

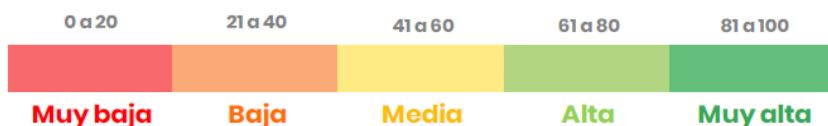
Reforma a la Salud Afectaciones a la Libertad Económica

Resultados IALE

AFINIDAD DE LA REFORMA A LA SALUD CON LA LIBERTAD ECONÓMICA

26%

AFINIDAD BAJA
con la libertad económica



* Puntaje de acuerdo a la metodología del Indicador de Afinidad con la Libertad Económica del ICP. Ver ficha metodológica al final del documento.

La baja afinidad indica que el proyecto de ley de Reforma a la Salud propuesto introduce regulaciones estatales que podrían restringir la libertad económica tanto de los pacientes como de los profesionales médicos, así como de los proveedores de servicios de salud en general. Esta medida podría **incrementar el tamaño del Estado al fomentar el gasto público y el aumento de empresas bajo control gubernamental**. Además, la intervención estatal en la prestación de servicios de salud, a través de la fijación de precios y cuotas, **eliminaría la competencia y desincentivaría la participación activa de la sociedad civil en la supervisión y control de la gestión de las entidades públicas**.

Los efectos negativos, analizados con la metodología del IALE, demuestran la necesidad de revisar y ajustar el proyecto de ley para asegurar el **funcionamiento articulado y la sostenibilidad fiscal del sistema de salud** y continuar **garantizando la prestación del servicio para pacientes y el ejercicio de la actividad profesional** del talento humano en salud.

Las implicaciones para las 6 dimensiones IALE de libertad económica son:

1. Tamaño del gobierno

El Proyecto de Ley de Reforma a la Salud sugiere una expansión significativa del tamaño y el papel del gobierno en el sector salud, con implicaciones en el **gasto público, la carga tributaria, y la estructura operativa del sistema**. Estos cambios pueden restringir la libertad económica al disminuir la elección individual y aumentar la intervención gubernamental en el sector salud.

Implicará una mayor carga tributaria que disminuirá el ingreso disponible de los colombianos

El Ministerio de Hacienda presentó al Congreso un [concepto sobre su impacto fiscal](#) estimando en **\$105,8 billones en 2025**, que ascenderían a **\$143,819 billones en 2033**. Documento que en todo caso no corresponde a un aval fiscal, pues hasta la fecha el Gobierno nacional no ha presentado este informe que se requiere para poder tramitar el proyecto de Reforma a la Salud.

Esta cifra es preliminar pues el Ministerio de Hacienda está aún a la espera de que el Ministerio de Salud publique los supuestos y sustente los datos utilizados para la estimación de los costos, así como los montos destinados a cada componente de costo, por vigencia.

Quiere decir que, hasta el momento, los conceptos publicados sobre el impacto fiscal de la reforma no son completos como para aprobar su sostenibilidad fiscal. En consecuencia, no es claro que existan los recursos suficientes con lo cual es probable que el gobierno deba recaudar más impuestos para su funcionamiento.

Aumentará el número de empresas de salud controladas por el gobierno lo que requerirá mayor gasto público y control administrativo para su funcionamiento

Se redirigirán recursos nuevos y existentes a gobernaciones, alcaldías y distritos, para que sean otorgados a las nuevas Instituciones de Salud del Estado -ISE-, (Empresas Sociales del Estado -ESE- convertidas a ISE) o a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS que se adapten a las nuevas reglas.

Existirá riesgo de burocratización de los trámites al interior del sistema mediante la creación de instancias de planeación gubernamental que dirigirán el sistema en todos los niveles territoriales como, por ejemplo, Consejo Nacional de Salud, Consejos Territoriales de Salud, Territorios para la gestión en Salud, Direcciones Territoriales en

Salud -Departamental y Municipal, Consejo Asesor de Planeación RIISS, Unidades Zonales de Planeación, Comisión intersectorial Nacional de determinantes sociales de la salud nacional y territorial.

