

# PROYECTO DE REFORMA A LA SALUD DEL GOBIERNO NACIONAL

## ¿Cómo afectará al sistema?

*Recomendaciones para el  
Congreso de la República*

**Instituto de Ciencia Política  
Hernán Echavarría Olózaga**

**Abril 2023**



# **REFORMA A LA SALUD**

## **Recomendaciones para el Congreso de la República**

### **Autores**

Carlos Augusto Chacón Monsalve  
Director ejecutivo

Paula Onzaga Vergara  
Coordinadora Observatorio Legislativo

### **Diseño y diagramación**

Myriam Alexandra Romero Montilla



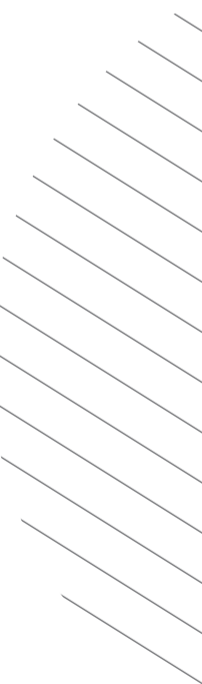
### **Fundación Konrad Adenauer – KAS**

Calle 93b #18 - 12  
(+57) 6017430947  
[www.kas.de/web/kolombien](http://www.kas.de/web/kolombien)

### **Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga – ICP**

Calle 70 #7a - 29  
(+57) 313 431 20 95  
[www.kas.de/web/kolombien](http://www.kas.de/web/kolombien)

Abril 2023  
Bogotá, Colombia



○

# ÍNDICE

---

Contexto .....	4
1. ADRES como pagador directo .....	8
2. Eliminación de funciones de las Entidades Prestadoras de Salud- EPS.....	11
3. Arquitectura institucional .....	17
4. Política de medicamentos en la Reforma a la Salud .....	20
Recomendaciones .....	22
Otras recomendaciones .....	24



# » PRESENTACIÓN

---

El Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga (ICP) y la Fundación Konrad Adenauer en Colombia (KAS) en el marco del **Observatorio Legislativo: diálogos sobre lo fundamental**, que tiene como objetivo contribuir, mediante el diálogo intersectorial, al análisis de los desafíos que enfrenta Colombia en materia legislativa, y que impactan la calidad institucional, el desarrollo económico y el progreso social.

## » CONTEXTO

---

El gobierno del Presidente Gustavo Petro, desde su posesión el 7 de agosto del 2022, se comprometió a tramitar una serie de reformas estructurales a algunos sectores, entre estos el de salud. Es de esta manera, como el Gobierno nacional radicó ante el Congreso de la República dos proyectos fundamentales para el sector: el proyecto de ley del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 en donde se plantea una hoja de ruta para el cuatrienio para el sector salud y el proyecto de ley No. 339 de 2023 Cámara **“Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”**, reforma a la salud, que tiene como base la representatividad del Estado en la administración, prestación y fiscalización del sistema general.

A las pocas semanas de radicado el proyecto de Reforma a la salud fueron nombrados como ponentes representantes a la Cámara de cada partido: Alfredo Mondragón, Partido Pacto Histórico; Germán Rozo, Partido Liberal; Marta Alfonso, Partido Verde; Gerardo Yepes, Partido Conservador; Germán José Gómez, Partido Comunes; Juan

Carlos Vargas, Partido AproCasur; Betsy Pérez, Partido Cambio Radical; Camilo Ávila, Partido de la U; y Juan Felipe Corzo, Partido Centro Democrático.

El proyecto presentado por el Gobierno cuenta con 152 artículos y 18 capítulos. Entre los temas que resulta importante analizar se encuentran: i) otorgamiento de nuevas y mayores funciones a la ADRES, ii) creación de los CAPS y iii) eliminación de funciones a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

**Estructurar un mejor sistema de salud para todos los colombianos, requiere que la discusión legislativa cuente con un proceso abierto, constructivo y consensuado entre los diferentes actores del sistema.**

**El país necesita una reforma al sistema de salud, bajo la premisa de construir sobre lo construido, resolviendo las fallas de fondo bajo criterios técnicos objetivos, que sean medibles y verificables, y que no causen retrocesos en los avances que ha logrado el país en los últimos años.**

