

Elementos para fortalecer el

Sistema de Salud Colombiano

Autor

Katherine Flórez

Abril 2023

Cinco elementos para fortalecer el sistema de salud colombiano

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. EPS son más que aseguradoras: asegurar en desventaja y promover la competencia.....	5
3. El Estado puede seguir siendo protagonista sin acabar el aseguramiento privado.....	13
4. Participación privada en prestación de servicios ha mejorado la saludmundial.....	25
5. Compras centralizadas como retroceso en la gestión de medicamentos e insumos médicos.....	29
6. De vuelta a la politización de la atención en salud: énfasis en la planeación y descuido de la curación.....	35
7. Recomendaciones.....	38
8. Referencias.....	43

1. Introducción

La reforma de salud contenida en el Proyecto de Ley 339 de 2023 propone transformaciones profundas en el sistema de salud que cambian no solo su estructura orgánica sino su funcionalidad y gestión como conocemos hoy. Este documento presentará una revisión de la reforma frente al modelo conceptual que fundamentó las bases del sistema actual conocido como modelo *competencia manejada* o pluralismo estructurado (Londoño y Frank, 1997) aplicado en la Ley 100 de 1993 y sus reformas en tres décadas. Se desarrollarán especialmente cinco puntos que se consideran relevantes frente al concepto fundamental del modelo: incentivar la competencia y la producción de servicios de salud. El primero referido a la labor de aseguramiento de las EPS, que en su adaptación al importante servicio de salud elimina ciertos elementos que hacen pensar que son más que simples aseguradoras o gestoras del riesgo financiero. El segundo referido al protagónico papel del Estado en el modelo actual, frente a la presunción que el modelo de salud está fuera de control estatal. En tercer lugar, evidenciar que la participación privada en el modelo actual ha mejorado no solo la cobertura de 15% a 99% de la población, sino que ha llegado a aquellos lugares en que el Estado no ha hecho presencia aún. En cuarto lugar, evidenciar los riesgos que puede traer destruir el mercado de la comercialización de medicamentos e insumos para reemplazarse por comprar centralizadas estatales y, por último, prender alarmas sobre la politización que pueden formar las nuevas plataformas de planeación participativas que crea la reforma.

2. EPS son más que aseguradoras: asegurar en desventaja y promover la competencia

La reforma de salud contenida en el Proyecto de Ley 339 de 2023 rechaza la arquitectura institucional actual del sistema de prestación de servicios de salud en Colombia. El rechazo principalmente apunta a la gestión de uno de los agentes gestores del sistema: las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y ha desencadenado una propuesta de reforma que busca eliminar su función dentro del sistema de salud.

Si bien el sistema de salud tiene aspectos por mejorar, queremos demostrar en lo consecutivo a estas líneas, que la mejora no se podrá conseguir con la erradicación de las EPS del sistema, sino al contrario, con mejores reglas para promover la expansión del sistema. Erradicar las EPS podría profundizar los problemas existentes hasta el punto de retroceder en los avances que ha experimentado la atención en salud en el país en los últimos treinta años.

Esta aversión se sustenta en falsas creencias que muestran que el Estado se encuentra al margen del sistema, que la libre empresa, la competencia y la gestión privada en los servicios de salud es nociva. Se ignora que la iniciativa privada es un mecanismo eficiente para multiplicar los recursos donde no los hay, para conseguir capacidades y responsabilidad de satisfacer una necesidad social de forma masiva y descentralizada.

El modelo de salud colombiano implementado en 1993 funciona bajo un esquema de aseguramiento de la asistencia sanitaria, inspirado en las lecciones del profesor de Harvard Alain Enthoven (1989) y las adaptaciones de éstas que para el caso colombiano hicieron Juan Luis Londoño de la Cuesta y Julio Frenk (1993; 1997). En este modelo un asegurador, llamado también sponsor, patrocinador, representante y promotor, intermedia la relación demanda/oferta, entre el usuario y el proveedor de servicios. Este sponsor está además supeditado a reglas del juego, que en caso colombiano asume el Estado, que aseguren la competencia entre promotores.

Caso 1.

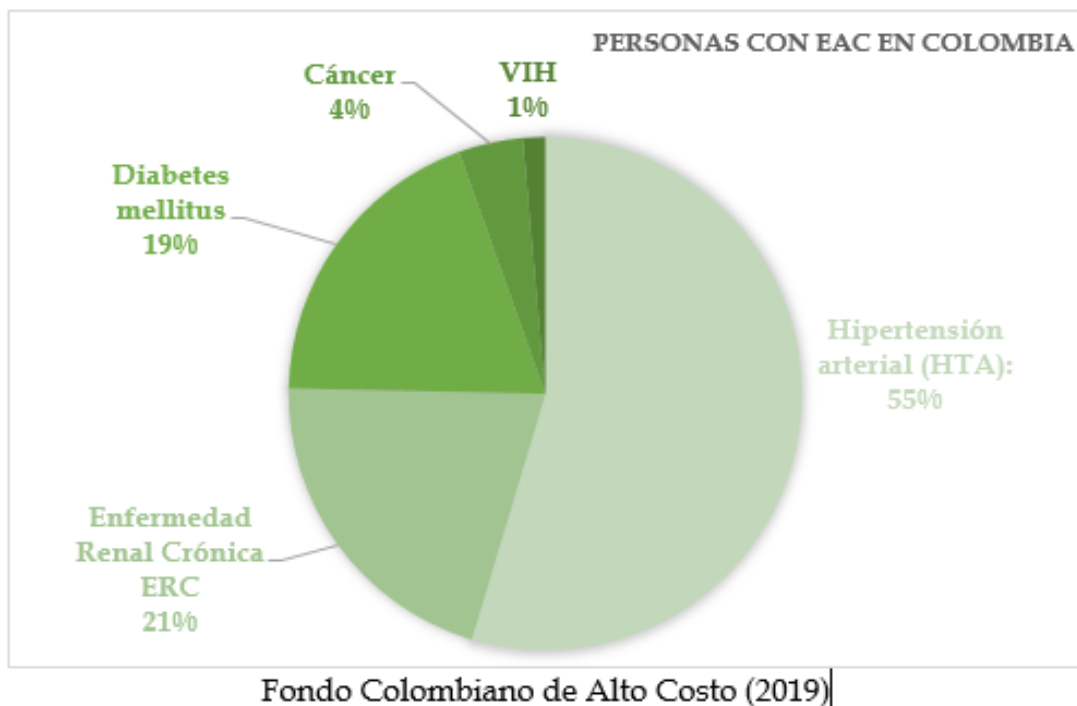
Supongamos el caso de Mercedes, una mujer de 45 años, madre soltera que devenga mensualmente un SMLMV de \$1.160.000 pesos, tiene tres hijos entre 5 y 14 años que estudian. Aporta 139.200 pesos mensuales a la seguridad social en salud. Este pago cobija y vincula al aseguramiento a la mujer y sus tres hijos ante cualquier riesgo en salud (enfermedad común, aguda o crónica, licencia de maternidad, cirugías, tratamientos y seguimientos). La mujer sufre de tensión arterial y se encuentra en un programa especial de enfermos crónicos que le hacen seguimiento preventivo y tratamiento periódico, atención con especialista, con nutricionista, con atención psicosocial.

El Estado, por medio de ADRES, recauda anualmente \$1670.400 de Mercedes y reconoce a la EPS aseguradora un pago anual de \$1.405.537 pesos y por sus hijos \$1.344.038 (Resolución 2809 del 30 de diciembre de 2022). Con esos giros, la EPS contrata los servicios de atención en salud y medicamentos que Mercedes y sus hijos requieran.

Mercedes sufre de enfermedad crónica que afecta a su corazón, cada tres meses tiene seguimiento y se le ha recomendado cirugía de revascularización coronaria, la cual asciende a un valor de 150 millones de pesos. La contribución de Mercedes no financia el costo de ese único evento en salud, la EPS distribuye financieramente el riesgo entre lo recibido de reconocimiento de UPC de personas sanas y enfermas para garantizar el pago por todas las atenciones que requiera ella y su núcleo familiar.