Se creará una triangulación en la contratación de prestadores entre las Gestoras de Salud y Vida y las Direcciones Territoriales de Salud para los servicios de mediana y alta complejidad con IPS/ISE.

Se complicará el proceso que hoy las EPS e IPS realizan de manera directa y bajo criterios de [competencia regulada](#); generando riesgos de politización del sistema y de posibles fallos en la prestación de los servicios. Al agregar una parte más en la contratación, en cabeza del gobierno, se aumentarán los costos de coordinación y articulación interinstitucional.

Trasladará actividades en cabeza del sector privado al sector público

Elimina el modelo de aseguramiento de riesgos en salud, suprimiendo los mecanismos que configuran un seguro: las aseguradoras o Empresas Promotoras de Salud (EPS) privadas, públicas y mixtas, la prima de seguro, Unidad de Pago por Capitación -UPC, y un plan de beneficios explícito de coberturas informado al usuario.

Sin aseguramiento se reducen los incentivos para la eficiencia en la gestión de recursos y la prestación de servicios, ya que las aseguradoras gestionan, organizan y modulan las prestaciones según el número de asegurados y gestionan incentivos para la selección de proveedores y prestadores.

Monopoliza las funciones de administración de recursos, organización del sistema, parcialmente la prestación del servicio, y la evaluación de calidad en cabeza del Estado.

Impulsa la integración vertical desde el Estado, lo que aumentaría la burocratización del sistema de salud, generando riesgos de politización, clientelismo e ineficiencias. A partir de la creación de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desbordados de funciones administrativas, preventivas y prestacionales al mismo tiempo.

CAPS una ISE de primer nivel. Sus funciones van desde la adscripción, prestación de servicios de salud, planeación, prevención, promoción, gestión de información y articulación, que además se subordinan y se comparten con las Direcciones territoriales de salud de turno (artículo 9 del Proyecto de Ley 216 de 2023 Senado- 339 de 2022 Cámara).

Aumenta la corrupción. La corrupción evidenciada en dirigentes e incluso en organismos reguladores en áreas con capacidad de influencia estatal en el ámbito de la salud, constituye señal de los riesgos y debilidades asociados con un aumento de la intervención del Estado en la gestión de la salud. Casos como el [Cartel de la Hemofilia](#),

[EPS estatal Caprecom](#), el cartel [del Bastón](#), el de las [Falsas Terapias](#), el del [Síndrome de Down](#), del [VIH](#), el [SISBEN a cambio de votos](#), son parte de una larga lista de irregularidades desde agentes públicos que pueden aumentar al aumentar la injerencia del Estado en los diferentes eslabones de la cadena de valor en salud.

Reconfigura la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para que efectúe todos los pagos directos por servicios de salud a las prestadoras y afines con funcionamiento del sistema (CAPS, SOAT, riesgos laborales, incapacidades y licencias).

Actualmente ADRES no demuestra capacidades técnicas para hacerlos de manera ágil y con criterios de transparencia definidos si se tiene en cuenta la experiencia en demoras y conflictos en el giro de recursos y presupuestos máximos hacia las aseguradoras.

Crea un monopolio centralizado en la gestión de pagos que no tendrá capacidad para entender las señales de los agentes del sistema y capturar la información necesaria para dirigir y redirigir los recursos a sus mejores usos.

Limitará la libertad de elección de los pacientes entre oferentes para la prestación del servicio

Impide la libertad de elegir. El prestador del servicio será el que delegue el Estado. El paciente o usuario no podrá elegir el prestador de servicios. Para la consulta externa estará atado al CAPS más cercano a su lugar de domicilio, para servicios de mayor complejidad el prestador que defina CAPS y las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RISS) resultando incierto:

- **Dificultará la movilidad de los pacientes**, al enfocarse en la oferta y en la asignación atada a la ubicación geográfica de la residencia.
- **No aclara los mecanismos** para que el paciente realice el seguimiento a su historial médico y a sus tratamientos.
- **Debilita los mecanismos para la trazabilidad en la atención y cuidado de enfermedades crónicas**, al reducir la función de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a auditorías temporales sin un eje articulador alrededor del paciente, debilitando significativamente la evaluación de la calidad y la continuidad de los servicios y prestaciones que se brindan de acuerdo con la historia clínica.