- The Economist desarrolló un índice de inclusión de salud para 40 países, una medida que brinda la oportunidad de optimizar su sistema de salud. De acuerdo con este índice, Colombia se ubica en una posición media-alta en el ranking, encontrándose a la par de algunos países como Costa Rica y por encima de otros como México, pero por debajo de países como Alemania.
- El estudio de The Lancet publicado en 2022 ubica a Colombia en una posición media-alta en términos de cobertura universal en salud, su posición se establece mediante un índice, en el cuál
- Colombia obtiene un puntaje de 74 sobre 100.<sup>1</sup>

1 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930750-9>

- Para el 2022, el 99.6 % de la población colombiana estaba asegurada, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE (98 %), muy cerca de Chile (96 %) y por encima de México (81 %).<sup>2</sup>
- La tasa de mortalidad en Colombia, por cada 100 mil habitantes, es de 237, altamente comparable con países como México (366), Polonia (268) y Estados Unidos (265).
- El acceso a los servicios en salud, que en el país tiene un 94.7 % de cobertura está muy cerca del promedio de la OCDE (94.7 %).<sup>3</sup>
- Colombia supera el promedio de la OCDE respecto a los costos de atención cubiertos por el sistema público, esto se traduce en que los ciudadanos colombianos son los que menos pagan, luego de Turquía, gastos en salud.
- Según el tercer ranking de la ACHC, el sistema de salud colombiano se ubicó en la posición 39 de 94 países evaluados, con un índice de 81,5 puntos, por encima del promedio global.<sup>4</sup>
- Según el informe de "The Economist", **Colombia obtuvo una puntuación perfecta de 100 puntos en el indicador de coordinación entre el sector público y privado en la prestación de servicios de salud.** Este puntaje lo ubica en el primer lugar junto con China, Canadá y Australia, superando al 90 % de los países estudiados. Esto se debe a que el país cuenta con una legislación que permite la formación de alianzas público-privadas en el sector salud, lo que permite una mayor eficiencia en la prestación de servicios y el mantenimiento de las instituciones de salud.<sup>5</sup>

---

2 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx#:~:text=Seguidamente%2C%20la%20viceministra%20de%20Protecci%C3%B3n,839%20personas%20en%20el%20R%C3%A9gimen>

3 <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf>

- **En la decimosexta versión del índice de prosperidad 2023 que realiza el Legatum Institute de Londres, Colombia ocupa la posición 81 de 167 países evaluados,** bajando cuatro posiciones en comparación con los resultados de 2022, año en que ocupó el puesto 77. **Colombia obtuvo las mejores posiciones en la categoría de “Salud”, ocupando la posición 36/167,** con mejor desempeño que Qatar, Polonia, Chile, Arabia Saudita, Estados Unidos e Indonesia.

Aunque la reforma a la salud hasta ahora va a empezar el trámite de discusión y votación en el Congreso de la República, por falta de unanimidad de los distintos partidos políticos para realizar la ponencia para primer debate en Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, la cual fue radicada el pasado viernes 31 de marzo. Es indispensable que en el trámite el Congreso actúe con responsabilidad, en pro de garantizar la efectividad al derecho a la salud de todos los colombianos.

Desde el Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, consideramos de mayor relevancia, presentar este documento como resultado de las consideraciones presentadas por los expertos durante la mesa técnica el pasado 10 de marzo organizada en el marco del Observatorio Legislativo que gestionamos conjuntamente con la fundación Konrad Adenauer.

En esta sesión participaron congresistas, asesores legislativos y expertos del más alto nivel, por ello nos permitimos formular algunas consideraciones y recomendaciones sobre el texto de Reforma a la salud, que esperamos sean tomadas en cuenta durante el debate y votación en la Cámara de Representantes.

---

4 <https://achc.org.co/boletines-y-comunicados-achc/estudio-achc-evalua-desempeno/#:~:text=Estudio%20ACHC%20eval%C3%BAa%20desempe%C3%B1o%20de,puesto%2039%20entre%2094%20pa%C3%ADses&text=El%20estudio%20en%20su%20tercera,Resultados%20en%20Salud%2C%20ICRS%202022.>

5 The Economist. (2021). Health inclusivity index: Colombia. Recuperado el 28 de febrero de 2023, de <https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index?chart=radial&country=Colombia&indicator=2.2.8>



01.

