

## **FEDESALUD: CARTA ABIERTA A LA COMISION VII DEL SENADO DE LA REPUBLICA**

Objeciones y anotaciones al texto definitivo aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República, al Proyecto de Ley No. 210 de 2013 - Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

Honorables Senadores firmantes:

JORGE ELIECER BALLESTEROS,  
EDINSON DELGADO RUÍZ,  
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ,  
GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN,  
MAURICIO ERNESTO OSPINA GÓMEZ,  
GABRIEL IGNACIO ZAPATA CORREA,  
LILIANA MARÍA RENDÓN ROLDÁN,  
GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS,  
TERESITA GARCÍA ROMERO,  
GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ,  
ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCCA,  
CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO,  
GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ

Después de estudiar detenidamente el texto aprobado por la Comisión, remitimos por medio de esta comunicación nuestras principales objeciones al articulado, haciéndolas públicas al mismo tiempo, dada la trascendencia del debate para todos los colombianos:

Se comentan las objeciones a los siguientes artículos:

***Artículo 6. Salud pública. Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas por el Estado para mantener la salud y prevenir la enfermedad. Incluye acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.***

*Incluye además, las funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría y gobernabilidad de la salud pública; la gerencia y coordinación de la vigilancia en salud pública; y las de inspección, vigilancia y control sanitario en el territorio. Estas son una responsabilidad indelegable del Estado, asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial, conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes. Para tal fin las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces deberán adecuar su estructura técnica, administrativa y de gestión.*

*Parágrafo 3. La prestación de estas acciones se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el sistema de garantía de la calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de Salud Pública y los resultados en salud de las mismas.*

Aunque esta definición de salud pública compensa en algún grado la limitada (por no decir triste) concepción de la salud presente en la ley estatutaria, el Parágrafo 3 cae de nuevo en una absurda limitación de la obligación fundamental del Estado, en todos sus niveles, de controlar los riesgos que ponen en peligro la salud y la vida de los ciudadanos.

*“La gerencia y coordinación de la vigilancia en salud pública; y las de inspección, vigilancia y control sanitario en el territorio. Estas son una responsabilidad indelegable del Estado, asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial”.* La función esencial de dirigir y organizar acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente, así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales, no se puede limitar a una “acciones” que se contratan con hospitales públicos. El reduccionismo de la salud pública a actividades de Promoción y Prevención (PyP), en que nos encasilló la Ley 100, dio al traste con la salud pública en el país y es hora de ponerle fin, asumiendo el ámbito que bien reconoce el artículo 6º. del proyecto y que después desconoce por completo el parágrafo 3.

Ya el Artículo 11 de la Ley 1438 de 2011 sobre contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención, constituyó igual paso desafortunado, una barrera más para el avance de la indispensable descentralización en salud pública y un retroceso en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial: “Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud”.

Este artículo, como el actual parágrafo 3, resulta francamente opuesto a los conceptos esbozados de gestión territorial de la salud pública, pues según la OPS, “el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que le corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de salud en los diferentes niveles territoriales. Esto

incluye no solo la responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública”.

Se reduce el concepto y la función, se sumerge la salud pública en los hospitales, quedando supeditada a los intereses de estas instituciones, simplemente para ayudarles a superar su crisis; se trasladan no solo las funciones sino las responsabilidades de las autoridades territoriales y se prescinde del ámbito de la Política Pública, la que va dirigida a la protección del pueblo como obligación del Estado, pero que por lo general incluye también el papel de los ciudadanos, en la definición y en la acción.

Al comienzo del proceso descentralizador, con la Ley 10 de 1990 se crearon las direcciones territoriales de salud para “deshospitalizar” la salud pública, dando a entender que esta no depende de los sistemas de atención a las personas y, por el contrario, los sistemas de atención a las personas son los que deben obedecer a las necesidades de salud pública y supeditarse a la autoridad sanitaria.

Las posibilidades de desarrollo de un territorio en general, y de la salud en particular, dependen de la existencia de una autoridad territorial con suficiente capacidad técnica y administrativa, es decir con direcciones de salud capaces, además de la voluntad política para abrir caminos de participación y trabajo intersectorial sobre los riesgos que afectan la salud y la vida en el espacio geográfico. Por ello, construir procesos de planeación serios y participativos en salud en el país se enfrenta al obstáculo de cientos de pequeños municipios sin la mínima capacidad técnica y administrativa. De no abordar un verdadero reordenamiento territorial para construir niveles del Estado más racionales en cuanto a su tamaño geográfico y poblacional y por tanto con mayor capacidad de planificación y gestión, el país y el Gobierno central deben pensar en establecer asociaciones de municipios en provincias o unidades similares que garanticen unas condiciones técnicas mínimas para la administración y gestión del desarrollo y de las necesidades de los ciudadanos en el territorio, incluidas la planeación en salud pública y la vigilancia en salud pública.