Captura desde el Gobierno del proceso de evaluación de nuevas tecnologías en salud

El artículo 90 del proyecto de Reforma a la Salud presenta varios riesgos relacionados con la creación del Comité Técnico Científico dentro del IETS, uno de ellos debido al aumento del gasto público para la financiación directa del IETS por parte del Ministerio. Esto además, podría comprometer la autonomía operativa del Instituto, influyendo en su capacidad para realizar evaluaciones imparciales y basadas en evidencia científica, libre de presiones políticas o presupuestarias. Estos elementos subrayan la necesidad de un enfoque equilibrado que proteja la innovación y mantenga la independencia en la evaluación y gestión de tecnologías en salud.

2. Propiedad privada y Estado de derecho

El proyecto de ley de Reforma a la Salud plantea desafíos significativos para la protección de la propiedad privada y el respeto por el Estado de derecho dentro del sector salud. Estas acciones podrían restringir la libertad económica de los actores privados en el sector, limitando la competencia, la innovación y la capacidad de adaptación a las necesidades del mercado. La implementación de estas medidas requiere un análisis cuidadoso para equilibrar los objetivos de mejora en la accesibilidad y calidad de los servicios de salud con la protección de los principios fundamentales de la economía de mercado y los derechos de propiedad privada, que garantizan mejores condiciones para la prestación de los servicios de salud.

Estará en riesgo la protección y libre administración de la propiedad privada que constituyen los bienes de capital de los actuales prestadores de salud

El anuncio de pago a ISE e IPS mediante un listado de precios preestablecido, Tarifario Único, establece un rígido control de precios que reduce la competencia, las señales y los incentivos para la coordinación entre oferentes de servicios.

Al existir riesgos de nacionalización de su capacidad instalada, mediante compras gubernamentales a un precio establecido se podría desconocer el valor comercial de los equipos impidiendo retornos reales de la venta, el capital y las inversiones realizadas en esos equipos.

Limitará también la iniciativa privada y la libertad de los prestadores de salud para determinar el uso o fin que debe darse a sus bienes privados.

Vulnerará el derecho que tienen los proveedores a recibir remuneración ajustada por oferta y demanda por sus actividades productivas.

Riesgos a la protección de los derechos propiedad intelectual (DPI) relacionadas con los medicamentos, así como medidas que desincentivan el comercio farmacéutico

El proyecto propone **cambios sustanciales en la administración y regulación del sector salud, incluido el sector farmacéutico**. Aunque no especifica directamente modificaciones a las leyes de propiedad intelectual vigentes en Colombia, es necesario considerar que el establecimiento de un Tarifario Único y la posibilidad de que se incluyan aspectos relacionados con Política Farmacéutica Nacional bajo el concepto de “soberanía sanitaria” se identifican riesgos frente a las posibles implicaciones indirectas en los DPI.

En el proyecto de ley presentado por el Gobierno nacional en la Cámara de Representantes se incluía lo relacionado con la política farmacéutica. Si bien este tema no se encuentra en la ponencia para tercer debate en la Comisión Séptima del Senado, es necesario señalar que **el tema puede volver a incluirse en lo que queda del trámite legislativo**. El Gobierno nacional ya está avanzando administrativamente en el desarrollo de la política de soberanía farmacéutica y **en el artículo 89** del PL se incluye lo relacionado con la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud¹, temas lo suficientemente amplios para incluir las directrices del Gobierno nacional bajo el mencionado principio de soberanía farmacéutica.

La **instrumentalización del mecanismo de licencias obligatorias más allá de circunstancias excepcionales**, la propuesta para la creación de una Agencia Latinoamericana de Medicamentos, la conformación de la Misión de Soberanía Sanitaria y Bienestar Social 2024-2033 (publicada el 13 de diciembre de 2023) y otras medidas evidencian una pretensión de cambiar las reglas de juego de la propiedad intelectual sobre fármacos.