## ADRES como pagador directo

---

### ■ CONTEXTO

El artículo 125, señala que *“La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar, **realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capacitación (UPC)** de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como proveedores”*.

### ■ CONSIDERACIONES

**La reforma pretende cambiar la organización financiera y la gestión de los recursos del Sistema de Salud.** Para ello busca crear el Fondo Único Público de Salud, administrado por la ADRES y vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de que sea el encargado de recibir los recursos financieros del Sistema.

El proyecto de ley le otorga la responsabilidad de efectuar pagos y giros directos a prestadores y proveedores de tecnología en salud y organizar los recursos del Sistema de Salud a la ADRES,



facultades y capacidades con las cuales en este momento no cuenta. De la misma manera, ¿las dos cuentas de Atención Primaria en Salud e infraestructura permitirán solventar necesidades en salud de poblaciones? (sobre todo las más rurales o excluidas). Por otra parte, aún cuando la planeación de los recursos de estas cuentas esté a cargo del Ministerio de Salud y Prosperidad Social, no son claras las estrategias para evitar corrupción, sobre todo en las regiones que pretende fortalecer.

## RECOMENDACIONES

- A. La reforma no debería contemplar que la ADRES sea el pagador único del sistema de salud,** dado que no cuenta con la facultad y capacidad operativa para ser el pagador único del sistema, lo que podría producir un **posible colapso en el flujo de recursos y fallas en la atención.**
- B. Reconocer que el manejo de recursos de salud en un solo fondo** no ha sido exitoso en los sistemas de salud anteriores, plantear un pagador único y ubicar en él todas las transacciones del sistema, además de otras que hoy no realiza, **es un riesgo para la entidad, pero sobre todo para el flujo oportuno de los recursos.**
- C. Establecer mecanismos claros de coordinación para la gestión entre la ADRES y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para garantizar eficiencia, transparencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud.** La implementación de la ADRES como entidad encargada de la administración y vigilancia de los recursos destinados a la salud no asegura que se cubra el vacío en la gestión de los recursos.
- D. Considerar las implicaciones técnicas, financieras y operativas de la creación de sucursales de la Adres en los diferentes**

**entes territoriales del país**, debido a que podrían desincentivar la inversión entre los prestadores de salud privados, dado que en la condiciones planteadas, solamente hace referencia a la prioridad que tendrá el prestador público.

**E. Definir adecuadamente la gobernanza financiera, las auditorías y el responsable del manejo de los dineros.** En el texto radicado, se pretende un giro a algunos centros de salud, pero no se establecen las normas de auditoría y tampoco hay claridad si el giro dependerá de resultados en salud o poblacionales, lo que implica que no habrá un sistema de incentivos que permita que los servicios sean prestados con calidad y oportunidad.

**F. Fomentar la gestión del riesgo financiero,** más allá de definir un capital para hospitales de mediana y alta complejidad, dentro del articulado de la reforma debería estar previsto cómo podrá controlarse el gasto del Sistema y que efectivamente los recursos lleguen a toda la cadena del sistema de salud.

Queda el interrogante sobre las funciones de la ADRES y sobre ¿quién generará los contratos? ¿La ADRES tendrá facultades para determinar quiénes y cómo hacer los giros ex ante? ¿Cómo se va a controlar el gasto (o los resultados en salud) si se harán giros ex ante a las instituciones prestadoras de salud?



02.

## Eliminar las funciones de las Entidades Prestadoras de Salud- EPS

---

### ■ CONTEXTO

#### **Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema Salud**

..." El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley... Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

**Numeral 2:** ..."Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, las Funciones que hoy realizan las EPS y que se suprimen a tres actividades en el proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara de reforma al sistema de salud, asignándoles a otros actores del sistema las mismas funciones...

Con la afiliación al Sistema e inscripción en una EPS los usuarios tienen derecho a acceder de manera integral y continua a la Prestación de los Servicios de salud que requieran, incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el cual contempla servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con lo que se garantiza el derecho fundamental a la salud.

## CONSIDERACIONES

A pesar de mantener su denominación, **el proyecto de ley elimina las EPS al modificar por completo su objeto social, que es el aseguramiento. Esta decisión atomiza y desdibuja las funciones de las EPS.**

Frente a las Entidades prestadoras de salud, el articulado retoma la discusión de progresividad, en donde se realizará un proceso de territorialización, concentrando su operación en las ciudades y departamentos con mayor número de afiliados y organización de la prestación de servicios.