**Artículo 11.** *Creación de Salud-Mía. Crease una entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Unidad de Gestión - Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

**Artículo 14.** *Funciones de la unidad de gestión.*

f) *Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;*

**Artículo 16.** *Recursos que recaudará y administrará la unidad de Gestión.*

- a) *Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;*
- m) *Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos y el Distrito Capital. Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;*

*Parágrafo 1. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y m) se manejarán en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales.*

*Parágrafo 2. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse, sin situación de fondos, en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.*

Muchos expertos han advertido sobre la creación de un monstruo pagador del tamaño del que se convertirá Salud Mía, tomando como base la mala experiencia del FOSYGA, que únicamente pagaba un porcentaje muy pequeño de las cuentas provenientes de las IPS, aquellas relacionadas con el No POS y con el recobro de accidentes de tránsito y catástrofes. Coincidimos en advertir que concentrar en un organismo burocrático centralizado el pago de la totalidad de las cuentas, de la totalidad de las IPS del país es un riesgo demasiado grande para la operación eficiente del Sistema.

Si al menos este organismo tuviera centros de recepción, trámite y procesamiento de cuentas en las grandes regiones del país, aunque fuera una única entidad descentralizada, cabría alguna esperanza, pero el centralismo absoluto parece ser la regla de los últimos años de legislación. La única ventaja de un Fondo Centralizado es la administración de los mecanismos de reaseguro y distribución de riesgo, pero ello no requiere una operación centralizada de todos los pagos del país.

Acostumbrados como estamos al desconocimiento permanente y flagrante de la norma constitucional en relación con la descentralización político administrativa, en las últimas leyes del sector salud, que han recogido los recursos municipales de las participaciones creados en la Constitución de 1991, no nos sorprende que ahora recojan también los recursos departamentales, es decir que se proponga que el Gobierno Nacional deje de ceder las “rentas cedidas” desde 1915 a los departamentos.

La manida expresión “giro sin situación de fondos” no es más que un artificio del lenguaje, un vulgar engaño, para renombrar el presupuesto sin giro, que no es cosa distinta del centralismo llano y puro. Cabe recordar que antes de la reforma constitucional de 1985, que dio origen a la descentralización político administrativa, el Ministerio de Salud no sólo presupuestaba los recursos de cada departamento, sino que los giraba efectivamente. Ahora que somos un país descentralizado, ya no se giran.

Según sentencia de la corte constitucional C-177-96:

*La Carta Política reconoce a las entidades territoriales la propiedad sobre sus bienes y rentas y equipara la garantía que les brinda a la que merecen los particulares sobre los suyos, de conformidad con la Constitución (artículo 362 C.P.).*

*Más todavía, el artículo que se acaba de mencionar dispone en forma perentoria que, con la única excepción de la guerra exterior -y eso temporalmente-, los impuestos departamentales y municipales gozan de protección constitucional y, en consecuencia, la ley no podrá trasladarlos a la Nación.*

De modo que, en nuestra opinión, si los Honorables Senadores consideran que es mejor manejar centralizadamente todas las rentas del Estado, deben tomarse la molestia de aprobar una reforma constitucional, con un simple articulito que diga, más o menos: “Todos los recursos de los programas y políticas sociales, o relacionados con el llamado gasto social, no importa si se recauden a nivel municipal, departamental o nacional, serán manejados y presupuestados por la nación, a través de un Ministerio, un organismo descentralizado del Gobierno Nacional o directamente por una dependencia de la Presidencia de la República. Los territorios se limitarán a pasar una lista de los beneficiarios, que la nación podrá aceptar discrecionalmente. Se deroga expresamente cualquier norma constitucional o legal que se refiera a descentralización de las rentas, salvo las que por descentralización entiendan el reparto del presupuesto nacional a través de entidades privadas.”

De no tramitar una reforma a la Carta como la señalada, los Honorables Senadores estarían dando un pésimo mensaje a todos los colombianos, en el sentido de que no hay problema alguno en desestimar el mandato constitucional cuando se considere pertinente, pero quizás de tramitarlo estarían acercando el país a un gobierno central con plenos poderes, responsable de todo lo bueno y lo malo que sucede a cada ciudadano y ello significaría un grave riesgo para la democracia.