Con esta Política Farmacéutica se verán afectadas la inversión, la transferencia de tecnología y el intercambio internacional de medicamentos innovadores.

La **implementación de un Tarifario Único para la remuneración de servicios y productos farmacéuticos** puede afectar las dinámicas de mercado y la recuperación de inversiones en investigación y desarrollo. Aunque no afecta directamente los derechos de propiedad intelectual, sí influye en la viabilidad económica de invertir en innovación bajo el actual régimen de protección de propiedad intelectual.

Estas iniciativas gubernamentales, que apuntan a un **cambio en las reglas del juego respecto a los DPI**, ponen en evidencia la tensión entre el objetivo de garantizar acceso a medicamentos y la necesidad de mantener un entorno que fomente la innovación y la inversión en investigación y desarrollo. La preocupación por cómo el

¹ Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada diez (10) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.

Proyecto de Ley de la Reforma a la Salud y la política de soberanía farmacéutica se alinean con estos objetivos es, por tanto, bien fundada y refleja los desafíos que Colombia enfrenta en el equilibrio entre la salud pública y la protección de los derechos de propiedad intelectual.

3. Estabilidad monetaria y competitividad del sistema financiero

Aunque el proyecto de ley no menciona explícitamente cambios en las competencias en materias monetarias, cambiarias y crediticias, ni restringe la autonomía del Banco de la República, su implementación conlleva implicaciones económicas significativas que podrían tener efectos indirectos. La amplitud de competencias que asumiría el Estado de aprobarse la reforma propuesta, tendría un impacto fiscal que podrían presionar indirectamente las políticas monetarias y cambiarias del país:

Atentará contra la regla fiscal al ser un proyecto de ley que aumenta el déficit fiscal y la deuda pública

Al aumentar el déficit fiscal y la deuda pública, se estaría poniendo en riesgo la regla fiscal establecida para mantener la sostenibilidad de las finanzas públicas. Al incrementar el gasto público sin una fuente de financiamiento clara y sostenible, se compromete la estabilidad macroeconómica y se presiona negativamente sobre la política monetaria y cambiaria del país.

Promoverá que el Gobierno incurra en mayores gastos necesitando recurrir a préstamos en los mercados de capitales. En este caso podrían ocurrir dos escenarios que impactarían en el mercado de capitales:

- **Préstamos en el mercado interno:** el Gobierno entrará a competir con el sector privado por la oferta de fondos prestables para obtener crédito. Se retirarán recursos que podrían destinarse a financiar proyectos de la sociedad civil mediante el microcrédito para otros usos alternativos (crédito comercial, vivienda y consumo).
- **Préstamos en el mercado extranjero:** se aumentará la deuda externa pública del país. Un aumento en la deuda externa puede bajar la calificación crediticia de Colombia en las agencias calificadoras. En el futuro aumentará el costo de pedir prestado y reducirá la confianza de los inversores en la economía del país.

El contexto económico resultante de la implementación de la reforma podría **alterar las dinámicas de inversión y financiación en el sector salud** y, potencialmente, en otros sectores. Las implicaciones económicas y fiscales de su implementación, como el aumento del endeudamiento externo y las presiones sobre el déficit fiscal, podrían conducir a un entorno económico en el que se considere necesario ajustar las políticas cambiarias para preservar la estabilidad monetaria. Aunque esto es más una

consecuencia indirecta, la necesidad de financiar un mayor gasto público podría llevar a escenarios en los cuales se contemplen medidas de control cambiario ([que ya ha sido propuesto por funcionarios del actual Gobierno nacional](#)) como respuesta a desequilibrios en la cuenta corriente o a presiones sobre la tasa de cambio.

4. Libertad para comerciar internacionalmente

Las implicaciones del proyecto de ley en materia fiscal, económica, de inversión, propiedad intelectual y libre competencia, podrían tener efectos directos e indirectos en la libertad para comerciar internacionalmente, afectando la confianza de inversores y las condiciones para el movimiento de capital.