Este artículo uno de los más controversiales, se refiere a la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo sistema. Respecto a esta materia, el Gobierno indica que por cada hogar, **“todos sus miembros deberán estar afiliados a la misma EPS”**, vulnerando así el derecho a la libre escogencia, desconoce los pronunciamientos de la Corte Constitucional (Sentencia C-1041 de 2007), que ha considerado, incluso con anterioridad a la Ley Estatutaria, que **la libre elección es una garantía conexas al derecho fundamental a la salud y que en algunos casos adquiere el carácter de fundamental.** Además, se plantea que en aquellos lugares en donde no queden estas entidades, la Nueva EPS asumirá el aseguramiento.

Cabe mencionar que dentro del texto de la reforma a la salud se desconoce el papel de las EPS dentro del sistema y el papel crucial que juegan en distintos escenarios.

## RECOMENDACIONES

### **A. Superar la fragmentación del sistema a través de canales de comunicación sólidos entre prestadores y promotores de salud:**

Actualmente, la ineficiente comunicación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) genera fragmentación en el sistema. Para superar este problema, se deben mejorar los canales de comunicación y establecer acuerdos contractuales homologados para la contratación de la red de prestadores. Esto permitirá que los pacientes no enfrenten dificultades para acceder a los servicios de salud en caso de emergencias o situaciones urgentes, incluso si la IPS no tiene convenio con su EPS.

### **B. Mejorar la articulación y los sistemas de información:** Es importante fortalecer los canales de información y competencia alrededor de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para mejorar la relación médico-paciente:

- Mejorar los sistemas de información para reducir el trámite de autorizaciones de procedimientos y medicamentos ante las EPS. Los pacientes a menudo enfrentan trámites burocráticos y demoras en la obtención de autorizaciones para procedimientos médicos o medicamentos. Para solucionar este problema, es necesario mejorar los sistemas de información utilizados por las EPS para agilizar el proceso de autorización. Esto implica desarrollar sistemas de autorización de órdenes médicas más eficientes que permitan a los médicos y las EPS comunicarse de manera ágil y efectiva, sin

involucrar innecesariamente al paciente en la obtención de autorizaciones.

- Establecer mecanismos de valoración de la satisfacción del paciente. Es importante medir la satisfacción del paciente frente a la atención recibida en las consultas externas y los diferentes niveles de atención en el sistema de salud. Para ello, las EPS pueden implementar mecanismos de evaluación y seguimiento del desempeño de las entidades del sistema. Esto permitirá identificar oportunidades de mejora y tomar acciones correctivas para garantizar una atención de calidad y satisfactoria para los pacientes.

**C. Promover la entrada de nuevas IPS y EPS en regiones con**

**escasa oferta:** Es necesario mejorar la infraestructura en zonas apartadas mediante mecanismos tributarios como el fortalecimiento del mecanismo de obras por impuestos y otros incentivos tributarios para construir hospitales. Si se permite que el sector privado mejore la cobertura en las zonas pobladas, el Estado podrá focalizar mejor los recursos en las zonas rurales y apartadas del país donde el mercado no es lo suficientemente robusto para atraer oferta de EPS privadas.

**D. Incentivar la función de árbitro, coordinación y evaluación de**

**los prestadores que desempeñan las EPS,** generando una mejor producción de servicios de salud en el país, así como el mejoramiento de la calidad de estos servicios y el aumento de la cobertura de atención médica a la población.

**E. Garantizar la continuidad en la transferibilidad del servicio de**

**salud.** La portabilidad es la garantía que da actualmente la EPS de acceder a los servicios de salud cuando las personas deben movilizarse por distintos territorios del país, de manera

definitiva o temporal. Esta garantía no está prevista en el proyecto de Ley, causando una desprotección al usuario que debe si o si movilizarse.