**Artículo 20.** *Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan. El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.*

*El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan que favorezca el uso de servicios y tecnologías efectivas y seguras, orientada al logro de resultados en salud.*

**Artículo 21.** *Criterios para definir exclusiones*

*Parágrafo 2º. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que*

*sufren enfermedades raras o huérfanas. Este tipo de pacientes con este tipo de patologías tendrán que ser cubiertos por una fuente específica de los recursos públicos de la Salud”.*

La redacción del Artículo 20, en sus dos párrafos, pareciera resucitar la concepción del POS como un listado de procedimientos, en contra de los repetidos pronunciamientos del Gobierno en el sentido de que el Plan de Salud no incluiría un listado detallado de procedimientos insumos, sino que tan sólo fijaría las exclusiones, conforme a lo señalado en el Artículo 17 de la Ley estatutaria.

Sin embargo, al final del citado artículo 17 ya se señala que “Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema (no las excluidas). La ampliación progresiva no podría referirse implícitamente sino al actual listado de procedimientos. Está muy lejos aún el 28 de Diciembre, pero ya parece que caímos por inocentes.

En suma, el derecho a la salud seguirá limitado por un manual de procedimientos, originado en un manual de tarifas de contratación entre aseguradores y prestadores, origen del MAPIPOS. La razón de fondo es la necesidad de convertir en mercancía de fácil facturación cada servicio de salud, con las conocidas consecuencias sobre la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio, atributos de la calidad en salud. En los sistemas de facturación no caben ni las revistas médicas, ni los programas basados en equipos multidisciplinarios, ni los largos procesos de rehabilitación, ni los complejos mecanismos de atención para pacientes crónicos, menos las reuniones de mortalidad. Que los enfermos se ajusten a las necesidades del mercado.

Adicionalmente nos preocupa el Parágrafo 2º, que aunque señala que no podrán ser excluidos los tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas, en realidad excluye a estos enfermos, al señalar que “Este tipo de pacientes con este tipo de patologías tendrán que ser cubiertos por una fuente específica de los recursos públicos de la Salud”. De nuevo las EPS o ahora las gestoras no los atenderán, porque los recursos de MI Plan no cubren tales tratamientos, y los que quedarán huérfanos verdaderamente serán los pacientes, pues nunca será posible saber a ciencia cierta si el problema de salud que presentan obedece a la enfermedad rara o a una afección común, como no habrá tampoco forma de decidir que parte de la atención facturarle a MI salud o a otra fuente de financiamiento; ni habrá fuente de recursos clara, ni instituciones responsables de las enfermedades raras en cada municipio del país.

En síntesis, romper un ser humano en dos sistemas de atención es poco menos que un crimen con los ciudadanos más vulnerables, el que viene cometiéndose desde la formulación de la Ley 1392, con el propósito de proteger a los aseguradores por la vía fácil de afectar a los ciudadanos. Adicionalmente la Ley estatutaria señala en su artículo 10 que “No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

Si se propone ahora un fondo único, con capacidad de “Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo”, es decir de proteger a los administradores o aseguradores privados en

una forma técnica en términos de seguros, honorables senadores ¿Qué necesidad hay de separar las formas de financiamiento y afectar a los ciudadanos más vulnerables?

**Artículo 25.** *Atención individual en salud. Las atenciones individuales en salud son aquellas que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad. Implica realizar acciones para mantener y proteger la salud; diagnosticar la enfermedad oportunamente; ofrecer atención integral y suficiente a la enfermedad; y rehabilitar sus consecuencias.*

Una pequeña anotación en relación con este artículo, simplemente no se rehabilitan las consecuencias de la enfermedad, se rehabilitan hasta donde es posible las funciones y capacidades disminuidas o perdidas como consecuencia de la enfermedad o lesión.

**Artículo 26.** *Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:*

a. *Los Prestadores de Servicios de Salud primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.*

*Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.*

b. *Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.*

En las definiciones de los Prestadores de Servicios de Salud nos surge una duda fundamental. A nivel internacional, el hospital básico se define como aquel capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, es decir el episodio respiratorio agudo de un menor, una fractura, una apendicitis, una herida por cualquier agresión externa, un parto o una cesárea, es decir que cuenta con especialidades básicas (no subespecialidades ni alta tecnología) y debe estar disponible a menos

de una hora de viaje de los ciudadanos, para garantizar su vida y su integridad. Es lo que se llamaba en el Sistema Nacional de Salud Hospital de II Nivel.

En las definiciones del Artículo 26 parecería que este hospital básico, con capacidad médica y quirúrgica para la mayoría de las urgencias médicas y quirúrgicas, hace parte de las atenciones que prestarán los prestadores primarios, que “deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población”. Sin embargo, ante los peligros de interpretaciones de estos servicios como servicios complementarios por parte de los empresarios que buscan reducir su gasto en salud, sería conveniente que el artículo en cuestión lo precise, para que no se reduzca la atención básica o primaria a una medicina pobre para pobres, como refiere la OMS en su informe del año 2000. Este tipo de interpretación pondría en peligro la vida de los colombianos, máxime cuando estos servicios hospitalarios básicos cada día están más limitados en el país, por no resultar tan rentables al mercado como los de alta tecnología.