Medidas proteccionistas que ponen en riesgo la libre competencia, la innovación y la calidad de productos farmacéuticos

El artículo 91 del proyecto de ley establece la preferencia por vacunas producidas localmente en Colombia, introduciendo una medida que, si bien busca estimular el avance científico y tecnológico interno, puede tener efectos contraproducentes en el ámbito de la libre competencia y la atracción de inversión extranjera al sector farmacéutico nacional.

Este enfoque proteccionista no sólo plantea un potencial aumento en los costos para el sistema de salud del país al limitar las opciones de productos, sino que también establece barreras indirectas al comercio internacional, afectando la competitividad y la diversificación del mercado farmacéutico. La preferencia por productos nacionales, sin establecer restricciones explícitas al comercio o la inversión, sugiere un impulso hacia la autosuficiencia que, sin embargo, podría restringir la innovación y comprometer los estándares de calidad.

La protección del mercado interno podría disminuir el estímulo para que los productores locales busquen la excelencia y la innovación, corriendo el riesgo de limitar el acceso a medicamentos avanzados y de calidad.

Desincentivaré la inversión extranjera en infraestructura aseguradora y hospitalaria

El anuncio de eliminación de EPS, inhibe los incentivos a la inversión en el mercado asegurador de la salud, sea en el aseguramiento o en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se incentivaron gracias a la competencia regulada que modulaba las EPS.

Desincentivaré la inversión extranjera en las farmacéuticas colombianas

Mediante el anuncio de Política farmacéutica nacional y el concepto de "[soberanía sanitaria](#)" incluido en la política decenal, se buscará a mediano plazo el autoabastecimiento de medicamentos y debilitar la interdependencia internacional al comercio de fármacos. El riesgo se encuentra en que la política no permita garantizar la seguridad farmacéutica que permite el comercio de fármacos innovadores.

5. Intervención del Estado en los mercados de bienes y servicios, trabajo y de capitales

La Reforma a la Salud contemplada en el proyecto de ley podría tener **implicaciones significativas en la libertad económica**, particularmente en lo que respecta a la intervención del Estado en los mercados de bienes, servicios, trabajo y capitales que hacen parte del sector salud. Estas intervenciones pueden restringir la competencia, la innovación, y la eficiencia en el sector salud al limitar la libre operación de los mercados, afectando el derecho de los individuos y empresas a intercambiar, obtener crédito, contratar libremente, o dirigir sus empresas sin interferencias onerosas.

Restringirá el mercado de oferentes promoviendo la concentración del mercado de prestación de servicios de salud y de provisión

Al configurar oferentes mayoritariamente financiados con recursos girados directamente desde el Estado, en cabeza del ADRES, hacia las IES e IPS.

Otro de los riesgos que plantea el **artículo 90 del proyecto de Reforma a la Salud** con la creación del Comité Técnico Científico dentro del IETS, tiene que ver con la influencia política y la autonomía en la decisión sobre tecnologías en salud, en particular ante los evidentes sesgos del actual gobierno en contra del sector privado y

las multinacionales, así como frente a las posibles medidas proteccionistas para favorecer a la industria local a costa de la libre competencia.

Este Comité podría impactar significativamente como se integran o se excluyen las innovaciones privadas en el sistema de salud, al centralizar en un comité designado desde el gobierno el proceso de análisis de las nuevas tecnologías, el cual puede tener criterios distintos a los del mercado o a las necesidades de los usuarios y pacientes de las tecnologías sanitarias.

A través de este tipo de mecanismos podrían **imponerse limitaciones al consumo de ciertos bienes o servicios de salud** basándose en evaluaciones o recomendaciones del Comité que se crearía en el IETS (cuya naturaleza es política), restringiendo las opciones disponibles para los consumidores.

Podría **poner en riesgo la confianza sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual y la valoración de las tecnologías e innovaciones**, lo que a su vez incide en los desarrolladores tecnológicos y los inversores del sector. Excluyendo a los usuarios y pacientes de las tecnologías e innovaciones más competitivas del mercado global.