- F. Comprender que el precio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el plan de beneficios son definidos por el Ministerio de Salud** y están sujetos a actualizaciones periódicas de acuerdo a las vías de retroalimentación del sistema, lo que significa que las EPS no tienen control sobre la distribución de riesgos, definición de precios o el plan de beneficios a ofrecer.
- G. La responsabilidad financiera final debería ser asumida por el Estado y no culpar a las EPS,** debido a que la UPC y el diseño del sistema de salud no están bajo su control, sino que éstos se definen mediante mecanismos regulados y controlados por entes estatales.
- H. Mantener el papel crucial que desempeñan las EPS como coordinadoras y evaluadoras de los prestadores de servicios de salud en Colombia,** ya que éstas, actúan como árbitros en la selección de prestadores del Plan de Beneficios Estandarizado que define el Estado.
- I. Aceptar que la nueva ADRES no cubrirá el vacío de las EPS-** los recursos de la salud ya no sería vigilada y administrada por las EPS, que se encargan de contener y vigilar de alguna manera el gasto, sino que lo haría la ADRES, que es del Estado y hoy gira los recursos a las EPS.
- J. Genera preocupación que dentro del articulado no esté claro quién asumirá como interlocutor y garante del derecho frente al afiliado, como si lo tenía anteriormente la EPS.** El proyecto plantea un modelo de adscripción para la atención

primaria en salud, pero existen multiplicidad de actores encargados de permitir al ciudadano transitar por los proveedores de bienes y servicios de salud, sin precisar quién responde ante el ciudadano por una falla en el servicio o la totalidad de la cobertura requerida.





03.

## Arquitectura institucional

---

### ■ CONTEXTO

La arquitectura institucional del sistema de salud en Colombia se basa en un **modelo teórico de competencia regulada** en el cual el Estado tiene un papel central como el principal regulador y asegurador del sistema. **El Estado es el encargado de definir las reglas de juego para los agentes del sistema, establecer los elementos del aseguramiento, definir el precio y el plan de beneficios, así como supervisar y sancionar a las EPS, IPS y todos los agentes del sistema.**

En este modelo, las EPS (Entidades Promotoras de Salud) actúan como intermediarios entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, siendo reguladas y supervisadas por el Estado para garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Además, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y la protección social de la población, a través de la definición y gestión de políticas públicas y programas de salud.

En efecto, el modelo de salud actual en Colombia ha presentado diversas limitaciones en su implementación, tales como han sido identificadas por el gobierno actual en el texto de la reforma a la

salud. Empero, es importante señalar que **la nueva reforma no busca asumir estos problemas, sino que busca una transformación completa del modelo de salud existente en Colombia.**

**Uno de los factores clave que ha permitido el avance del país en el ámbito de la salud, es la mitigación del riesgo de instrumentalización política del sistema de salud y la prevención de la captura de la arquitectura institucional por parte de las élites políticas regionales. Aunque existen fallas y casos de corrupción, éstos han sido detectados y judicializados. Sin embargo, la creación de múltiples instancias burocráticas, donde los funcionarios públicos con intereses político-electorales tienen el poder real para la toma de decisiones, genera riesgos de clientelismo y corrupción.**

## RECOMENDACIONES

Con base en lo anterior, resulta esencial brindar recomendaciones y advertencias con respecto a la arquitectura institucional de la reforma de salud propuesta por el Gobierno nacional, dado que no se presenta una claridad manifiesta sobre el papel que jugará el Estado dentro del texto radicado. Aunque el artículo 1 y otros apartes de la reforma sostienen que el Estado actuará como asegurador, la estructura propuesta sugiere que el Estado asumiría funciones de prestador, director, regulador y de rectoría del sistema en su totalidad. En este sentido, **resulta indispensable tomar en cuenta lo siguiente:**

- A.** Establecer de manera clara **cómo el Estado reemplazará la función de aseguramiento y cada una de las funciones de la EPS**, puesto que estas han creado incentivos, formado redes, y estimulado la creación de más de 40.000 IPS y prestadores diversos.

- B.** Si el Estado asume el rol de la EPS y es el único que contrata y paga por los servicios, **es probable que se presente una tendencia hacia la integración vertical**, lo que implicaría la desaparición de los pequeños prestadores y médicos independientes que prestan servicios de alta complejidad en el sistema de salud. Solo sobrevivirán los prestadores que puedan contratar con el Estado. Asimismo, el mercado de prestación, que se ha robustecido en estos 30 años, se verá reducido.
- C.** Definir y **establecer con claridad cómo se va a desarrollar el papel del Estado y que se garantice la supervivencia de los prestadores independientes** que contribuyen significativamente a la prestación de atención en salud en el país.
- D.** Considerar los posibles riesgos que podrían surgir en el proceso de transformación del modelo de prestación y aseguramiento de salud, debido a que **no se pueden desconocer las redes y los incentivos que se han desarrollado hasta el momento**. Por tanto, **se sugiere un enfoque gradual que permita identificar y solucionar problemas en el sistema de salud**, y que se realice una evaluación exhaustiva de los posibles impactos de la reforma antes de su implementación total.