Como Mercedes cerca de 3,4 millones (15,7% de población ocupada) de personas que devengan un salario mínimo en la economía formal se encuentran cubiertas junto con sus beneficiarios ante riesgos leves, moderados y graves en salud. Pero el sistema de aseguramiento va más allá de las personas que contribuyen con parte de sus ingresos, también cubre a quienes no cuentan con ingresos o se encuentran en ocupaciones informales. El cubrimiento financiero mensual lo asume el Estado mediante el gasto público para el aseguramiento que procede de impuestos de destinación general y de destinación específica, subsidios cruzados de los aportantes y otras contribuciones fiscales. Los subsidios cruzados en salud, acorde al principio constitucional de solidaridad, no existían antes de la Ley 100, permiten que independiente de la capacidad de pago un colombiano pueda gozar del beneficio a la salud y a los ciudadanos de más ingreso aportar al acceso igualitario en el sistema de atención.

Por otra parte, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el país (Romero et al., 2018; Cuenta de Alto Costo, 2021). Y los enfermos cardiovasculares aportan más de la mitad de la población con Enfermedades de Alto Costo (EAC).



El papel del Estado que se propone desde el modelo de Enthoven es el de director, regulador y arquitecto del sistema, proponiendo el aseguramiento como un mecanismo y un responsable para alcanzar cobertura y gestión de riesgo que requiere la salud. El aseguramiento es pieza clave, pero bajo reglas que superan el seguro tradicional, que buscan eliminar las distorsiones propias del mercado de seguros en otros ámbitos, especialmente en la segmentación de planes de seguro y en la exclusión o dificultades de acceso por capacidad de pago.

La idea del seguro se sustenta en que el afiliado pueda realizar un pago pequeño y cierto en el tiempo frente al cubrimiento de un riesgo u ocurrencia de enfermedad trasmisible o no-trasmisible probable, de necesidad de servicios de prevención de la enfermedad, de curación y de seguimiento a lo largo de su vida. El afiliado espera obtener seguridad ante los riesgos en salud tanto probables como improbables. Un afiliado promedio al sistema de aseguramiento en salud colombiano, ligado a su nómina, paga por su afiliación en salud el 12,5% de su ingreso mensual. 12,5% distribuido entre el empleado (4%) y el empleador (8,5%) (MinSalud, 2020).

Tabla 1. Comparativo entre aseguramiento tradicional, en competencia regulada y sin aseguramiento

Aseguramiento tradicional	Aseguramiento en salud por competencia regulada	Provisión de atención estatal sin aseguramiento privado
Contrato	Afiliación	Afiliación
Costo o prima del seguro de acuerdo a preexistencias y riesgo del asegurado	Prima estándar definida por el gobierno y no por el gestor del riesgo. No importa preexistencias.	Prima estándar definida por el gobierno
Planes variados y segmentados por riesgos	Plan estandarizado de beneficios	Plan estandarizado de beneficios
Administración del riesgo financiero	Administración del riesgo financiero	No aplica.
Articulación de servicios para cubrir los planes	Articulación de servicios para cubrir el plan	No es claro los mecanismos de articulación y contratación que aplicará.
Red contractual y gestión de proveedores de servicios	Red contractual y gestión de proveedores de servicios	No es clara. Con altos riesgos de concentración e integración vertical de prestadores y proveedores.
Selección de proveedores costo/calidad efectivos.	Selección de proveedores y prestadores de servicios médicos, procedimiento y diagnóstico costo/calidad efectivos.	No es claro el mecanismo de selección.
Incentivos a la competencia de proveedores	Incentivos a la competencia de proveedores y prestadores	No competencia.
Garantías de calidad y responsabilidad contractual	Garantías de calidad y responsabilidad contractual.	Juez y parte
	Representación del afiliado ante la red de proveedores y prestadores.	Sin representación.
	Seguimiento del estado de salud y de la historia clínica del afiliado, especialmente con enfermos crónicos y de alto costo.	Sin seguimiento y sistemas de información adecuados para evaluación detallada de la historia clínica.
	Responsable contractual.	Juez y parte

Con el pago que reconoce el ADRES por afiliado a la EPS, esta tiene la responsabilidad de garantizar los servicios propuestos en el Plan de Básico de Beneficios (PBS). Para esto construye, mediante esquemas de contratación, una red de prestadores, de Instituciones Prestadoras de Salud, laboratorios clínicos, centros ambulatorios, centros médicos, hospitales y consultorios independientes de todas las especialidades que posibiliten la atención hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria oportuna de cada uno de sus afiliados.

La red de prestadores ha creado una cadena de valor empresarial que ha aumentado la oferta de servicios de salud, mejorando las capacidades para atender los usuarios. Las EPS evaluación costo/calidad de los servicios contratados, motivando la competencia y la mejora de la calidad de los prestadores, quienes pueden aumentar sus ingresos de aumentar el número de afiliados atendidos. Para 2022 se reporta la existencia de 11.466 prestadores en todo el país (10366 en 2016, crecimiento del 10% en solo 6 años) (Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, Min Salud, 17 de junio de 2022), se pasó de 1 médico por cada 1000 habitantes a 4 médicos por cada 1000 habitantes en 2018.

“Existen en el país cuatro tipos de prestadores de servicios de salud: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, profesionales independientes de salud, entidades con objeto social diferente y servicios de Transporte Especial de Pacientes. Con corte al 1 de noviembre de 2016 se encontraron un total de 45.563 prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); de estos, el 72.7% (33.130) eran profesionales independientes, el 22.7% (10.366) Instituciones prestadoras de servicios de salud, el 3.7% (1.728) entidades con objeto social diferente y el 0.7 % (339) servicios de Transporte especial de pacientes” (REPS, Min Salud, 2017, 12).

“De acuerdo a la naturaleza jurídica, se encuentra que del total de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el 90% son de naturaleza privada, el 9.8 % de naturaleza pública y 0.18% son mixtas. El mayor número de IPS se encuentran en Bogotá D.C (1650 IPS), Valle del Cauca (966 IPS) y Antioquia (940 IPS), mientras que el menor número de IPS se encuentran en Vaupés (2 IPS), Guainía (6 IPS) y Vichada (11 IPS)” (REPS, Min Salud, 2017, 14).

(1650 IPS), Valle del Cauca (966 IPS) y Antioquia (940 IPS), mientras que el menor número de IPS se encuentran en Vaupés (2 IPS), Guainía (6 IPS) y Vichada (11 IPS)" (REPS, Min Salud, 2017, 14).

Incluso en los lugares donde no hay suficiente capacidad instalada y hospitalaria para la atención, según datos del REPS (Min Salud, 2017, 15) lo que existe es de naturaleza privada y no pública como se cree. Por ejemplo, en Amazonas hay 12 IPS privadas y 1 pública, en Guania hay 6 y las 6 son privadas, en Vichada hay 11 de las cuales 7 son privadas, en Chocó hay 115 de las cuales 111 son privadas y en San Andrés hay 13 y todas son privadas. Así que la falencia en infraestructura está unida al componente estructural de abandono de Estado en los territorios y no al componente privado o al modelo de competencia regulada que establece la arquitectura del sistema.

Se demuestra que al no ser el Estado el único contratante de servicios de salud y director de hospitales, se descentralizó, se incentivó la multiplicación de la oferta de servicios de salud, motivando mejoras, innovación e incremento de beneficios para la población. Esos resultados son positivos de acuerdo a la evolución lenta que ostentó el sistema de salud antes de 1993.

No obstante, el aseguramiento en salud en Colombia funciona en desventaja con el aseguramiento tradicional, y su actividad se ha comprobado no es rentable frente a otros seguros, medicinas prepagadas y planes complementarios. Al no poder definir precios, costo de la prima (UPC), ni definir el plan de beneficios o influir en la tasación de precios de los componentes del mismo. La gestión financiera no es libre como la ha mostrado en reiteradas ocasiones los diseñadores de la nueva reforma.

