

Imprimir

En el trámite legislativo de todo proyecto de ley luego de seleccionarse a los ponentes y coordinadores ponentes de un determinado proyecto de ley (PL), ellos al estudiar el proyecto junto con proposiciones y conceptos que se les hace llegar por actores interesados y relacionados con el tema que se discutirá, los ponentes radican la ponencia de ese PL para su respectiva discusión y votación, en este caso los ponentes de la reforma a la salud (PL 339 y acumulados de 2023) radicaron una ponencia en la comisión séptima de Cámara de Representantes la cual fue discutida, votada y aprobada con modificaciones, de esto queda un PL al que luego se le debe presentar otra ponencia, en este caso en la plenaria que es lo que hoy se encuentra radicada y la que va a ser discutida por la plenaria de la mencionada Cámara, que puede ser vista en este link[1].

Es claro que el PL presentado por el gobierno nacional es un desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 dado que como expliqué en un artículo anterior una ley estatutaria no puede entrar tan al detalle del sistema de salud[2], y por lo tanto, esta reforma se encarga de desarrollar lo que sería el sistema de salud en especial lo contemplado en el artículo 2 de la LES que establece: “De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”. En estos momentos el Estado no tiene ni la dirección, ni la coordinación ni la organización, ni mucho menos el control del sistema de salud y por lo tanto la reforma que se encuentra ahora mismo para discusión en la plenaria de la Cámara de Representantes desarrolla esto. Me encargaré de resumir algunos de los puntos más relevantes de ésta.

### Aseguramiento social

Parte de las desinformaciones que se escuchan por opositores a la reforma a la salud es que el aseguramiento se destruye con la reforma. Nada más distante de la verdad, de hecho, el aseguramiento se mejora muchísimo con ella, ahora sí existirá verdadero aseguramiento. ¿Cómo funciona ahora mismo el sistema? El ADRES gira a la EPS (Entidades Promotoras de Salud) recursos públicos[3] que se calcula con base en el número de afiliados de cada EPS y se gira por cada uno UPC (Unidad de Pago por Capitación), en muchos casos las EPS no giran

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

a las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) que realmente prestan los servicios de salud y cuando se quiebran las EPS, nadie responde por ese dinero de recursos públicos que ya fue girado a ellas, hoy las deudas ascienden a más de 23 billones[4], ¿es eso aseguramiento?, incluso hay denuncias bien soportadas que las reservas técnicas que deben soportar el dinero para pasivos según lo establece el ordenamiento jurídico nunca se han cumplido como lo denuncia el experto financiero Vicente Calvo en su página web <https://dondeestalaplata.com/> y en su cuenta de la red social X @vicentecalvo.

Lo que se propone con la reforma a la salud es un verdadero aseguramiento y no un aseguramiento ficticio como el que existe hoy. El artículo 2 del proyecto de la reforma así lo establece.

**Artículo 2. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros, en cuya operación confluyen de manera permanente, una gestión pública a través la institucionalidad del Estado y una privada y mixta a través de las Gestoras de salud y vida.

### Modelo basado en atención primaria y determinantes sociales de la salud

El actual modelo de salud de Ley 100 de 1993 que todavía hoy sigue vigente dado que la Ley Estatutaria de Salud no podría eliminarlo al ser ley estatutaria y no entrar en detalles de organización del sistema, es un modelo basado en la enfermedad, está creado para que los mayores recursos del sistema se vaya para el alto costo y no en la prevención, predicción y promoción en salud. Las EPS que debían realizar la gestión del riesgo en salud tiene resultados muy pobres a lo largo de sus 30 años, uno de los indicadores de la gestión de riesgo en salud es la mortalidad materno infantil, que incluso opositores al gobierno nacional dan crédito a esto[5].

## Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

No se debe confundir la atención primaria en salud con la atención del primer nivel, hoy en día el ciudadano puede ir a una IPS del primer nivel de su EPS pero ésta no realiza atención primaria en Salud. La atención primaria en salud como bien lo explica el artículo 4 de la reforma está basada en un modelo de salud preventiva, predictiva y resolutive que incluye desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención, la rehabilitación, los tratamientos paliativos y hasta la muerte digna, esto por supuesto estará complementado por las redes integrales e integradas de salud que se tratará más adelante. Opositores señalan que el sistema de salud de Colombia es muy generoso y por tanto existe en un gasto muy alto, este gasto es asumido 100% por el Estado a través de recursos públicos y con la gestión de riesgo en salud que se hace a través de la prevención, predicción y promoción de salud se disminuirá el costo al prevenir la enfermedad. Preventivo significa que busca brindar cuidado integral previniendo una posible enfermedad; predictivo busca que la información generada permita establecer hipótesis, inferir sucesos futuros, adoptar decisiones en salud e influir positivamente en los determinantes de la salud.

Esta atención primaria se concreta en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) a los cuales se deben adaptar tanto las clínicas privadas como los hospitales públicos de primer nivel. Los CAPS por lo tanto podrán ser público, privados y mixtos, y toda persona que se encuentre en Colombia debe estar adscrito al CAPS de su preferencia, conforme el artículo 10, que además deberá realizar lo siguientes prestaciones en salud:

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

**2. Prestación de servicios de salud:**

- a. Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
- b. Elaborar los planes de salud familiar y comunitaria con base en necesidades y potencialidades identificadas.
- c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.
- e. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.

g. Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes.

h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

Esto hoy no se realiza por parte de las EPS ni sus IPS primarias, y es imposible realizarlo en el actual modelo de salud dado que las personas están afiliadas a una EPS quien determina a donde debe ir la persona como su atención de primer nivel y no existe libre elección como quieren hacer creer. Pongo un caso que sucede en la vida real: una persona que yo conozco se encontraba en el Régimen subsidiado afiliado a Mutual Ser EPS luego pasó al régimen contributivo y se afilió a Compensar EPS, quería ir al Hospital de su municipio que es quien le ofrece atención en primer nivel pero como Compensar EPS no tiene contrato con ese hospital, tendría que ir hasta el distrito e incluso hasta otro departamento. Lo que hizo fue solicitar el traslado nuevamente para Mutual Ser EPS pero hasta la fecha no se le ha dado dado que demora según el trámite. Con el nuevo modelo que se propone, esta persona estará adscrita en el

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

Hospital de su pueblo, dado que es su decisión quien además deberá transformarse en un centro de atención primaria en salud porque no sólo puede prestar atención de primer nivel sino que debe realizar todas las acciones de la atención primaria en salud que se mencionaron previamente, esto dentro del modelo predictivo, preventivo y de promoción de salud que se propone. Muchos dirán pero una clínica privada por qué debe hacer eso, “el que quiera gusto que pague el gusto”. Pues el modelo que tenemos hoy en día que se basa en la enfermedad es un modelo supremamente caro y costoso para la vida de las personas que no se detecta temprano, por ejemplo, un cáncer y se deja avanzar hasta que hace metástasis, este modelo que gasta más de 80 billones de pesos anuales, sí hay dinero suficiente, pero además que se pierde en la intermediación en la cual no llegan los recursos completos al prestador.

Los Centro de Atención Primaria en Salud deberán realizar además las siguientes acciones:

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

---

**3. Administración y atención al ciudadano:**

Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Los servicios de salud de los CAPS públicos podrán contratarse temporalmente con terceros, mientras se desarrolla la capacidad instalada requerida en el marco del modelo de salud.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población.
- b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.

**4. Gestión intersectorial y participación social:**

- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

**5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:**

- a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
  - b. Los CAPS y las Gestoras intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
- 

Así también contarán con equipo de salud territorial según lo contemplado en el artículo 11:

**Artículo 11. Equipos de salud territorial.** Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un pequeño territorio, cuyo número variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.