Además, ya se tiene experiencia sobre el intento de reducir el concepto de atención básica o primaria al servicio en centros de salud y hospitales del primer nivel, con los intentos regulatorios como la Emergencia Social. Resulta pertinente señalar que los hospitales de primer nivel fueron diseñados como centros de salud con camas de observación, para pequeñas poblaciones donde sólo se cuenta con médico general y no para centros urbanos.

La disponibilidad de servicios hospitalarios básicos ha entrado en crisis en el país. Grandes concentraciones urbanas dependen hoy todavía de los hospitales construidos hace 30 años por el Sistema Nacional de Salud. Incluso el caso de Bogotá ha llegado a ser dramático, por la precaria oferta de este tipo de servicios hospitalarios básicos en la mayoría de las localidades, tanto para los afiliados del Régimen Subsidiado como del Contributivo, según un estudio publicado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud del Distrito.

El problema de la oferta de servicios ambulatorios y hospitalarios, hoy absolutamente insuficiente para satisfacer la demanda, ni siquiera se trata en el proyecto de ley. Sin duda existen grandes interrogantes sobre el postulado que se vendió al país, de que una vez asegurada la población, la oferta iba a seguir a la demanda. Esto no ha sucedido y la situación es más grave porque las inversiones privadas en servicios de salud se concentran en alta tecnología y junto a los grupos poblacionales de mayores ingresos, alejándose sistemáticamente de los servicios básicos y de las poblaciones pobres a las que el mercado de prestación de servicios pareciera ser alérgico.

¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad. ¿Acaso la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Localidades con cerca de un millón de habitantes, por ejemplo, como Engativá y Suba, e incluso Kennedy, en Bogotá tienen a la gran mayoría de su población afiliada al Régimen Contributivo y tienen una mínima oferta de servicios por cada 100.000 habitantes.

Igualmente cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si la fórmula para compensar el actual desastre en términos de desigualdad en el acceso que este Sistema ha generado se limita a los discursos sobre atención primaria, mientras el gasto se concentra en los hospitales de alta complejidad?

**Artículo 29.** *Áreas de Gestión Sanitaria. Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.*

*En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.*

**Artículo 30.** *Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los prestadores de servicios de salud y los gestores de servicios de salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.*

Concordamos que la definición de las Áreas de Gestión Sanitaria Especial es una necesidad del Sistema, comprobado hasta la saciedad que no funciona un sistema basado en la demanda, ni hay condiciones de mercado en la mayoría de los territorios alejados de los centros urbanos. Pero no se trata únicamente de mezclar la carne con el hueso para los aseguradores y dirigir a los pacientes, desde regiones sin servicios hacia regiones con servicios, integradas en una misma área de gestión sanitaria. Resolver el problema de las poblaciones dispersas, por ejemplo, implica la decisión de financiar equipos móviles multidisciplinarios que se desplazan de comunidad en comunidad, usualmente por vía fluvial, tanto en la Amazonía como en la Orinoquía y la Costa Pacífica, para acercar los servicios a estas poblaciones sin capacidad de demanda, debido a barreras geográficas, económicas o culturales, que no pueden acceder a los centros médicos. De modo que el modelo de atención diferenciado implica llegar con los servicios a las comunidades y no esperar que estas demanden los servicios.

En este sentido, es necesario que el articulado señale la obligación de garantizar el acercamiento activo de la oferta de servicios a las necesidades de las poblaciones dispersas y el financiamiento de equipos extramurales con los equipamientos y el transporte necesarios para garantizarles los

servicios de salud a las poblaciones dispersas. Una vez más el problema no consiste en una adaptación geográfica que sea útil al mercado de los gestores, sino en la necesidad de adaptar el sistema de salud a las necesidades de las poblaciones.

Queda por debatir el problema fundamental de que las Áreas de Gestión Sanitaria rompan el ordenamiento territorial colombiano, acaben con la competencia de los departamentos y superen la autoridad política administrativa que establece la Constitución, pero sobre este punto volveremos más adelante, al referirnos al Artículo 33.

**Artículo 31.** *Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.*

*Los Gestores de Servicios de Salud privados, podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.*

**Artículo 38.** *Integración vertical. Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.*

*Parágrafo 1. La prohibición de la integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la entrada en vigencia de la ley.*

*Parágrafo 2. Se exceptúa de la presente prohibición cuando se trate de Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta y las Caja de Compensación Familiar, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.*

El Proyecto de Ley ordinaria cambia los presupuestos del Ministerio de Salud, en el sentido de que las Empresas Gestoras fueran únicamente sociedades anónimas. Abre paso nuevamente a las organizaciones solidarias y cajas de Compensación, es decir a las entidades sin ánimo de lucro. Sin duda no había otra posibilidad, pues de acuerdo con los pronunciamientos conocidos resulta poco probable que empresas comerciales se involucren en el nuevo modelo de administración y gestión del riesgo, que sustituye el modelo asegurador previo.

