesgo en salud de la población.</p> <p>140. Es necesario que el Gobierno Nacional actualice y fortalezca sus capacidades para estimar el presupuesto de los recursos que requiere el sistema para funcionar de manera adecuada y garantizar la salud de los colombianos.</p> <p>141. Se requiere proponer una nueva metodología para calcular la UPC.</p> <p>142. Es necesario que más allá de revisar estados de resultados financieros se examinen los cálculos de pérdidas y ganancias para que el sistema pueda comprender mejor lo que sucede en la actualidad con los recursos y los retos financieros que debe enfrentar.</p> <p>143. Asistentes coinciden en la necesidad de fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control de los recursos del sistema de salud colombiano.</p>

<p>144. Las organizaciones de pacientes presentes en el espacio, expresaron su preocupación con el giro oportuno de los recursos de presupuestos máximos que financian los medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.</p> <p>145. Respecto de la reforma, los presentes señalaron su preocupación respecto de los ejercicios de prospectiva financiera que está realizando el gobierno nacional, toda vez que omiten las obligaciones del sistema, sus cuellos de botella financieros y los gastos adicionales en que incurriría el país en un escenario con reforma. Todo esto es clave para fortalecer y preservar las capacidades del sistema de salud.</p> <p>146. Las aseguradoras han incurrido en gastos no previstos para financiar los errores en los ejercicios presupuestales cometidos por el gobierno en periodos anteriores, pese a eso la cobertura universal existe hace 30 años y se ha logrado la protección financiera de los usuarios y pacientes. No obstante, el país requiere pensar en un sistema que permita consolidar capacidades y atención en zonas rurales.</p> <p>147. La prospectiva de gasto en salud para América Latina indica que ese monto se duplicará por factores demográficos y epidemiológicos, en ese sentido, la apuesta planteada por la reforma no permite que el sistema esté preparado para enfrentar los desafíos de las próximas décadas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Comisión Séptima Constitucional Permanente</b></p> <p><b>LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.</b> - Bogotá D.C., el día 12 del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza <u>la publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes consideraciones.</p> <p><b>CONCEPTO:</b> RELATORIAS MESAS TECNICAS <b>REFRENDADO POR:</b> H. SENADORA LORENA RIOS CUELLAR <b>NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:</b> PROYECTO DE LEY No. 216/2023. <b>TÍTULO DEL PROYECTO:</b> "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", <b>NÚMERO DE FOLIOS:</b> 31 <b>RECIBIDO EL DÍA:</b> 08 de Marzo de 2024 <b>HORA:</b> 06:23 P.M</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <p style="text-align: center;"> <b>PRAXERE JOSÉ OSPINO REY</b> Secretario General Comisión Séptima H. Senado de la República.</p>
---	--