### Redes integrales e integradas del sistema de salud (RIIS)

No sólo las EPS no realizan gestión de riesgo en salud que es incluido en la atención primaria de salud, sino que con un presupuesto que manejan a su antojo de más de 81 billones de pesos anuales (sin que haya ni siquiera regulación de tarifas) contratan a dedo con quienes quieran, beneficiando no sólo a ellos mismos hasta el 30% lo que se denomina integración vertical sino que contratan con personas que les conviene económicamente en detrimento de las personas, y lo peor que es con recursos públicos de los colombianos, vemos muchos casos por ejemplo el de una persona que denunció que estaba en una EPS viviendo en Bosconia Cesar, pero el nivel de mayor complejidad donde tenía que ir era en Cartagena Bolívar existiendo más clínicas u hospitales de ese nivel de complejidad mucho más cercano. Esta prerrogativa que ni siquiera la tiene el propio Estado con que hoy gozan las EPS se conoce como intermediación administrativa que incluso es bastante perjudicial para clínicas y hospitales porque se ven preferidos por las EPS por clínicas de su propiedad o clínicas y amigos, quienes además reciben los pagos oportunamente y sin glosas. De hecho, ACESI que es la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado denunció que ni siquiera se cumple con la ley para la contratación de los hospitales públicos[6], incluso por las 3 EPS que dijeron que se encontraban a punto de cerrar[7].

¿Qué propone la reforma para la creación de redes integrales e integradas de salud?

Primero que no seas las EPS las que contraten a dedo con quienes desean con los recursos públicos de los colombianos sino que exista un sistemas de redes integrales e integradas de salud, así lo define el artículo 12 de la reforma:

**Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIIS.** La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos de voluntades para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades que reglamentará el Ministerio de Salud y Protección Social para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial.

Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud -CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.

Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.

Estas redes integrales e integradas serán habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien establecerá la normatividad para ello, y estarán bajo la coordinación de las Entidades territoriales y las Gestoras de Salud y Vida, con unos criterios que el artículo 13 señala: 1. Basado en el modelo de atención primaria en salud que tendrá un primer contacto en los CAPS y las RIIS operarán para centros especializados y un nivel de complementario de mediana y alta complejidad. Aquí las personas sí tendrán libertad de escogencia no como en el sistema actual de salud que sólo puedes escoger la red privada de la EPS que es pagada con recursos públicos de los colobianos; 2. Habrá una rectoría y gobernanza de la red a través del sistema de referencia y contrarreferencia, la planificación de servicios que garantizarán una organización regional en la cual también habrá

## Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

participación social amplia y gestión territorial para que se pueda afectar positivamente los determinantes sociales de la salud; 3. Organización y gestión. Se buscará que sea eficiente con los recursos humanos y de salud como tecnologías de salud que se alimentará a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información de Salud (SPUIIS); 4. Sistema de asignación de incentivos que dependiendo de sus funciones se asignará entre los prestadores (de mayor nivel de complejidad), los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, y no podrá superar el 3% del recurso asignado a la entidad respectiva; 5. Resultados. Las RIIS deberán presentar resultados en salud de acuerdo al Sistema de Calidad en Salud (SICA). Finalmente esto es de los más importante que tiene la reforma dado que se propone que los prestadores que se encuentren en las redes deberán hacer acuerdos directamente con el ADRES y no con las EPS, dichos acuerdos deberán evitar la fragmentación del sistema, que existe hoy en día que cada EPS tiene su propia red privada.

Cada prestador de salud que haga parte de las RIIS de cada territorio deberá estar inscrito en una aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. El artículo 16 señala que se garantiza la continuidad del tratamiento en el nivel complementario. Esto primero es para quienes desinforman que se discontinuará el tratamiento que la persona tiene en estos momentos, lo cual es totalmente falso y además están generando un pánico con personas que se encuentran en tratamientos delicados de salud lo cual puede desmejorar sus condiciones por las mentiras realizadas, y también aclara las desinformaciones que hay que la atención primaria de salud elimina los tratamientos con especialistas lo cual es totalmente falso. No sólo en la atención primaria en salud puede haber especialistas sino que en caso que se necesite pasar a un nivel de mediana o alta complejidad las redes estarán integradas y serán integrales, no como sucede en estos momentos que están fragmentadas y están pensadas en un sentido económico y financiero para beneficio de EPS, y en detrimento del ciudadano, y lo peor con recursos públicos.