Conocemos los graves problemas que han derivado de la gestión del aseguramiento por este grupo de entidades, como los señalados por el CID de la Universidad Nacional en el estudio de la UPC 2011:

*La preocupación fundamental consiste en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales.*

*La ausencia de control de los verdaderos dueños del capital sobre los administradores (los miembros de las cooperativas asociadas en una EPS pueden ser decenas de miles y no tener ningún control real sobre las entidades asociadas en entidades más grandes), permite que estos busquen rentabilidad en los negocios secundarios que son mucho más grandes cuando se da la integración vertical. Máxime cuando no opera la prohibición ética y explícita de las corporaciones insertas en el mercado internacional en el sentido de que los administradores no pueden jamás participar en ningún negocio de la empresa con interés personal.*

*Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.*

Frente a este riesgo suficientemente conocido, consideramos adecuada la propuesta incluida en el artículo 38 sobre integración vertical: “Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente. Es realmente una medida anti-monopólica que por fin supera la inocua limitación en porcentaje de integración vertical y que permite controlar la corrupción y la extracción de las utilidades por la puerta de atrás, ya que estas entidades no pueden repartir dividendos a sus verdaderos dueños.

Sin embargo sería bueno agregar que tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre Gestores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos, como señalaba el proyecto del Gobierno, o bien, que en caso de darse dicha integración, esta se debe justificar con informes periódicos a la Superintendencia que garanticen que los precios facturados estén por debajo de la media del Sistema y que no se están sacando los beneficios por esta vía.

Al respecto, no se entiende la excepción del párrafo 2º. Con esta redacción pareciera que la prohibición de integración con negocios de la misma empresa o de parientes de los administradores no queda vigente, ni se existirá este tipo de restricciones en las entidades con participación pública.

En todo caso, la apuesta de que entidades sin ánimo de lucro ordenen gastos por billones de pesos sin obtener ganancia de ello, que viene siendo estimulada desde el Gobierno Uribe, lleva implícito

el incentivo a comportamientos rentistas y obtención de beneficios por la puerta de atrás por parte de los administradores, dada la inexistencia de dueños reales que los controlen y la experiencia ha demostrado con creces que acaba siendo menos transparente que el ánimo de lucro declarado y abierto, en sociedades anónimas con gobiernos corporativos como las que pretendía la propuesta del Gobierno.

**Artículo 33.** *Comisión de Área de Gestión Sanitaria. Con la finalidad de facilitar una adecuada planificación, gestión, vigilancia y control en la operación del Sistema de salud, se creará una Comisión en cada una de las Áreas de Gestión Sanitaria definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, un (1) representante de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.*

*Entre sus funciones están:*

- *Habilitación y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;*
- *Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud*
- *Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizados los Gestores de Servicios de Salud;*
- *Definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;*
- *Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud.*

*La parte operativa para el desarrollo de las funciones establecidas estará a cargo de las Secretarías de Salud departamentales y distritales conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y de la Superintendencia Nacional de Salud según las normas vigentes.*

Realmente sorprende este articulado, que coloca a las entidades territoriales bajo la vigilancia y control de las Comisiones de área de Gestión Sanitaria, en las que participarán los Gestores de Salud y los Prestadores, como si en realidad se estuviera creando una entidad supra-territorial que modifica y supera la estructura del Estado Colombiano.

Resultaba ya vergonzoso que nunca se permitiera a las entidades territoriales vigilar al menos la oportunidad y calidad de los servicios y la suficiencia de las redes de prestadores de las aseguradoras en su respectivo territorio. Pero el hecho de que se pretenda ahora que las entidades territoriales sean vigiladas por los Gestores de Salud es una historia de los pájaros tirándole a las escopetas.

Esta entidad supra-territorial en la que se propone tengan asiento los Gestores y prestadores será precisamente la encargada de la evaluación de los gestores (léase autoevaluación) y de la habilitación de prestadores de servicios de salud, función que por supuesto crearía un verdadero conflicto de intereses.

Cuando menos, la propuesta del Ministerio señalaba que “La verificación de las condiciones de habilitación y la determinación de su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud” y que “La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud que hagan parte de la respectiva Área de Gestión Sanitaria o Área de Gestión Sanitaria especial”

La vigilancia y control de los planes y programas de salud pública en las entidades territoriales por estas comisiones es un verdadero despropósito. El problema de salud pública del país parte precisamente de forzar la gestión estatal de la salud pública en el esquema de mercado. Nada tiene que tampoco ver el aseguramiento o la administración de los servicios de salud con los determinantes de salud, salvo en las diferencias de calidad en la respuesta organizada de la sociedad frente a la enfermedad que reciben unos u otros ciudadanos, según su posición social, capacidad de pago, etnia, edad, género o condición de salud.