Es de destacar que entre los sistemas de salud más exitosos se encuentran aquellos gestionados mediante de un modelo de aseguramiento, por ejemplo, Corea de Sur, Japón y Australia. España, aunque es un caso relevante de gestión sin aseguramiento, ostenta graves problemas de sostenibilidad financiera.

Tabla 2. Los mejores modelos de salud del mundo vs. Colombia

País	Organización Estatal		Prestación		Financiación			Gasto % PIB
			Primaria	Secundaria	Pública	Privada	Fuente	
South Korea***	Regulador	Indirecta con Aseguramiento obligatorio	Estatal	Privada	57,4%	41%	Contribuciones obligatorias	7,60%
Japan***	Regulador	Indirecta con Aseguramiento obligatorio	Estatal	Privada	84,1%	15,9%	Contribuciones obligatorias	10,90%
Spain***	Gestor	Directa	Estatal	Estatal	70,6%	29,4%	Impuestos y cotizaciones de ss.	8,90%
Australia***	Regulador	Indirecta con Aseguramiento obligatorio	Privada	Estatal	68,9%	31%	Contribuciones obligatorias	9,20%
Colombia	Regulador	Indirecta con Aseguramiento obligatorio	Privada	Mixta	67,8%	28,80%	Contribuciones obligatorias e impuestos	7,20%

Fuente: Bloomberg, 2021 y realización propia.

3. El Estado puede seguir siendo protagonista sin acabar el aseguramiento privado

Aunque la reforma se concentra en acabar el aseguramiento debe admitir que el Estado es el protagonista en el modelo actual y que lo puede seguir siendo ajustando funciones e incentivos en el sistema. Para esto el modelo de Enthoven propone que el Estado es el rector y diseñador, quien establece quienes deben ser los actores del sistema: aseguradores y prestadores; diseñe el contenido del plan de salud básico (Plan Obligatorio de Salud originalmente y hoy Plan Básico de Salud PBS), establezca su precio y condiciones de financiación (recaudo y giro de recursos), así como evalúe periódicamente oportunidad del plan de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de la población (según información y asesoría de expertos y de los responsables de la atención y las ciencias de la salud); define reglas que incentivan la competencia y no premien promotoras de planes de salud que seleccionen riesgos, segmenten mercados, excluyan usuarios o provean servicios de mala calidad (Enthoven, 1989).

Por tanto, el Estado desde la ley 100 y sus reformas ha sido protagonista en el sistema de salud, aunque la reforma de salud reclame hoy más protagonismo del Estado, de acuerdo al contenido del artículo 1. Objeto del Proyecto de Ley ese protagonismo ya lo ostenta como máximo órgano:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece el Sistema de Salud, desarrolla sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias. El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos. Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Es el Estado el que abarca todas las funciones y las dimensiones de organización y financiación del sistema colombiano hasta el punto de bloquear en cierto sentido, su desarrollo y la innovación.

En primer lugar, se regula el aseguramiento, el precio del seguro, el producto-plan de beneficios, los precios de medicamentos, los mecanismos de financiación, el tamaño de las EPS, prohíbe la integración vertical y hasta el tope de capital entre entidades (Citar Sentencia 2007 y Ley 1122/2007). Por ejemplo, en 2007, mediante la reforma de la Ley 1122, fue prohibida la integración vertical entre EPS e IPS negando la posibilidad de economías de escala entre aseguramiento y prestación. A pesar de las condiciones que limitan la empresarialidad, esta modelo constituyó un salto positivo frente al anterior sistema enteramente público, con iniciativas privadas fragmentadas y limitadas, así como escasos planes de beneficios. Para 1990 la cobertura solo alcanzaba el 15.7% y hoy asciende al 96%.

Al delegar la prestación en privados se neutralizó la escasez con mayor oferta de servicios en todos los niveles de atención.

Ilustración 1. Dimensiones y actores del sistema de salud colombiano bajo las reglas de competencia regulada estatales



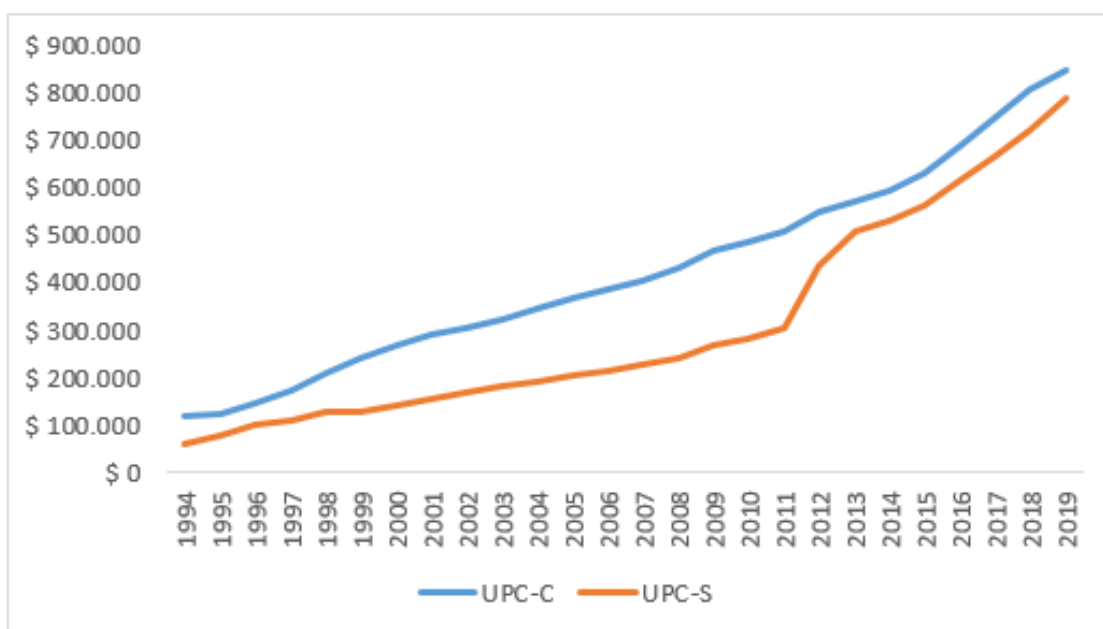
Entre las principales reglas que debía asumir el Estado en el sistema se dispusieron las siguientes para Colombia, en cabeza del Ministerio de Salud, a saber, reglas de equidad, reglas de afiliación, reglas de selección de planes,

1. *Reglas de equidad:* los planes de salud deben aceptar a todas las personas, brindar los precios más bajos posibles (lowest-priced) que aseguren acceso, cobertura y calidad. Para esto todas las personas pueden afiliarse y reinscribirse durante el período de inscripción anual; la prima se paga por la misma cobertura, independientemente del estado de salud de la persona, las preexistencias o lugar de vivienda. Debe impedir cualquier exclusión o limitación a la cobertura por condiciones preexistentes.

En Colombia esta función la asumió el Estado, estableciendo reglas de no-exclusión (que conjuntamente ha establecido con el activismo de la Corte Constitucional), el precio del plan por unidad de pago por capitación (UPC) y las reglas de inscripción flexibles.

Sin embargo, el precio del plan es estándar es único y rígido, definido por un comité dirigido por el Ministerio de Salud anualmente; para el plan de beneficios, los precios de los medicamentos están regulados en su gran mayoría. Diferentes organismos han demostrado que la UPC determinada anualmente por el Ministerio de Salud no es suficiente para distribuir el riesgo y garantizar los pagos (Min Salud, 2022; Reyes, 2014). De manera que se recomienda un cambio en el sistema de cálculo de la UPC como precio único establecido centralmente de la prima media por persona afiliada.