Las redes contarán con centros de rutas que tendrán en los CAPS y en las integrantes de las RIIS (art. 17), que además habrá un sistema de referencia y contrarreferencia (art. 18), las RIIS buscarán que haya un tratamiento integral a las personas (art. 19). Con relación a los servicios farmacéuticos realizados por droguerías u operadores logísticos autorizados para

ello, deberán inscribirse en la autoridad sanitaria del territorio y buscará disminuir las barreras de acceso, nunca puede haber una carga administrativa para el paciente y se buscará la entrega total de los medicamentos para evitar múltiples desplazamientos por parte del paciente (art. 21).

Frente a las enfermedades raras y su prevención el artículo 22 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social organizará la red de instituciones y centros especializados para ellas, así como llevar investigación genética para reducir la prevalencia de ellas. También se crearán laboratorios de salud pública (art. 23). Habrá una coordinación regional de redes (art. 24) y departamental o distrital (art. 25). Importante también lo que propone la reforma para la creación de un consejo asesor de planeación y evaluación de las RIIS (art. 26) que estará encabezado por el Director de salud territorial y los directores de las unidades zonales de planeación de las RIIS de determinado departamento o distrito., representantes de las gestoras de salud y vida, los CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil y organizaciones de la comunidad, cuyos informes se tendrán acceso a través del SPUIIS y guardarán una copia en instituciones académicas y centro de investigación en salud.

El artículo 73 que se encuentra dentro del título IV sobre fuentes, usos y gestión de recursos financieros, que lo tocaré en mayor detalle la otra semana en otro artículo, establece la creación de unidades zonales de planeación en salud de orden departamental cuyas funciones se detallan de manera específica y precisa allí y propone algo totalmente nuevo y necesario que no se encuentra en el sistema actual y que muestra que el Estado hoy no cumple con el artículo 2 de la LES ni el artículo 49 de la Constitución Política que señalan “De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”. Se busca dentro de esta reforma que el Estado asuma la dirección, organización, coordinación y control de la salud que es INDELEGABLE, y hoy la tienen privados que además de manera fragmentada y distinta y que en la inmensa mayoría ni siquiera la asumen.

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

**Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.

Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.

Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, se destinará hasta el 1 % del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.

Con relación a las Redes Integrales e integradas de salud habrá además un sistema de monitorio de Redes Integrales e Integradas de Salud que hará parte del SPUIIS (art. 27).

Otro de los temas que trata la reforma que es de suma importancia porque se ha delegado a privados lo cual es inconstitucional conforme al artículo 49 de la Constitución Política y el artículo 2 de la LES es la organización del sistema de salud. El artículo 28 señala que la rectoría y dirección si bien será asumida a nivel nacional por el Ministerio de Salud y a nivel territorial por las autoridades territoriales en salud, como hasta ahora se encuentran y que es constitucional, en caso que no se realicen las recomendaciones que formulen el consejo nacional de salud y los consejos territoriales de salud, respectivamente, deberán explicar las razones por las cuales no se realizan.

El consejo nacional de salud (art. 31) estará integrado por 5 miembros del gobierno nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

de Trabajo, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, y por el Director(a) de Planeación Nacional y tendrá representación de gobiernos territoriales, trabajadores de la salud, sociedades científicas y colegios profesionales, pacientes, academia y facultades y escuelas de salud, empresarios y grupos étnicos. En total este Consejo Nacional de Salud no puede superar 15 miembros y serán elegidos por 3 años por reelegido sólo por una vez. Se reunirán de manera ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

El artículo 32, por su parte explica las funciones del Consejo Nacional de Salud:

**Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.

2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.

4. Consolidar los Informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

5. Adoptar su propio reglamento.

**Parágrafo 1.** El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.

Respecto a los consejos territoriales (art. 33) tendrá una composición similar al Consejo Nacional de Salud dependiendo también de las particularidades de cada territorio. Esto será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte I

El artículo 34 habla sobre las instituciones prestadores de servicios de salud:

**Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención primaria en salud dentro de las Redes Integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de las instituciones privadas y mixtas podrán participar organizaciones campesinas, afros e indígenas.