No es posible, reiteramos, delegar la responsabilidad primaria del Estado, en todos sus niveles, de controlar los riesgos que ponen en peligro la salud y la vida de los ciudadanos, con participación de la misma sociedad y todos los sectores productivos. Adicionalmente, como reza el artículo 6º. “La gerencia y coordinación de la vigilancia en salud pública; y las de inspección, vigilancia y control sanitario en el territorio son una responsabilidad indelegable del Estado, asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial”. No se puede limitar esta función esencial a “acciones” que se contratan con hospitales públicos, ni vigilar el cumplimiento de las obligaciones de los funcionarios del Estado es competencia de ningún organismo del tipo que se propone.

Los daños a la salud o la vida de los ciudadanos que suceden por omisión de las autoridades territoriales en su obligación fundamental de proteger la vida y la salud de sus habitantes frente a los riesgos que los afectan, compete en primer lugar a los mismos ciudadanos, en segundo a las entidades estatales responsables de la salud en los niveles superiores del Estado, en tercero a las entidades de control sobre la función pública y, por último, a las entidades judiciales, en cualquier modelo de organización del Estado.

### ***Artículo 27. Red de Prestación de Servicios de Salud***

*Parágrafo 1. La Comisión de Área de Gestión Sanitaria evaluará de manera permanente las condiciones de acceso, suficiencia, integralidad, calidad y libre elección en las que opera las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Con base en ello hará las recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para que*

*se tomen las medidas correctivas necesarias, entre las que se encuentran su restricción o ampliación.*

Una vez más, la evaluación de las responsabilidades de los Gestores y Prestadores será realizada por un organismo donde tienen asiento Gestores y Prestadores (autoevaluación, o conflicto de interés cuando se trate de la competencia).

**Artículo 39.** *Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:*

*a) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales;*

*b) Un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan*

*El valor per cápita permanecerá en Salud-Mía en una cuenta a nombre de cada Gestor de Servicios de Salud, el cual será girado directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la forma como éste lo indique.*

*Si como resultado de la gestión de los recursos del valor per cápita se presenta un déficit, éste será cubierto, en primer lugar, con las reservas con que cuenta el Gestor de Servicios de Salud en Salud-Mía.*

*Cuando al cierre de la vigencia el Gestor de Servicios de Salud genere excedentes, se procederá así:*

*a) Una proporción será asignada a la constitución, mantenimiento o incremento de la reserva de cada Gestor de Servicios de Salud;*

*b) El saldo de los excedentes podrá ser asignado al Gestor de Servicios de Salud como excedente propio en función del cumplimiento de resultados;*

*c) Los valores no asignados se destinarán como reservas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y serán administrados por Salud-Mía.*

El CID de la Universidad Nacional ha señalado, con base en sus investigaciones, cómo el comportamiento rentista de las EPS sin ánimo de lucro surge porque, en lugar de tener un incentivo a controlar el gasto del POS, tienen un claro incentivo a aumentar los gastos en los servicios contratados de los que derivan las utilidades reales, que se tradujo en una tendencia al aumento de los gastos de salud en la nota técnica de ambos regímenes.

FEDESALUD ha señalado que: “En este punto parece haberse encontrado la relación entre el arreglo institucional, con entidades sin ánimo de lucro que manejan las unidades de capitación, y el comportamiento rentista consecuente: A estas entidades les interesaba manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias. Por la misma razón no tienen estas entidades incentivo alguno para ahorrar recursos al Sistema y tienden a gastar la totalidad de los recibidos.”

“Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al Sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio, hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Igualmente, como consecuencia de tal arreglo institucional y el consecuente incentivo generado, no es de esperar otro resultado.”

“Ninguna de estas instituciones iba a generar eficiencia en la asignación de los recursos y finalmente reducir los costos al Sistema como se presumió. Ambos tipos de entidades, por el contrario, han presionado insistentemente el incremento de la asignación per cápita.”

Por otra parte, en relación con los excedentes económicos posibles que puedan generar los Gestores, como plantea el artículo, cabe recordar que la Defensoría del Pueblo ha señalado, con respecto a las EPS, “que la potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentados por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios.”

En realidad, el incentivo perverso está implícito en el contrato con pago ex-ante por capitación y aunque la negación o postergación de servicios obedezca la mayor parte de las veces a razones técnicas o administrativas justificadas, dado el ánimo de lucro permitido a las administradoras, ha sido y será interpretada casi siempre por los ciudadanos como intento de aumentar las ganancias.