Tabla 3. Unidad de Pago por Capitación en Colombia Subsidiada y Contributiva



Estos factores inciden en que las EPS no tengan autonomía en la determinación de precios, sino que sean tomadoras de precios estatales, y, por lo tanto, no tengan margen de variación de precios del plan limitando la competencia entre EPS, asumiendo que el Estado en el diseño tarifario tiene más y mejor información que las EPS e impidiendo la retroalimentación de los planes de beneficios en salud sobre la marcha de su funcionamiento.

2. *Reglas de inscripción:* las EPS son encargadas de gestionar afiliación en salud que garantice un Plan Básico en Salud (PBS) integrado de tratamientos, procedimientos y servicios de atención. Este agente debe definir los procedimientos de inscripción y dar una oportunidad anual para cambiar de promotor si el usuario desea. También debe preparar el material informativo sobre los beneficios cubiertos, las características del plan, la ubicación de sus proveedores, y los controles de calidad efectuados; asimismo debe establecer las condiciones contractuales de pago con la participación de empresarios y particulares, así como servir de intermediario financiero entre los mismos.

Este elemento evolucionó para bien, suprimiendo la rigidez de la afiliación en una EPS determinada a término indefinido a la posibilidad de cambiar de EPS en el momento que el afiliado lo deseara (Ley 1122/2007). Esa evolución ha sido positiva para el afiliado y su núcleo familiar. Inicialmente la Ley 100 limitaba la capacidad del usuario al impedir su cambio de EPS si estaba en su voluntad hacerlo. Esto cambió con la Ley 1122/2007 en la que se garantiza libertad de inscripción. De esta manera, el usuario decide cual EPS debe gestionar sus servicios de salud, premiando a aquellas de mejor desempeño, permite también a los usuarios manifestar sus preferencias, inconformidades y calidad de servicio.

3. *Reglas de selección de proveedores:* los promotores de salud son los encargados de escoger los proveedores del plan de salud, de acuerdo a criterios de eficiencia y calidad. Los proveedores de salud van desde las prestadoras del servicio de atención, diagnóstico, tratamiento, paliación, curación, intervención quirúrgica, seguimiento a enfermedades y prevención.

Las EPS adquieren el papel de aseguradoras y para evitar, atender y soportar el riesgo por enfermedad contratan los servicios de los prestadores necesarios para responder a las demandas en salud de los ciudadanos asegurados.

Los prestadores en Colombia se ubicaron bajo la figura de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Sus servicios son diversos y variados, de acuerdo a las necesidades del paciente que van desde atención primaria hasta atención en niveles de complejidad mayor. Incluye servicios de odontología, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, intervención quirúrgica, medicamentos, prevención y promoción en salud.

En esta selección las EPS se convierten en agente que eligen prestadores costo/beneficio eficiente y los evalúa constantemente sus resultados. Esta evaluación ha conllevado no solo a una mejora continua sino también a la creación de nuevas IPS y a la dispersión de prestadores incluso sin pertenecer a IPS. En el caso de especialistas, las EPS contratan con especialistas independientes y han formado una robusta red de atención en consulta externa y una red de prestadores de asistencia creciente.

La relación costo/beneficio a incentivado la creación de nuevas empresas prestadoras de salud y la competencia entre ellas para responder a las demandas de pacientes canalizadas mediante EPS. Esta función reduce costos de información y transacción que serían ineficientes en cabeza del paciente o llevarían a captura en manos del Estado.

Independiente de la capacidad de pago, todos los colombianos acceden al mismo plan PBS. Esto no ha excluido la posibilidad de ofrecer planes complementarios con ofertas no cubiertas por el Plan Básico de Atención para quienes tienen la capacidad y voluntad de adquirir otros planes de aseguramiento (planes complementarios, pólizas o medicinas prepagadas). Hoy el derecho a la salud se define en uno colectivo que se paga con UPC y uno individual que va por presupuestos máximos. Es importante reconocer que todos los colombianos tenemos derechos a la porción colectiva y a la individual, y que los planes complementarios, pólizas o medicinas prepagadas se apalancan también en el sistema.

Hoy la reforma propone que esta función la asuma el Estado quien no tiene la capacidad, la especialidad, ni la información suficiente para evaluar y seleccionar proveedores. Sin embargo, esta función se suprimiría del sistema con la nueva reforma, reemplazándola con Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (CAPRIS). Un centro de atención es una entidad prestadora de salud, lo que hacen hoy las IPS y no una entidad administrativa de gestión de salud, de riesgo, de finanzas, de información, de seguimiento, de selección de proveedores.

evaluar y seleccionar proveedores. Sin embargo, esta función se suprimiría del sistema con la nueva reforma, reemplazándola con Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (CAPRIS). Un centro de atención es una entidad prestadora de salud, lo que hacen hoy las IPS y no una entidad administrativa de gestión de salud, de riesgo, de finanzas, de información, de seguimiento, de selección de proveedores.

En este sentido, se destruye una capacidad de gestión de la competencia núcleo del modelo de competencia regulada para minimizarla a la atención de primer nivel de complejidad, labor para la cual no están hechas las EPS.

Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece esta ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras:

- 1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley.*
- 2. Administrar los sistemas de referencia y contra-referencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud.*
- 3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud.*

Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud -APIRS. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.

Los Centros estarán habilitados con capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad al grupo poblacional de su cobertura y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y de las solicitudes de referencia y contrarreferencia a la red de mediana y alta complejidad.

atención básica y de las solicitudes de referencia y contrarreferencia a la red de mediana y alta complejidad.

En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000 habitantes para garantizar la capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad de dicho grupo poblacional y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y solicitudes de referencia y contrarreferencia a las redes de mediana y alta complejidad, esto es, sin hacinamiento ni tiempos mayores a veinticuatro horas. Cada Centro deberá contar con una planta física adecuada y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán estar al servicio del número de centros de atención primaria que permita la satisfacción del derecho fundamental a la salud. En los municipios donde solamente exista una Institución de Salud del Estado le corresponderá actuar como CAPIRS en los términos que establezca el reglamento.

Resulta paradójico que en los 30 años del modelo de la Ley 100, el legislador y la Corte Constitucional hayan castigado y regulado la integración vertical (originariamente en los artículos 156, 177, 179 y 181, Ley 100/1993; sentencias de la Corte Constitucional contradictorias en este aspecto: declarado exequible por Sentencia C-616-2001 y, posteriormente, rechazado en Sentencia T-603/201),., condenando a las EPS que tuvieran u ofrecieran directamente servicios de atención en salud y particularmente servicios de atención de primer nivel de complejidad (puerta de entrada al sistema) para que hoy el gobierno proponga salvar las que tengan servicios de primer nivel o se adapten a ser una IPS de entrada.

Preocupa además que se establezcan que los CAPIRS tengan infraestructura no solo de atención, sino de laboratorio y diagnóstico. Las EPS actuales cuentan con infraestructuras de atención limitada, solo para consulta externa y servicios de enfermería. Solicitar una infraestructura de este tipo incide en cambiar de actividad económica y de funcionalidad para la cual no están preparadas.