El artículo 36 señala que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCSS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), buscará la habilitación y mejoramiento continuo en la calidad de la atención en salud y las relaciones funcionales entre los diferentes actores del Sistema además de un monitoreo y evaluación de dichos actores del sistema para su acreditación y excelencia en salud, innovación en salud.

## DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El tema de los determinantes de la salud es un tema que ha pasado ignorado por el sistema de salud durante estos 30 años de ley 100, de hecho cuando el mismo Instituto de Salud señaló sobre las muertes evitables hubo escándalo de muchos porque se incluyeran, por ejemplo, los accidentes de tránsito, dado que según ellos eso no tiene que ver con el sistema de salud, nada más alejado de la realidad. La Organización Mundial de la Salud le ha dado prioridad a este tema desde 2005, fecha en la que se creó la comisión sobre determinantes sociales de la salud[8], dicha organización los define como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. La reforma a la salud cambia totalmente el paradigma de ver la salud exclusivamente como la enfermedad y

destina recursos preponderantemente al alto costo sino que prioriza la afectación positiva a los determinantes sociales no dándole una gran importancia comisiones de determinantes sociales a nivel municipal, distrital y departamental, y modificando la nacional, sino que es un tema que se trata incluso en los Centros de Atención Primaria en Salud que pueden influir positivamente o dar insumos mediante la predicción para mejorar la vida de los habitantes.

Se modifica el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 para darle una mayor trascendencia a estas comisiones de distintos niveles. A nivel nacional se integrará por el Presidente, sus Ministros y demás funcionarios que se determine, que se reunirá por lo menos 2 veces al año, y nivel departamental, distrital y municipal por el gobernador y alcalde del respectivo territorio y sus respectivos secretarios. Lo cual se integrarán al respectivo Plan Territorial de Desarrollo y distintas acciones que debe hacer cada gobierno.

En el próximo artículo de la otra semana abordaré la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a Instituciones de Salud del Estado (ISE) con un enfoque en indicadores de salud y no en financiero como opera en estos momentos. También abordaré el capítulo sobre la transformación de las EPS que deseen y que cumplan con los requisitos de ley en gestoras de salud y vida y su nuevo rol en este sistema. Por supuesto un tema de suma importancia que se tratará será el definido en el título IV de la reforma denominado “fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema” que será el blindaje que dará la reforma a todos estos recursos PÚBLICOS que hoy se encuentran prácticamente con una vigilancia muy baja y que por eso la corrupción en el sector salud es quizás la más grande en estos momentos del país, esto va de la mano con la creación que propone la Reforma a la salud del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Se tocará también, la otra semana, el tema de la participación ciudadana y social, las modificaciones que se proponen para la Superintendencia de Salud. Por supuesto el régimen laboral que se propone para los trabajadores de la salud, para su mejoría en un sistema de salud que los ha mantratado por años, la autonomía profesional y autorregulación, política de formación y educación superior en salud, y las disposiciones generales en la cual se encuentra el régimen de transición y la garantía que ningún tratamiento se puede discontinuar.

---

[1] <https://drive.google.com/file/d/173GyAc0goBtxHdekZeBelaf1fWIIPIk/view?usp=sharing>

[2]

<https://www.sur.org.co/las-zanadillas-de-la-reforma-estructural-a-la-salud-ahora-de-la-calle-o-tros-la-ponen-pide-que-sea-por-ley-estatutaria/>

[3]

<https://www.sur.org.co/los-recursos-de-la-salud-son-recursos-publicos-y-por-ende-su-administracion-debe-ser-publica-como-es-en-estos-momentos-con-el-adres-pero-sin-intermediacion/>

[4]

<https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/01-16-2023-deudas-de-las-eps-ascienden-233-billon-s-supersalud>

[5]

<https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/la-ministra-acierta-en-las-altas-cifras-de-mortalidad-materna-e-infantil/>

[6] <https://x.com/ACESIHOSPITALES/status/1690119383589265409?s=20>

[7] <https://x.com/ACESIHOSPITALES/status/1696572944917426237?s=20>

[8] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)

Tomás Maldonado

Foto tomada de: El Espectador