Por supuesto, en ocasiones es así, pero en conjunto, esta interpretación está ligada claramente al arreglo institucional que incluye el incentivo perverso, arreglo institucional que, en suma, ha acabado por deslegitimar a las mismas entidades que creó. No en vano se ha acuñado el término despectivo “muertos de Ley 100”, para designar a las muertes de pacientes que por innumerables factores de tipo normativo o fáctico no recibieron en forma oportuna o eficiente los servicios de salud o de atención en salud correspondientes, por parte de las entidades responsables de administrar, financiar o de prestar tales servicios.

Aunque el Gobierno haya señalado en su proyecto de ley que los Gestores tienen diferencias profundas con las actuales EPS y que la presente ley define un nuevo sistema de incentivos a la gestión del riesgo en salud, basado en resultados y acceso efectivo a los servicios y que las ganancias de estos actores provienen de lograr buenos resultados en salud, gestionar el riesgo en

salud de la población afiliada y de hacer una compra inteligente de los servicios de salud, nos parece que el incentivo perverso a la negación o postergación de servicios sigue vigente.

No se permite tal incentivo en otros Sistemas de Salud o Seguridad Social. De hecho, incluso en países como República Dominicana, con un régimen contributivo de seguridad social similar, las Administradoras de Riesgos de Salud no pueden dilatar ni impedir el acceso directo al especialista de los pacientes, ni limitar las órdenes diagnósticas y terapéuticas dadas por los facultativos, pues los ciudadanos tienen la libertad de acudir directamente al médico y este de ordenar servicios incluidos en el Plan de salud, sin autorizaciones previas. De hecho, también las aseguradoras colombianas permiten a sus afiliados, en los planes complementarios, el acceso directo al especialista.

**Artículo 45.** *Cupos de residentes. Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Educativo, garantizarán el incremento progresivo de cupos para la formación de residentes, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*Los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud podrán ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional.*

**Artículo 48.** *Hospital universitario. Modifíquese el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:*

*“El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud reconocida como escenario de práctica que cumple condiciones especiales en las áreas de docencia, investigación y extensión, para el desarrollo de programas de formación superior del área de salud de pregrado y posgrado, que le permiten ofrecer conjuntamente con instituciones de educación superior programas de especializaciones clínicas, en el marco de una relación a largo plazo.*

*El Hospital Universitario que, además de cumplir con los requisitos para acreditarse como tal, sea reconocido como centro de investigación por la autoridad competente, titulará de manera conjunta con la Institución de Educación Superior a los egresados de los programas de especializaciones clínicas.*

El párrafo del Artículo 45, que faculta a los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud, para ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional, parece enormemente riesgoso y contradice la normatividad legal propia del sector educativo. Otra cosa es que los Hospitales Universitarios puedan ofrecer conjuntamente con instituciones de educación superior programas de especializaciones clínicas, en el marco de una relación a largo plazo, como reza el Artículo 48.

**Artículo 50.** *Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud. Modifícase el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:*

*“El personal del área de la salud deberá cumplir con los siguientes requisitos para su ejercicio:*

*1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:*

*a) Título otorgado por una institución de educación superior debidamente reconocida o por una institución autorizada en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992, en los niveles de formación técnico profesional, tecnológico, profesional o especialización, según la normativa que regule el servicio público de la educación superior.*

*b) Certificado otorgado por institución debidamente autorizada para el ofrecimiento y desarrollo de programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano.*

Resulta algo difícil entender a qué tipo de formación se refiere el inciso b, por lo que es necesario explicar y precisar su alcance.

**Artículo 51.** *Clasificación de los servidores públicos vinculados a las empresas sociales del estado de nivel nacional y territorial. Los servidores de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, tendrán la calidad de empleados públicos y se clasifican en:*

*c) Servidores de la salud, que corresponde a una nueva categoría de empleado público que se regirá por las disposiciones contenidas en la presente ley y comprende a quienes cumplen funciones asistenciales en salud, de cualquier nivel jerárquico con excepción de los empleos clasificados en el nivel directivo, relacionadas con la atención directa en salud a los pacientes en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*

*3. Los empleos de servidores de la salud se proveerán mediante resolución, en la cual se deberá indicar:*

- El tiempo de vinculación.*
- La descripción de las funciones de acuerdo con la actividad o proyecto a desarrollar.*
- La apropiación y disponibilidad presupuestal para cubrir el pago de salarios y prestaciones sociales.*

*Parágrafo. El tiempo de vinculación de los servidores de la salud se determinará en función de las necesidades de la Empresa Social del Estado, del nivel nacional y territorial, para*