4. *Reglas para crear una demanda elástica al precio:* para normalizar el comportamiento del PBS en el mercado, el Estado, según Enthoven debe establecer un precio estable de la prima de seguro y de reaseguro, así como un producto homogéneo; en este sentido, Enthoven introduce los denominados contratos de cobertura estandarizada, con el fin de disuadir la diferenciación de productos, facilitar la comparación de precios y calidad, y evitar la segmentación del mercado por parte de los productores. La elasticidad de la demanda también se puede formar por medio de información de calidad, libre elección de los planes a nivel individual no por grupos. El patrocinador debe crear incentivos necesarios para que los planes de salud tengan éxito mediante la mejora de la calidad y satisfacción del paciente, no por la selección de riesgos buenos (pacientes sanos) y evasión de los malos (pacientes enfermos). Debe realizar seguimiento de los patrones de inscripción de los usuarios y de los procesos periódicos de afiliación, así como ejercer control de la atención especializada y de calidad; promover la entrada de nuevos actores, manejar subsidios entre sanos y enfermos

Sin embargo, este es el punto débil, como mencionamos anteriormente que tiene el modelo de Enthoven y que ha llevado a la insolvencia financieras de las EPS. La UPC pensada como precio fijo, contiene una contradicción frente a la mejora de la competencia. Busca fomentar la competencia, pero admite que solo existe un producto homogéneo en el mercado definido por el Estado y un precio fuera de control del asegurador que se ha demostrado es insuficiente para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Esto ha llevado al continuo rediseño estatal del plan de beneficios, a la inclusión continua de patologías y de tratamientos. La evolución ha sido compleja y en ocasiones rezagada frente a las necesidades de la población. Sin embargo, las reformas que ha sufrido la Ley 100 han llevado a superar a incluir más beneficios estandarizados especialmente para riesgos considerados de alto costo.

Como se aprecia la participación de Estado es tan elevada que no es posible hablar de un mercado libre de asistencia sanitaria, ni de EPS autónomas que manejan el sistema. Por el contrario, se han convertido en agencias que desarrollan lo establecido por el Estado, impidiendo el desarrollo de la empresarialidad e innovaciones autónomas que permitan el avance y el cambio positivo en el tiempo. Solo se puede cambiar en la medida que el Estado establezca mediante reformas de ley y las reformas suelen ser al ritmo del ciclo político y no de la evolución del mercado. Por ejemplo, desde la Ley 100 de 1993 se han realizado tres grandes reformas al sistema, aunque no se ha reducido el carácter estático y dependiente del gobierno en los factores clave como UPC, PBS e infraestructura médica y hospitalaria en regiones apartadas.

Solo en el caso de la medicina prepagada que está fuera de la estandarización de beneficios se puede hablar de un esquema similar al mercado. Las EPS aunque reducen y soportan los riesgos financieros, conectan oferta y demanda, realizan seguimiento a la historia clínica del paciente, mantienen programas de prevención, se han reducido desde el punto de vista del gobierno a la administración del plan estatal, bajo el precio estatal UPC. Este ámbito ha llevado a un problema de cálculo económico en las EPS y a un desconocimiento de su importante rol de parte del gobierno actual.

Las EPS manifiestan que los recursos de la UPC son insuficientes para cubrir el PBS. Un sistema de salud sin precios se aleja de la realidad, en este sentido, *"La administración puede establecer exactamente qué bienes son más urgentemente necesarios, pero eso es sólo parte del problema. La otra mitad, la evaluación de los medios de producción, no se soluciona...Si se calcula la pérdida en que se incurriría al retirarlos, también se podría averiguar el valor de instrumentos únicos de producción. Pero no puede asimilarlos a un denominador común de precios, como podría ser bajo un sistema de libertad económica"* (Mises, 1920, 218).

Esto ha llevado al continuo rediseño estatal del plan de beneficios, a la inclusión continua de patologías y de tratamientos. La evolución ha sido compleja y en ocasiones rezagada frente a las necesidades de la población. Sin embargo, las reformas que ha sufrido la Ley 100 han llevado a superar a incluir más beneficios estandarizados especialmente para riesgos considerados de alto costo.

población. Sin embargo, las reformas que ha sufrido la Ley 100 han llevado a superar a incluir más beneficios estandarizados especialmente para riesgos considerados de alto costo.

Como se aprecia la participación de Estado es tan elevada que no es posible hablar de un mercado libre de asistencia sanitaria, ni de EPS autónomas que manejan el sistema. Por el contrario, se han convertido en agencias que desarrollan lo establecido por el Estado, impidiendo el desarrollo de la empresarialidad e innovaciones autónomas que permitan el avance y el cambio positivo en el tiempo. Solo se puede cambiar en la medida que el Estado establezca mediante reformas de ley y las reformas suelen ser al ritmo del ciclo político y no de la evolución del mercado. Por ejemplo, desde la Ley 100 de 1993 se han realizado tres grandes reformas al sistema, aunque no se ha reducido el carácter estático y dependiente del gobierno en los factores clave como UPC, PBS e infraestructura médica y hospitalaria en regiones apartadas.

Solo en el caso de la medicina prepagada que está fuera de la estandarización de beneficios se puede hablar de un esquema similar al mercado. Las EPS, aunque reducen y soportan los riesgos financieros, conectan oferta y demanda, realizan seguimiento a la historia clínica del paciente, mantienen programas de prevención, se han reducido desde el punto de vista del gobierno a la administración del plan estatal, bajo el precio estatal UPC. Este ámbito ha llevado a un problema de cálculo económico en las EPS y a un desconocimiento de su importante rol de parte del gobierno actual.

Las EPS manifiestan que los recursos de la UPC son insuficientes para cubrir el PBS. Un sistema de salud sin precios se aleja de la realidad, en este sentido, *“La administración puede establecer exactamente qué bienes son más urgentemente necesarios, pero eso es sólo parte del problema. La otra mitad, la evaluación de los medios de producción, no se soluciona...Si se calcula la pérdida en que se incurriría al retirarlos, también se podría averiguar el valor de instrumentos únicos de producción. Pero no puede asimilarlos a un denominador común de precios, como podría ser bajo un sistema de libertad económica”* (Mises, 1920, 218).

Mientras que las EPS experimentan el problema de la insuficiencia de recursos, son acusadas de agentes intermediadores que pueden ser suprimidos y reemplazados por el gobierno. De esta manera el gobierno niega el avance económico en el sistema de salud y reduce las funciones de las EPS a intermediadoras. Sin embargo, más allá de la fundamentación teórica presentada del sistema de salud colombiano, sus resultados hablan por sí solos. A continuación, revisaremos algunos indicadores clave de la gestión de las EPS en el contexto colombiano.

4. Participación privada en prestación de servicios ha mejorado la salud mundial

Según índices mundiales Health Care, Healthiest Countries Bloomberg y Global Health Security los mejores sistemas de salud tienen una mayor participación privada mediante la figura del aseguramiento, tanto en organización como en financiación. El caso de Corea del Sur es representativo, aunque destina una proporción de recursos equivalente a Colombia (7% del PIB), contiene el doble de la inversión privada y se organiza bajo un eficiente seguro privado. Por el contrario, países con mayor gasto gubernamental ocupan los últimos puestos de los rankings, por ejemplo, en Armenia se cubre el 85,5%, Azerbaiyán 84,5%, Venezuela 84% y Guinea 79,2%. En Colombia solo la tercera parte del gasto procede de aportes privados directos y las 2/3 partes restantes corresponden a tributación redistribuida gubernamentalmente (Banco mundial, 2020).

Health Care Index CEO		Healthiest Countries Bloomberg Index 2019 (56)		Global Health Security Index John Hopkins University 2019		Efficient Health Care Bloomberg 2018	
Taiwan**	1	Spain***	1	United States	1	Hong Kong	1
South Korea***	2	Italy**	2	United Kingdom	2	Singapore	2
Japan***	3	Iceland	3	Netherlands	3	Spain***	3
Denmark**	4	Japan***	4	Australia***	4	Italy**	4
France	5	Switzerland	5	Canada	5	South Korea***	5
Spain***	6	Sweden**	6	Thailand**	6	Israel**	6
Austria	7	Australia***	7	Sweden**	7	Japan***	7
Thailand**	8	Singapore	8	Denmark**	8	Australia***	8
Australia***	9	Norway	9	South Korea***	9	Taiwan**	9
Finland**	10	Israel**	10	Finland**	10	UAE	10
...		
Colombia	37	Colombia	-	Colombia	65	Colombia	47

Health Care, Healthiest Countries Bloomberg y Global Health Security, 2020.