Crearé monopolios, oligopolios y organizaciones con poder de mercado que restringen la libre competencia

La implementación de compras centralizadas de medicamentos y dispositivos médicos, así como de pagos directos a prestadores, puede ser altamente anti-competitivo e incentivar en la concentración del mercado, lo que podría generar mayores costos para los usuarios y pacientes como consumidores finales.

La concentración en el Estado de contratación y pagos directos configura un monopsonio (único comprador) que incentivará prácticas anticompetitivas:

- **Altos costos de transacción:** para la contratación con el Estado que dificultará la transparencia, agilidad y fluidez en la asignación de los recursos públicos.
- **Comportamientos de búsqueda de rentas o privilegios (Rent-seeking)** para la elección de prestadores. Los prestadores buscarán ser atractivos para el Estado y éste elegirá algunos, destruyendo las capacidades de oferta en un entorno de compradores más descentralizado, aumentando los riesgos de corrupción y cooptación.

Al crear excesiva burocracia territorial y nacional para ejercer la gobernanza y la planeación del sistema, se convertirá en un sistema dirigido políticamente, con los riesgos implícitos de politización, clientelismo y corrupción.

- **Se eliminará toda posibilidad de funcionamiento competitivo, técnico e innovador** llevando al estancamiento de las capacidades de lado de la oferta.
- Se dejará la innovación y los progresos técnicos únicamente al conocimiento de los *consejos de planeación* (nacional, territorial y consejo asesor de RIIS), desperdiçando capacidades e información que solo surgen a través de la competencia en un proceso de mercado libre.

Habr  fijaci3n de precios y cuotas mínimas o máximas en los mercados de bienes y servicios

Se establecer  un régimen de **control de precios** mediante un manual Tarifario  nico para servicios, procedimientos, medicamentos y tecnologías en salud.

ADRES aplicará este Tarifario  nico para realizar el pago directo a los prestadores. Este tarifario único **suprimir  la competencia** entre proveedores, prestadores por precios, así como los estímulos para aumentar la oferta de servicios, minimizar costos o maximizar beneficios.

- En consecuencia, se generar  una **oferta est tica** e insuficiente en comparaci3n con la demanda.

Por otro lado, este Tarifario  nico reemplazará el modelo de financiaci3n de la demanda con pagos directos por servicios a la oferta.

Los pagos directos a la oferta ya se han comprobado ineficaces en garantía de la prestaci3n de servicios al paciente en el pasado siglo XX en Colombia, como sucedía en el Sistema Nacional de Salud del [Decreto-Ley 056 de 1975](#), en el que existían n3minas paralelas y clientelismo, como sucedía con algunos de los hospitales universitarios que terminaban convertidos en fortines políticos. Haciendo que la prestaci3n de servicios de la salud dependieran de una decisi3n política, y no de acuerdo a las necesidades de los usuarios y pacientes del territorio a la luz de criterios técnicos de eficiencia.

Impedirá la autonomía de los particulares para pactar contratos promoviendo cláusulas de contrataci3n de un servicio

Se establecerán condiciones para la contrataci3n y la definici3n de la autonomía médica limitando la libertad de elecci3n de ocupaci3n de personal médico. Un ejemplo se evidencia en que se promover  un régimen laboral que limitar  los contratos flexibles y por prestaci3n de servicios.

Se impedirá la movilidad del talento humano y se desmotivar  a aquellos que trabajan de forma independiente, en particular a los profesionales más calificados, como los especialistas.

Prohibirá o restringirá el consumo de algún bien o servicio

Al concentrar la prestación de servicios en manos del Estado se restringirá la capacidad de las IPS (especialmente las de menor tamaño que no sean elegidas por el Estado) y de médicos independientes para brindar sus servicios. Esto limitará la libertad de un grupo de trabajadores de la salud a ofrecer sus servicios profesionales y con ello la oferta de servicios. Se perderán capacidades e información de canales de compra, contratación y comercialización adquiridas derrochando recursos creados por el sistema.