*atender los servicios efectivamente contratados a la Empresa y por la continuidad de los mismos.*

**Artículo 53.** *Régimen salarial y prestacional. Los empleados de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial tendrán un régimen especial en materia salarial y prestacional y se fijará por las autoridades competentes bajo los parámetros que señale el Gobierno Nacional, con base en las normas, criterios y objetivos contenidos en la Ley 4ª de 1992. En todo caso se deberán respetar los derechos adquiridos. Se tendrán como derechos adquiridos los que hayan ingresado al patrimonio del servidor, los cuales no podrán ser afectados.*

*El Gobierno Nacional establecerá la nomenclatura de empleos aplicable a los servidores de la salud, los demás empleos se registrarán por la nomenclatura prevista en los Decretos Ley 785 y 770 de 2005, según corresponda, o en las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.*

**Artículo 55.** *Causales de retiro del servicio de los servidores de las empresas sociales del estado. El retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción y de carrera se producirá por las causales señaladas en el artículo 41 de la Ley 909 de 2004. El retiro de los servidores de la salud se producirá, además de las causales ya señaladas, por las siguientes:*

- 1. Por cumplimiento del término para el cual fue vinculado cuando no haya continuidad en la prestación del servicio.*
- 2. Por terminación anticipada de la actividad o proyecto para el cual fue vinculado.*

Para mantener controlado el gasto en salud, y al mismo tiempo poder garantizar el margen de rentabilidad a todos los agentes económicos, en este proyecto de ley, impulsado desde el Gobierno, una vez más se ha decidido sacrificar a los trabajadores de la salud, convirtiéndolos en mercancía de rápida circulación o mercancía desechable en cualquier momento. (las mercancías de mayor valor, como vehículos o viviendas suelen incorporar arreglos fijos y más duraderos en el tiempo en términos de beneficios, garantías y compromisos de pagos)

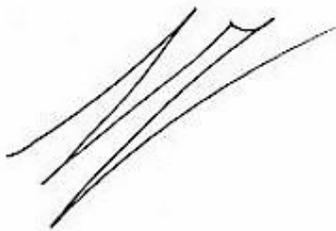
Al volver a los “servidores de salud”, que así los denomina el proyecto, simples mercancías de libre circulación, recursos unilateralmente descartables, trabajadores sin derecho a estabilidad laboral, contratables por días, semanas o meses, de acuerdo a la conveniencia de los negocios de prestación, se sitúa al personal asistencial de salud, profesional y no profesional, en la categoría de las posiciones socio-ocupacionales más bajas de la sociedad colombiana), la que hoy ocupan los trabajadores de la construcción o los jornaleros agrícolas, que no cuentan con estabilidad laboral, y por tanto tampoco con garantía de estabilidad del ingreso familiar y las protecciones sociales que hoy consideramos derechos de ciudadanía, ligados en nuestro país a los contratos formales de trabajo.

La ausencia de estabilidad laboral se traduce en una verdadera condena en la economía de mercado, que expone al trabajador al riesgo permanente de la pérdida del ingreso, lo fuerza a mayor sometimiento al patrón y le resta autonomía o dignidad del trabajador. La falta de seguridad del ingreso, por otra parte, impedirá a las familias de los llamados “servidores de salud” comprometerse en inversiones de largo plazo. Ello sin mencionar las pocas posibilidades de acceso al crédito que tienen en el sistema financiero los trabajadores sin contratos estables.

Es necesario entender, honorables senadores, que el deterioro de la condición laboral de los trabajadores de la salud ha sido permanente desde la expedición de la Ley 100 y este deterioro, que ahora pretenden profundizar, aleja a estos servidores de la definición de trabajo decente de la OIT y hace parte de la crisis del Sistema, por cuanto acaba afectando la calidad de los servicios.

No cerramos esta comunicación, honorables senadores, sin advertir que la cobertura universal de la seguridad social en salud sigue siendo un fin inalcanzable mientras existan dos regímenes excluyentes. Los aumentos de cobertura una y otra vez retroceden con las expulsiones de un régimen por razones de pérdida del trabajo formal y de otro por reclasificación del SISBEN, dinámica de la población o depuración de bases de datos, dejando un importante porcentaje de la población sin garantía de servicios de salud que fluctúa entre cuatro y ocho millones de colombianos.

Las propuestas de cobrar u obligar a pagar a las personas excluidas de los dos regímenes, planteadas en la Ley 1438, siguen siendo inaplicables en la práctica y solamente servirán para agravar la crisis financiera de los hospitales. El tema, de la mayor gravedad en términos de los derechos de los colombianos, no se aborda siquiera en este proyecto de reforma.



FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

**Presidente FEDESALUD**

**Bogotá, 12 de Agosto de 2013.**