## 04.

# Política de medicamentos en la Reforma 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)”

### ■ CONTEXTO

Aunque la reforma de salud propuesta implica cambios significativos en cuanto al aseguramiento y al modelo de atención que regirá a nivel nacional y territorial, se ha prestado poca atención al impacto que el texto podría tener en el suministro de medicamentos para los pacientes. Según el texto radicado, los servicios farmacéuticos en Colombia serán parte de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RISS) y las entidades que realicen estas actividades deberán cumplir con las normas establecidas por el Ministerio de Salud.

Las compras de insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva

en Salud (APIRS) públicos se realizarán a través de hospitales de mediana o alta complejidad en los territorios correspondientes, o mediante asociaciones entre instituciones públicas de salud. Además, se espera que tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Comercio expidan una política pública farmacéutica nacional.

Las nuevas directrices del Gobierno nacional apuntan a fortalecer el concepto de “soberanía farmacéutica”, que busca fortalecer las capacidades del país para producir medicamentos y abastecer su propio mercado. La consecuencia de estas nuevas directrices, que pretenden desconocer o cambiar las condiciones de protección y reconocimiento sobre las farmacéuticas, generan un ambiente de incertidumbre que desincentiva la inversión nacional e internacional.

Ese fuerte enfoque en lo nacional y en la regulación ha despertado críticas en algunos sectores. Esto se debe a que hay quienes argumentan que tener una industria con demasiadas regulaciones puede hacer que sea menos atractiva para las empresas farmacéuticas o hacer que haya menos productores de medicamentos, lo cual a la larga tiene incidencia en la disponibilidad de los mismos. En ese sentido, es indispensable contar con seguridad jurídica para promover el interés de todos los sectores que deseen invertir y desarrollar conocimientos y tecnologías que se traduzcan en bienestar social, en mayores productos, con mejor calidad y menor precio.

## RECOMENDACIONES

- A. Tomar en cuenta las implicaciones que tendría eliminar las competencias de las EPS con respecto a la gestión de medicamentos e insumos.** El proyecto elimina actores clave del proceso, que a lo largo de los últimos años han agregado valor frente a la gestión de adquisición, distribución, entrega y seguimiento de medicamentos, trasladando esta competencia a cada institución prestadora de servicios.
- B. Considerar riesgos al implementar compras centralizadas totales,** mencionadas en el artículo 123 de la política de medicamentos, insumos y tecnología en salud.
- C. Definir la ruta sobre la comercialización y distribución de medicamentos:** la primera estrategia de la política es la compra conjunta de medicamentos esenciales, pero el término "medicamentos esenciales" no está definido de manera clara, lo que podría perjudicar los mecanismos de comercialización y distribución de medicamentos existentes.
- D. Mantener la competencia actual en el mercado de farmacias,** ya que esta ha ampliado e intensificado los mecanismos de comercialización y distribución de medicamentos, pero con la propuesta de la reforma, propone que el Estado se convierta en el único abastecedor de medicamentos, tratamientos e insumos para el sistema de salud, lo que llevaría a mayores costos.
- E. Ampliar las plataformas de compras públicas.** Como bien se sabe, Colombia Compra Eficiente se presenta como la plataforma única para estas compras públicas, pero sus altos costos ya están comprobados y pueden generar mayores costos para los insumos médicos y farmacéuticos.

- F. Reconocer que este enfoque único de comprador también puede llevar a la integración vertical** de los proveedores en el canal de comercialización, lo que podría hacer que las pequeñas empresas desaparezcan.
- G. Considerar que la implementación de compras centralizadas totales puede ser altamente anticompetitivo** y resultar en la concentración del mercado, lo que generaría mayores costos para los consumidores finales.
- H. Proteger los derechos de propiedad intelectual, en particular lo relacionado con las patentes.** A través de estas se garantiza la innovación en medicamentos y dispositivos médicos, así como la competencia y el acceso a una mayor oferta. Por lo tanto, cualquier reforma debe considerar éstos derechos y los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano mediante tratados internacionales.
- I. Identificar los impactos que tiene el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos.** Es indispensable que se reconozcan los impactos, las consecuencias no anticipadas, las externalidades y los efectos no deseados que tiene la hiperregulación y el control de precios, especialmente respecto a la escasez y el desabastecimiento.