Más allá de las buenas intenciones del gobierno, la organización y financiación centralizada desde lo gubernamental no soluciona las ineficiencias, ni previene el carácter rígido que padece el sistema, porque es la regulación misma la que ha incentivado la estructura rígida. Por el contrario, el excesivo papel del Estado en la organización, administración y gestión puede desencadenar los problemas que el sistema de salud experimentó en el pasado, especialmente a partir de la reforma de Decreto 056 de 1975, derroche de recursos, tardanza en los pagos, ausencia de liquidez, sobreendeudamiento, politización de contratos, de transferencias y de subsidios, problemas que motivaron la reforma de la Ley 10 de 1990 y posteriormente la ley 100 de 1993.

“En Colombia, desde finales de los 80s, existía de manera expresa la preocupación por la debilidad gerencial de los hospitales públicos; debilidad asociada a permanentes crisis hospitalarias financieras y laborales, a bajo desempeño y pobre calidad. En 1988, el Presidente de la República, Virgilio Barco, propuso un nuevo modelo de gestión hospitalaria, que se apoyara “...en sistemas de información suficientemente sencillos y lo bastante amplios para que la administración de los hospitales logre actuar con conocimiento de detalle sobre la realidad financiera, los costos, los presupuestos y todos los demás indicadores necesarios a la toma de decisiones” (Londoño, Jaramillo, Uribe, 1998).

La calidad y la efectividad del Sistema Nacional de Salud colombiano estaban estructuralmente limitadas por la inequidad en la cobertura y por la disparidad en el gasto en salud. Las disparidades regionales, e incluso al interior de las grandes ciudades, eran inmensas (Londoño, Jaramillo, Uribe, 1998, 24).

No existían incentivos para promover la salud, para prevenir la enfermedad o para favorecer la introducción de tecnología de alta efectividad y bajo costo. Así mismo, tampoco había razón para interés alguno por parte de las entidades monopólicas de la seguridad social y de la atención pública en mejorar la calidad en los servicios prestados. Por ello, eran frecuentes las demoras en la oportunidad en la atención, la insuficiencia en los insumos requeridos y la consecuente insatisfacción de los usuarios, quienes no podían escoger mejores opciones sin tener que incurrir en un alto costo de su bolsillo (Londoño, Jaramillo, Uribe, 1998, 25).

Es un mito que el sistema de aseguramiento desde 1993 haya arrinconado los hospitales públicos, por el contrario, los ha fortalecido administrativamente. Antes de la ley 100 de 1993, estaban politizados y con graves problemas de gestión, después de la ley 100 se obligaron a cambiar de figura para actuar de forma descentralizada y responder en base a resultados para insertarse a la red de seguridad social, esto ha conllevado una mejora en su gestión, aunque aún no se solucione el problema del todo:

“El tránsito hacia hospitales públicos realmente autónomos en Colombia fue reforzado de manera determinante por la Reforma de la ley 100/1993, que obligó al hospital público a transformarse en “Empresa Social del Estado” (ESE), figura jurídica autónoma y con facultades especiales para su gestión”. (Londoño, Jaramillo, Uribe, 1998).

En vez de insistir en impedir el rol del privado, se debe pensar en dinamizar la competencia, en dejar margen para la gestión, generar incentivos por calidad, buscar mejores resultados en salud y en potenciar lo que ha funcionado (promoción, prestación, cobertura y accesibilidad). Solo de la mano de la libre empresa se puede desarrollar la especialización, el conocimiento disperso, motivar las inversiones y las innovaciones en salud. Asumir con responsabilidad el tema implica convertir los problemas en oportunidades de ganancia para toda la sociedad.

5. Compras centralizadas como retroceso en la gestión de medicamentos e insumos médicos

En la reforma, al suprimir las EPS se propone un esquema de pago directo desde el ADRES hacia las prestadoras IPS y proveedores del sistema. Sin embargo, para que las prestadoras puedan abastecer se insumos, medicamentos y tratamientos sin el comprador EPS, el Estado propone asumir ese rol mediante compras centralizadas de medicamentos esenciales según lo propuesto en el artículo 123 del Proyecto de Ley 339 de 2023:

Artículo 123. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. La política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

“La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, en el marco de lo dispuesto por el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, entre otras estrategias:

- 1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.*
- 2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.*
- 3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.*
- 4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.*
- 5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.*
- 6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.*
- 7. Los mecanismos que favorezcan la competencia.*
- 8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.*
- 9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.*
- 10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud.*

(...)

Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

Hoy la provisión y comercialización de medicamentos es coordinada en su mayoría mediante la compra y contratación que realizan las EPS y, por otra parte, gestionada por el Estado según el mecanismo de agregación de demanda tal como se percibió en la compra de medicamentos en épocas de emergencia por COVID-19.

¹ Para más información consultar CCE sitio web, por ejemplo:

<https://bit.ly/3Ljyr2o>

(Ver por ejemplo, Colombia Compra Eficiente, 20201). Las redes de contratación que han evolucionado alrededor de las EPS han motivado el surgimiento de competencia (y nuevos competidores) entre prestadores (IPS) de proveedores de medicamentos e insumos y de comercializadores.

No es claro si las compras públicas desde el Estado reemplazaran el canal institucional descentralizado y administrado alrededor de EPS o si se generarán compras públicas solo de ciertos medicamentos, de los de alto costo o de todos los considerados esenciales como predice el artículo precitado.

Según el artículo 63 del Proyecto de Ley se puede interpretar que se reemplaza por completo la función y se deja en manos de Colombia Compra Eficiente y las Entidades Territoriales la fluidez y sostenibilidad de la comercialización de medicamentos:

Artículo 63. Régimen de contratación. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia

con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial. Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

No obstante, se debe advertir que reemplazar el canal descentralizado promovido por las EPS y reemplazarlo por compras estatales centralizadas, bajo el esquema de Colombia Compra Eficiente (CCE), las gobernaciones y secretarías de salud departamentales y municipales puede duplicar esfuerzos, hacerlo proclive al ciclo electoral y a la politización. Esta transformación no solo aumentaría los costos de comercialización, incentivaría la integración vertical y la destrucción de un tejido empresarial para la distribución, sino que además aumentaría todos los costos de transacción, extendiendo los costos de transacción ya visibles en los esquemas de compras públicas estatales tal como se presentan en la tabla siguiente. Consideramos que la falta de experiencias de CCE en compra de medicamentos y la distribución de estos con las características mínimas que garanticen las condiciones del producto puede ser contraproducente para garantizar la seguridad farmacéutica nacional:

Tabla 4. Costos de transacción en el esquema de compras públicas

Costos de transacción	Por parte de la entidad estatal compradora	Por parte del contratista
Búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios previos 2. Estudios de mercado. 3. Elaboración de proyectos de pliego. 4. Diseño del cronograma 5. Aviso de convocatoria 6. Publicación de oferta en la plataforma indicada (SECOP) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos de las plataformas para la presentación de la oferta (SECOP). 2. Seguimiento a actualizaciones de convocatoria. 3. Recolección de documentos requeridos para la participación en el proceso (Requisitos habilitantes y ponderables). 4. Inscripción y actualización del Registro Único de Proponentes. 5. Manifestación de interés dentro de las convocatorias.
Negociación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adendas al pliego. 2. Respuesta a observaciones. 3. Aspectos técnicos dentro de los procesos de contratación (Criterios de desempate o parámetros en caso de que sea una subasta inversa). 4. Comité de evaluación. 5. Ajustar todas las actuaciones encaminadas a la selección del contratista conforme al principio de responsabilidad y lograr que se materialice la selección objetiva. 6. División y aclaración de riesgos. 7. Acto administrativo de adjudicación. 8. Control de legalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de los aspectos jurídicos, para realizar observaciones en las diferentes etapas previas a la selección. 2. Elaboración de las propuestas técnicas y económicas teniendo en cuenta los requisitos habilitantes y los factores de ponderación. 3. Observaciones frente a las propuestas de los otros proponentes. 4. Selección y aclaración de riesgos. 5. Suscribir el contrato. 6. Control jurisdiccional al acto administrativo de adjudicación del contrato
Seguimiento y ejecución	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de Cláusulas exorbitantes. 2. Revisiones y reajustes periódicos para contratos de tracto sucesivo. 3. Imposición de Multas por medio de acto administrativo motivado. 4. Interventoría 5. Cláusulas compromisorias. 6. Liquidación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de cláusulas exorbitantes en vía administrativa o jurisdiccional. 2. Revisiones y reajustes en caso de contratos de tracto sucesivo. 3. Pago de multas en caso de retardos o incumplimientos parciales. 4. Expedición de garantías a través de pólizas de seguro. 5. Presentación de las respectivas salvedades al momento de la liquidación. 6. Agotamiento de requisitos de procedibilidad antes de recurrir a la acción contractual (Cuando no hay cláusula compromisoria)

Proponemos que el esquema de compras públicas solo se mantenga para aquellos tratamientos e insumos médicos con problemas de agregación de demanda y se permita seguir fortaleciendo el esquema de mercado de medicamentos e insumos donde ha funcionado eficientemente.