6. Empoderamiento de la sociedad civil

El proyecto de Ley de la Reforma a la Salud presenta desafíos significativos para el empoderamiento de la sociedad civil, principalmente por su enfoque en la centralización y la ampliación del papel del estado en la gestión de la salud. Para garantizar un verdadero empoderamiento, sería crucial revisar y ajustar el proyecto para promover la participación activa, la autogestión, la transparencia y la independencia de la sociedad civil, asegurando que los ciudadanos y las organizaciones puedan contribuir de manera efectiva al bienestar general y al desarrollo de un sistema de salud inclusivo y sostenible.

Limitará que los ciudadanos puedan iniciar y desarrollar sus propias iniciativas

Mediante el enfoque único de comprador **se promoverá la integración vertical de los proveedores en el canal de comercialización**, destruyendo parte de la oferta de servicios establecida por IPS y médicos independientes y limitando la disponibilidad de recursos al servicio de los pacientes.

Complicará la libre organización de asociaciones de la sociedad civil para la solución de problemas específicos de sus asociados

Con la creación de las EPS, surgieron asociaciones de pacientes en defensa de los derechos del consumidor sanitario, que tenían un agente explícito a quien responsabilizar por los fallos en la atención. No obstante, **con la centralización de la prestación de los servicios de salud, no será posible que los pacientes** tengan claridad ante quién presentar sus denuncias, efectuar sus reclamos y a quién responsabilizar por la no garantía en las prestaciones.

Dificultará que la sociedad civil participe en la vigilancia y control de la gestión de las entidades públicas

Se delega, de manera transitoria, la función de auditoría de las contrataciones y pagos a prestadores a las Gestoras de Salud y Vida (GSV) y las Direcciones Territoriales de Salud delineando un proceso de triangulación complejo (Estado-GSV-IPS o ISE) que entorpece la gestión administrativa de contratación y pagos a prestadores.

No son claros los canales de comunicación que los pacientes tendrán para expresar sus denuncias o inconformidades de la atención dado que el Estado pasa a ser garante y prestador, es decir, juez y parte de la atención.

Limitará que las organizaciones de la sociedad civil actúen con independencia del gobierno, pues debido a los riesgos de la integración vertical, solo podrán sobrevivir los prestadores que puedan contratar con el Estado.

Metodología IALE

IALE es un indicador para medir la afinidad de proyectos de ley en curso, leyes aprobadas y congresistas, con la libertad económica. Plantea **43 factores** de evaluación agrupados en **6 dimensiones** para evaluar el impacto de las reformas en la libertad económica. Las dimensiones son:

1. Tamaño del gobierno y tributación
2. Propiedad privada y estado de derecho
3. Estabilidad monetaria y competitividad del sistema financiero
4. Libertad para comerciar internacionalmente
5. Intervención del Estado en los mercados de bienes y servicios, trabajo y capitales.
6. Empoderamiento de la sociedad civil

Con la Reforma a la Salud se tienen:

$$26 + 0 + 17 = 43$$

Factores vulnerados Factores favorecidos Factores no relacionados Factores totales

- Cada **factor vulnerado** suma puntos que cuentan como un punto (1) c/u,
- Cada **factor favorecido** suma puntos que cuentan como diez (10) puntos c/u,
- Cada **factor no relacionado** suma puntos que cuentan como cinco (5) puntos c/u.

$$\begin{array}{ccc} 26(1) & + & 0(10) & + & 17(5) \\ \text{Factores vulnerados} & & \text{Factor favorecido} & & \text{Factores no relacionados} \\ \\ 26 & + & 0 & + & 85 & = & 111 \\ \text{Puntos negativos} & & \text{Puntos positivos} & & \text{Puntos de no relación} & & \text{Puntos totales} \end{array}$$

- 430 son los puntos totales posibles para los proyectos en IALE

$$\begin{array}{ccc} 111 & / & 430 & = & 0,26 \\ \text{Puntos totales} & & \text{Puntos posibles} & & \text{Afinidad con la libertad económica} \end{array}$$

- La afinidad económica se multiplica por 100 para interpretar en porcentaje:

$$\begin{array}{ccc} 0,26 & \times & 100 & = & 26\% \\ \text{Afinidad con la libertad económica} & & & & \text{Valor IALE} \end{array}$$

Conoce [aquí](#) más sobre la metodología de medición