En este nuevo escenario sobre la nueva política farmacéutica del Gobierno nacional cabe preguntarse **¿Si el dispensador farmacéutico no entrega los medicamentos, ante quien se dirige el afiliado?**

Es importante tener en cuenta que la actual garantía estatal del derecho fundamental a la salud se materializa a través de la articulación del sector público con las capacidades de gestión, modernización y eficiencia tecnológica de los actores

privados, con la participación de aseguradores y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, logrando una cobertura de afiliación cercana al 99% entre ambos regímenes, eliminar las funciones de las EPS, no mejorará el servicio.

## ■ Otras recomendaciones:

---

- 1. Promover la entrada de nuevas empresas aseguradoras o prestadoras de servicios de salud en todo el país,** con especial énfasis en zonas de infraestructura hospitalaria D, mediante la implementación de incentivos tributarios. Esto podría incluir la aplicación de programas de obras por impuestos específicos para infraestructura hospitalaria, reducción de impuestos o secciones tributarias para las empresas del sector de salud, y simplificación de trámites para la conformación de nuevas empresas. Estos incentivos fomentarían la inversión en infraestructura hospitalaria y la competencia en el mercado de salud, lo cual podría mejorar la oferta y calidad de servicios de salud en estas zonas.
- 2. Fortalecer la infraestructura sanitaria hospitalaria:** el Estado debe construir infraestructura sanitaria hospitalaria en aquellas zonas apartadas donde no hay oferta de servicios para garantizar el acceso a la atención médica a la población. Es importante que las reformas tengan en cuenta estos aspectos para garantizar una atención médica de calidad y eficiente en todo el país.
- 3. Establecer los impactos y efectos del pago y reconocimiento de las licencias de maternidad y paternidad y las incapacidades por enfermedad general.** ¿Qué pasará con los más de \$2 billones de recursos que hoy se destinan en el sistema para



estos efectos? ¿Tiene el ministerio la capacidad de hacer gestión de esas solicitudes como lo plantea el artículo 101 del Proyecto de Ley?

- 4. Fortalecer la figura del médico de familia como el eje central en la relación médico-paciente,** aprovechando una de las fortalezas de las EPS. Esto implicaría un enfoque activo del médico de familia en el seguimiento de la historia clínica del paciente, así como en su redirección oportuna a especialistas cuando sea necesario. Mediante una mayor participación del médico de familia en el proceso de atención médica del paciente, más allá de la consulta externa, se busca mejorar la satisfacción del paciente y garantizar una atención integral y coordinada. Esta iniciativa permitiría maximizar el papel del médico de familia como el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud, brindando una atención más cercana y personalizada, y asegurando una adecuada derivación a especialidades, lo cual es fundamental para el manejo eficiente de la salud del paciente.
- 5. Realizar una indexación más precisa de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o prima de seguro,** con el objetivo de garantizar una cobertura adecuada de los costos de medicamentos y procedimientos en el sistema de salud. Esto implica revisar y ajustar periódicamente la UPC para asegurar que sea suficiente para cubrir los gastos financieros del sistema y evitar la insuficiencia de recursos que pueda afectar la calidad y acceso a la atención médica.
- 6. Mejorar la estructuración y revisión periódica del plan de beneficios del sistema de salud,** con el fin de garantizar una cobertura eficiente, óptima y financieramente sostenible. Esto implica evaluar y ajustar regularmente los beneficios incluidos en el plan, considerando la evidencia científica más

actualizada, la equidad en el acceso a servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema. Una estructuración adecuada del plan de beneficios es fundamental para asegurar una atención médica integral y de calidad a los afiliados, y para garantizar la viabilidad financiera del sistema de salud a largo plazo.



**ICP OBSERVATORIO**  
LEGISLATIVO



**KONRAD  
ADENAUER  
STIFTUNG**

**ICP**

DESDE 1987