6. De vuelta a la politización de la atención en salud: énfasis en la planeación y descuido de la curación

El proyecto de Ley propone una intervención más fuerte y activo del Ministerio de Salud en el funcionamiento del sistema de salud. Aunque el proyecto reconoce las mismas funciones de Rectoría y dirección que tiene actualmente el sistema de salud. La verdadera transformación se encuentra en la creación de una nueva plataforma institucional de planeación para la salud.

Plantea la creación de Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de la Salud bajo la dirección directa del Presidente de la República y todos sus ministros (artículo 7). También dispone la creación de Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de determinantes de Salud (artículo 8) a cargo de Gobernadores y Alcaldes.

Simultáneamente crea los Consejos Territoriales de Salud, con funciones para la Dirección, la planeación, la creación de propuestas normativas, la evaluación del sistema de salud y la responsabilidad de entregar informes periódicos de evaluación.

Tabla 5. Nuevas entidades para la planeación en salud. Reforma.

Entidad	Función
Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de la Salud	Presidente y Gabinete.
Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de determinantes de Salud (artículo 8)	Gobernadores y Alcaldes
Consejo Nacional de Salud (Artículo 10)	40 miembros: solo 2 representantes del sector empresarial. Cada uno por un periodo de tres años reelegible por un periodo más.
Consejos Territoriales de Salud (artículo 13 y 33)	40 miembros: solo 2 representantes del sector empresarial. Cada uno por un periodo de tres años reelegible por un periodo más.
Dirección Territorial de Salud	Departamentos y Municipios.
Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud (art. 45)	Análisis y evaluación por cada 100mil habitantes.
Consejo de Planeación y Evaluación en Salud	Dependiente de la Dirección Territorial de Salud
Fondo Único Público de Salud (Art. 21)	Administrado por ADRES
Fondos Regionales de Salud (Art. 22, 33 y 35)	Administrado por ADRES
Instituciones de Salud del Estado ISE	Transforma Empresas Sociales del Estado ESE. Se crea un Consejo directivo y un Director (art. 64)
Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) (Art. 76)	1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. 2. Redes de servicios especializados ambulatorios. 3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria. 4. Redes de urgencias médicas y odontológicas. 4. Redes de rehabilitación. 6. Redes de laboratorios. 7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud. Aquí pueden operar entidades privadas sujeto a las condiciones (art. 77).
Sistema Público Único de Información en Salud - SPUIS (ART. 76)	Destruye los sistemas de información desarrollados. No se menciona nada sobre la migración de la información y las plataformas dispuestas para este fin.
Artículo 82. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.	¿Acaba las empresas de Ambulancias? INTEGRA a la cruz roja y bomberos.
Comités de Autorregulación médica	Cada institución prestadora de salud.

Se crean cuatro organismos nacionales y descentralizados dedicados a la planeación y evaluación. A nivel nacional el Consejo Nacional de Salud (Artículo 10), a nivel descentralizado los Consejos Territoriales de Salud (artículo 13 y 33), la Dirección Territorial de Salud y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud (art. 45) para poblaciones entre 100.000 y 1.000.000 de habitantes, aunque éstas últimas sin criterio claro de representatividad.

No es clara la diferencia entre las funciones de planeación asignada a cada cuerpo colegiado, ni tampoco su interrelación, articulación y comunicación. Estas nuevas plataformas pueden aportar a la planeación en salud pública, sin embargo, pueden estar altamente ligadas a ciclo político del territorio poniendo en riesgo el componente técnico y de largo plazo que debe tener la salud pública.

La planeación y la evaluación sin duda es importante para promover externalidades positivas en salud. Sin embargo, los comités no pueden incidir en la atención a la enfermedad, a la gestión hospitalaria, ni en la calidad de atención. No se conoce cuál será la eficacia y efectividad de lo planeado en los comités y lo realizado en la práctica en las redes integradas e integrales de atención.

Destruye los sistemas de información desarrollados. No se menciona si existirá un proceso de migración de la información creada y consolidada hasta el momento, tampoco si existirá una plataforma compatible para su homologación.

Llama la atención que entre las nuevas organizaciones completamente públicas se crea según el Artículo 82, el Servicio único de atención pre-hospitalaria y extra-hospitalaria que dice se articulará a la Cruz Roja y los Bomberos. Queda la duda si ese servicio ÚNICO prohibirá la actuación de los servicios de ambulancia médica privados que también se han desarrollado gracias al modelo de competencia regulada vigente. ¿Qué va a pasar con (339) servicios de Transporte especial de pacientes que funcionan actualmente?

7. Recomendaciones

7.1. Superar la fragmentación mediante nuevos canales de información y competencia

Frente a la nueva reforma, el gobierno tiene el reto de encauzar un sistema de salud fragmentado hacia la competencia, la eficiencia y la innovación articulada. Si se suprime el papel de coordinador y competitivo de las EPS que propone la nueva reforma, es posible que las actuales IPS y la red de prestadores diversos y de diferentes especialidades clínicas (de menor tamaño y especificidad) desaparezcan o tiendan a la integración vertical con otras. La integración vertical se propiciaría al no poder soportar los costos de selección y de transacción con el Estado. Consultorios, laboratorios clínicos, farmacéuticas y demás proveedores no podrán ser conectados a un sistema monopólico estatal y soportar los costos de transacción que el Estado trae consigo.

Sería favorable, por el contrario, fortalecer las EPS, articular los prestadores, fomentar y fortalecer la competencia (en áreas en que ha funcionado), y especialmente fomentar la mejora en los flujos de información entre prestadores y proveedores de servicios, de insumos y de medicamentos y tecnologías, establecer canales de comunicación y de trabajo conjunto colaborativo.

7.2. Mejorar las reglas para potenciar la relación médico-paciente

Si bien la relación médico-paciente ha mejorado cuantitativa y cualitativamente desde la ley 100 de 1993, debe seguir mejorando progresivamente. En esto las EPS pueden afianzar la función del médico familiar como puerta de entrada al sistema, revisar mecanismos para disminuir su rotación y fomentar su cercanía a la medicina familiar. También por esta vía fomentar la autonomía médica y la libertad de profesión, sin coartar sus capacidades de prescripción y recomendación profesional (Hayek, 1960, 673).

Entre las modificaciones en concreto que se pueden realizar en este ámbito se podría incluir:

1. Eliminar el tiempo máximo de atención del paciente. Los médicos deben tomarse el tiempo necesario para escuchar y responder a las preocupaciones y preguntas de los pacientes y explicarles claramente su diagnóstico y tratamiento.
2. Accesibilidad y consulta itinerante: Los pacientes a menudo tienen dificultades para acceder a los servicios de atención médica debido a barreras financieras o geográficas. Los médicos pueden mejorar la relación con los pacientes al hacer que la atención médica sea más accesible, ofreciendo consultas en línea o telemedicina, ampliando los horarios de atención, ofreciendo servicios en lugares remotos o trasladándose hasta el domicilio del paciente en caso de que éste no pueda asistir por sus propios medios.
3. Mejoras en infraestructura para la consulta externa y aumento de número de médicos familiares.
4. Mejoras en la digitalización de la historia clínica familiar para el flujo de información entre médico familiar y núcleo de la familia afiliada.

7.3. Reducir el trámite de autorizaciones de procedimientos y medicamentos en las EPS

Para reducir el trámite de autorizaciones de procedimientos y medicamentos en las EPS, se pueden implementar medidas tecnológicas de digitalización de la información y comunicación ágiles, simplificar los procedimientos, acelerar los plazos de respuesta y mejorar la comunicación con los pacientes.

1. Implementación de Inteligencia Artificial y Tecnologías de Información y Comunicación (TIC): Las EPS pueden mejorar sus procesos mediante el uso de TICs que permitan la gestión eficiente de las solicitudes y autorizaciones. Por ejemplo, un sistema de gestión de autorizaciones en línea, Inteligencia Artificial y chatbots que permita el acceso en tiempo real a los datos del paciente y el proceso de autorización. Estos sistemas ya han sido implementados por algunas EPS en Colombia, pero no en todas, ni con uniformidad. Para esto el gobierno puede establecer unas guías estandarizadas de modernización de los sistemas de comunicación en las EPS.
2. Simplificación de los procedimientos: Las EPS pueden simplificar sus procedimientos de autorización, eliminando pasos innecesarios que retrasan el proceso y dificultan el acceso a la atención médica. Por ejemplo, eliminando la necesidad de autorización previa para ciertos procedimientos o estableciendo un proceso simplificado para la autorización de medicamentos de bajo costo directamente con la orden médica.
3. Aceleración de los plazos de respuesta: Las EPS pueden establecer plazos más cortos para la respuesta a las solicitudes de autorización, lo que permitiría a los pacientes acceder más rápidamente a la atención médica. Por ejemplo, estableciendo plazos máximos de 24 horas para la autorización de procedimientos urgentes.

4. Mejora de la comunicación con los pacientes: Las EPS pueden mejorar la comunicación con los pacientes mediante la provisión de información clara y completa sobre el proceso de autorización y los requisitos necesarios. Esto reducirá el número de solicitudes de autorizaciones rechazadas, lo que a su vez reducirá el tiempo necesario para el proceso de autorización.

Estas medidas mejorarán la eficiencia del proceso y permitirán a los pacientes acceder más rápidamente a la atención médica necesaria.

7.4. Mecanismos de valoración de satisfacción del paciente

Es importante incorporar mecanismos de comunicación y valoración del paciente. Evitar siempre la vía judicial para acceder a las prestaciones. En este ámbito debe comprometerse no solo las EPS, sino el director del sistema, el Estado, quien es el encargado de determinar precio (UPC) y producto (PBS). Se debe establecer estos dos componentes de la mano de las EPS e IPS del sistema para garantizar su sostenibilidad financiera y no impulsar hacia el abismo la gestión y las capacidades de las EPS.

7.5. Promover la entrada de nuevas empresas IPS y EPS en regiones con escasa oferta y permitir la integración vertical en donde sea oportuna.

La reforma en vez de estrangular las EPS y cambiar de naturaleza las IPS, deben fortalecer estas dos figuras del modelo de competencia regulada. Promover e incentivar la creación de EPS en los lugares donde no hay suficientes o ninguna y apoyar la construcción de nuevas prestadoras del servicio. Una manera puede ser por medio de incentivos tributarios tanto a EPS como a IPS, o régimen tributario diferenciado por regiones y seguir incentivando el esquema de Obras por impuestos enfocado a infraestructura hospitalaria y en salud.

7.6. Fomentar la suficiencia de la UPC que garantice la estabilidad financiera del sistema y actualizar de manera continua el Plan de Beneficios en Salud.

Se debe realizar desde el gobierno un programa de adecuación de la UPC más ágil del que se ha desarrollado. La UPC debe ser adecuada para cubrir los costos del PBS definido. Para lograr esto, se debe realizar una evaluación periódica de los costos de los servicios de salud y ajustar la UPC en consecuencia.

1. Fórmula de cálculo: La fórmula utilizada para calcular la UPC debe ser clara y transparente, de manera que se entienda cómo se calcula y se evite cualquier sesgo ajeno a las condiciones de salud y los perfiles epidemiológicos.
2. Control, supervisión y seguimiento a la UPC: contar con un organismo independiente encargado de supervisar y controlar la suficiencia y la asignación de recursos a las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud.
3. Evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema: Es importante evaluar periódicamente la eficacia y eficiencia del sistema de salud para ajustar el PBS y la UPC de manera que se logre una atención de calidad y sostenible en el tiempo.

En resumen, para garantizar la suficiencia de la UPC en el sistema de salud colombiano es necesario actualizar el PBS, tener una fórmula de cálculo transparente, un control y supervisión efectivos, y una evaluación periódica del sistema. Con estas medidas se puede lograr un sistema de salud sostenible y que brinde una atención de calidad a la población.

8. Referencias

Corte Constitucional. Sentencia C-616/2001. Seguridad social.

Corte Constitucional. Sentencia T-603/2010. Derecho a la libre escogencia de IPS por parte del usuario.

Borja, H; Gil, Y; Senior, J. M.; Roselli, D. (2018). Costo-efectividad del abordaje radial comparado con el femoral en la arteriografía coronaria diagnóstica e intervencionista. *Revista de Cardiología*, 25, 5, 297-304. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v25n5/0120-5633-rcca-25-05-00297.pdf>

Colombia Compra Eficiente. Lineamientos respecto a los eventos de cotización y órdenes de compra durante el estado de emergencia decretado por el gobierno nacional. Disponible en https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/lineamientos_eventos_de_cotizacion_y_ordenes_de_compra_estado_de_emergencia_12.pdf

Decreto 056 de 1975. Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. Enero 15 de 1975.

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Ministerio de Salud y Protección Social. Listado de IPS en Colombia según su nivel de complejidad. Disponible en <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Listado-de-IPS-en-Colombia-seg-n-su-nivel-de-compl/ugc5-acjp> Última actualización de metadatos. 17 de junio de 2022

Enthoven, A. (1989). The history and principles of managed competition. *Health affairs*, 1993, Volumen 13, 24-48.

- Hayek, F. A. (1960). Fundamentos de la libertad. Unión editorial.
- Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 10 de 1990.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993
- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. 19 enero de 2011.
- Ley estatutaria 1715 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015.
- Londoño, B; Jaramillo, Iván; Uribe, J. P. (1998). Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano. Human Development Department LCSHD Paper Series No. 65. World Bank. Disponible en <http://web.worldbank.org/archive/website00905D/WEB/PDF/65.PDF>
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 353.
- Ministerio de Salud (2020). Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Disponible en https://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/Auto06nov20_Orden21y22_7 DocumentoTecnicoUPC 2020.pdf
- Ministerio de Salud (2021). Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación del año 2022: Recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/estudio-suficiencia-upc-2022.pdf>

Ministerio de Salud (2022). Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud año 2024. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/eps-suficiencia-calculo-upc-tecnologias-salud-2024.pdf>

Ministerio de Salud (2022). Unidad de Pago por Capitación. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

Ministerio de Salud (2017). Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>

Proyecto de Ley 339 de 2023. Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones. Radicado en Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023.

Reyes, A. (2014). Estudio de suficiencia de la UPC para el cubrimiento de las atenciones de salud y relacionamiento de la probabilidad de morir con determinantes socio demográficos en una población con ACV de una EPS del régimen contributivo. Disponible en <https://red.uao.edu.co/bitstream/handle/10614/6663/T04749.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



***Defendiendo y promoviendo las
libertades civiles y económicas***
Calle 70 N 7A – 29 Bogotá Colombia
Tel. 601 317 79 79
Cel. +57 313 431 20 95